

Profil objawów zaburzenia depresyjnego i lękowego mieszanego

Symptoms profile of mixed anxiety and depressive disorder

Krzysztof Małyszczak¹, Sławomir Sidorowicz¹, Tomasz Łaczmanski²

¹Z Katedry i Kliniki Psychiatrii Akademii Medycznej we Wrocławiu
Kierownik: prof. dr hab. med. A. Kiejna

²Z Poradni Medycyny Rodzinnej w Rogowie Sobóckim
Kierownik: lek. med. R. Strzelczyk

Praca przedstawia objawy występujące u pacjentów z zaburzeniem depresyjnym i lękowym mieszanym, rozpoznawanym zgodnie z kryteriami ICD-10.

The paper describes symptoms of mixed depressive and anxiety disorder (ICD-10).

lęk
depresja
zaburzenie mieszane

anxiety
depression
mixed disorder

Wstęp

W trakcie badań nad depresją i zaburzeniami lękowymi zauważono, że niektórzy pacjenci mają stabilne, utrzymujące się przez co najmniej kilka tygodni, objawy lęku i depresji, które nie są na tyle nasilone, aby można było postawić rozpoznanie depresji lub zaburzenia lękowego, powodują jednak istotne pogorszenie samopoczucia i funkcjonowania.

Dla takich przypadków klasyfikacja ICD-10 zawiera kategorię diagnostyczną: *zaburzenie depresyjne i lękowe mieszane* (z.d.l.m), która oprócz objawów lękowych i depresyjnych o ograniczonym nasileniu wymaga równoczesnego występowania objawów wegetatywnych (drżenie, kołatanie serca, suchość w ustach, zaburzenia żołądkowe itp.). Początek zaburzenia nie może mieć ścisłego związku ze stresem czy też ważnymi zmianami w życiu. Klasyfikacja ICD-10 nie podaje dokładnych objawowych kryteriów diagnostycznych zaburzenia mieszanego, wspomina jedynie, że brak ścisłych kryteriów wynika z dużej liczby możliwych kombinacji objawów lęku i depresji [1, 2, 3].

Osoby z z.d.l.m. często zgłaszają się do lekarzy pierwszego kontaktu, jednak więk-

szość z nich nigdy nie trafia do psychiatry. W związku z tym znajomość symptomatyki z.d.l.m. może mieć szczególne znaczenie dla rozpoznawania i leczenia zaburzeń psychicznych u pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej [4].

W trakcie opracowywania czwartej wersji klasyfikacji DSM Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego przeprowadzono badanie, którego założenia oparto na pracach Clarka i Watsona [5], Katona i Roy-Byrne'a [6] oraz argumentach przedstawionych przez Zinbarga i Barlowa [7]. Wyniki tego badania [8] wykazały, że wśród pacjentów poradni ogólnych i psychiatrycznych odsetek osób z mieszanymi objawami podprogowymi lękowymi i depresyjnymi, związanymi z obniżeniem samopoczucia i funkcjonowania, jest mniej więcej taki sam jak odsetek osób z zaburzeniami lękowymi i depresją. U pacjentów z objawami podprogowymi stwierdzono głównie niespecyficzny wzorzec objawów depresyjnych i lękowych, który różnił się od wzorca występującego u pacjentów z rozpoznaniem zaburzenia lękowego uogólnionego, depresji oraz lęku panicznego z agorafobią. Różnica polegała głównie na mniej uporczywym występowaniu takich objawów, jak: anhedonia, utrata zainteresowań, martwienie się i napięcie u pacjentów z objawami mieszanymi. Zaproponowano dwa rozwiązania: połączenie zaburzenia lękowego uogólnionego i depresji w jedno zaburzenie lub utworzenie dodatkowej kategorii mieszanej (mixed anxiety and depression – MAD), opowiadając się za drugim rozwiązaniem. Zinbarg i wsp. [8] zaproponowali, aby MAD rozpoznawać, jeżeli występuje 4 – 5 z 10 następujących objawów: (1) trudności z koncentracją, (2) nadmierna pobudliwość, (3) poczucie beznadziejności, (4) poczucie bezwartościowości, (5) zmęczenie, (6) zaburzenia snu, (7) przewidywanie najgorszego, (8) martwienie się, (9) drażliwość, (10) płaczliwość. Zaproponowano, aby MAD umieścić w dodatku DSM-IV dla nowych kategorii diagnostycznych. Kryteria DSM-IV definiują MAD jako niespecyficzny zespół neurotyczny, który sprzyja występowaniu objawów lękowych i depresyjnych (tak jak depresja sprzyja występowaniu objawów lękowych). Jest to zaburzenie przewlekłe, podobne charakterem do zaburzeń osobowości (jak zaburzenie lękowe uogólnione czy dystymia). Zatem kryteria zaburzenia mieszanego ICD-10 (z.d.l.m.) i DSM-IV (MAD) odnoszą się do różnych, chociaż prawdopodobnie ściśle ze sobą związanych zaburzeń.

W celu opisanego obrazu klinicznego zaburzenia mieszanego przeprowadzono badanie częstości i nasilenia objawów w grupie pacjentów wyodrębnionej na podstawie kryteriów ICD-10.

Material

Badano pacjentów w trzech poradniach: Poradni Zdrowia Psychicznego w Strzeżynie, Poradni Psychiatrycznej w Świętej Katarzynie oraz Wiejskim Ośrodku Zdrowia (obecnie Poradnia Medycyny Rodzinnej) w Rogowie Sobóckim. W poradniach psychiatrycznych włączono do badania wszystkie pełnoletnie osoby, które zgłosiły się z powodu objawów lęku i depresji i nie były leczone w ciągu ostatnich 6 miesięcy. W Poradni Medycyny Rodzinnej wybrano kolejno wszystkich pacjentów, którzy zgłosili się do lekarza w dniu badania, wyłączając trzy pierwsze osoby w kolejce. Wszystkim osobom wyjaśniano cel i przebieg badania, po czym pytano o zgodę na udział w nim.

Następnie przeprowadzono dokładny wywiad dotyczący przebiegu choroby oraz stosowania środków psychoaktywnych.

Z dalszego badania wyłączono następujące osoby: (1) z objawami psychotycznymi lub chorujące w przeszłości na zaburzenia psychotyczne, (2) manię lub hipomanię, (3) z zaburzonymi funkcjami poznawczymi, (4) nadużywające środków psychoaktywnych w ciągu ostatnich 6 miesięcy, (5) z objawami lękowymi i depresyjnymi, które były konsekwencją chorób fizycznych lub zaburzeń psychicznych innych niż zaburzenia lękowe czy depresja. Przy ustalaniu zależności objawów decydowała czasowa zbieżność objawów psychopatologicznych i chorób somatycznych. Jeżeli nie można było jednoznacznie rozstrzygnąć, czy objawy lękowe i depresyjne są wtórne do innych zaburzeń, wykluczano pacjenta z dalszego badania.

Metoda

Rozpoznanie i nasilenie objawów określano w trakcie badania za pomocą kwestionariusza diagnostycznego, opartego na definicjach zawartych w „Schemacie oceny klinicznej w neuropsychiatrii” (*Schedules for clinical assessment in neuropsychiatry – SCAN wersja 2.0*) [9, 10], poziom funkcjonowania za pomocą skali „Ogólna ocena funkcjonowania” (Global assessment of functioning – GAF) [11,12], a nasilenie nieswoistego cierpienia psychicznego za pomocą Ogólnego Kwestionariusza Zdrowia (General Health Questionnaire – GHQ) [13, 14, 15, 16], wersja z 30 pytaniami.

W celu wyróżnienia pacjentów, u których lęk i depresja występowały w nasileniu podprogowym (tzn. występowały objawy lękowe i depresyjne, ale nie wystarczały one do postawienia rozpoznania określonego zaburzenia), przyjęto, że dla stwierdzenia podprogowego zaburzenia depresyjnego lub lękowego wymagany jest taki sam rodzaj i taka sama liczba objawów, jak dla zaburzeń lękowych, depresji lub dystymii, jednak o mniejszym nasileniu – co najmniej 1 według kwestionariusza SCAN. Skrócono także kryteria czasowe przyjmując 1 tydzień ciągłego utrzymywania się objawów dla depresji, 6 miesięcy dla dystymii oraz 1 miesiąc dla zaburzenia lękowego uogólnionego. Zaburzenie depresyjne i lękowe mieszane (z.d.l.m.) rozpoznawano, jeżeli występowały jednocześnie podprogowe objawy zaburzeń lękowych i depresji. Nie rozpoznawano tego zaburzenia u pacjentów z zaburzeniami adaptacyjnymi.

Zgodnie ze wskazówkami klasyfikacji ICD-10 oceniono samopoczucie i funkcjonowanie (za pomocą skal GAF i GHQ) w grupie z z.d.l.m. i porównano je z grupami pacjentów z depresyjnymi zaburzeniami nastroju (depresją i dystymią), z zaburzeniami lękowymi oraz bez zaburzeń.

W celu określenia objawów charakterystycznych dla z.d.l.m. przeprowadzono analizę dyskryminacyjną. Zastosowano metodę krokowego włączania zmiennych (ang. *forward stepwise*) z następującymi wartościami parametrów: F włączenia 1.0, F wykluczenia 0.0, tolerancji 0.01. Grupę z z.d.l.m. porównywano z grupą wszystkich pozostałych pacjentów biorących udział w badaniu.

Międzygrupowe porównania wartości GAF i GHQ wykonano za pomocą testu U Manna i Whitneya.

Wyniki

Do badania wstępnie zakwalifikowano 127 pacjentów, w tym 50 w poradniach psychiatrycznych i 77 w Wiejskim Ośrodku Zdrowia. Następnie 23 osoby (11 kobiet i 12 mężczyzn, w średnim wieku 43,2 lata) wykluczono z powodu nadużywania środków psychoaktywnych (12), chorób fizycznych wpływających na stan psychiczny (5), zaburzeń psychicznych innych niż zaburzenia lękowe czy zaburzenia nastroju (5) lub niewyrażenia zgody na udział w badaniu (1). Pozostałe 104 osoby (65 kobiet, 39 mężczyzn, w średnim wieku 41,4 lat) przebadano za pomocą kwestionariuszy psychometrycznych, a uzyskane wyniki poddano analizie. U 26 (25%) osób rozpoznano z.d.l.m. Podstawowe dane demograficzne osób badanych przedstawiono w tabeli 1.

Tabela 1

Wiek, lata nauki i liczba dzieci

	Uczestników N	Wiek (lata) $\bar{x} \pm s$	Lata nauki $\bar{x} \pm s$	Liczba dzieci $\bar{x} \pm s$
Całkowity	104	41,4 - 11,7	11,4 - 3,7	1,0 - 1,3
Bez choroby	78	41,2 - 11,2	11,3 - 3,4	1,0 - 1,3
Z chorobą z.d.l.m.	26	43,7 - 14,0	11,0 - 3,2	1,4 - 1,3

$\bar{x} \pm s$ — średnia i odchylenie standardowe

Samopoczucie i funkcjonowanie w grupie z z.d.l.m. (mierzone za pomocą skal GHQ i GAF) były bardzo zbliżone do grupy z zaburzeniami lękowymi, znacznie lepsze niż w grupie z zaburzeniami nastroju ($p < 0,001$, test U Manna i Whitneya) i znacznie gorsze niż w grupie bez rozpoznań ($p < 0,001$, test U Manna i Whitneya). O statystycznym podobieństwie rozkładów samopoczucia i funkcjonowania grup z zaburzeniem mieszanym i zaburzeniami lękowymi świadczy brak istotnej statystycznie różnicy rozkładów (p odpowiednio 0,16 i 0,59, test U Manna i Whitneya) oraz zbliżone średnie (odpowiednio GHQ: $x = 18,8$, $s = 6,0$ przeciwko $x = 15,9$, $s = 5,8$ oraz GAF: $x = 67,2$, $s = 6,5$ przeciwko $x = 65,8$, $s = 7,7$).

W tabeli 2 przedstawiono objawy, które występują w z.d.l.m. u co najmniej połowy badanych. Dominują wśród nich: psychiczne objawy lęku uogólnionego – zamartwianie się, napięcie psychiczne, lęk antycypacyjny; objawy depresji i dystymii – obniżony nastrój, zmniejszona energia i męczliwość, utrata zainteresowań, popłakiwanie, uczucie beznadziejności lub załamania; objawy wspólne dla depresji i lęku: – uporczywe rozdrażnienie lub łatwe wpadanie w złość, zmniejszona zdolność do koncentracji, nieefektywne myślenie, niezdecydowanie, objawy somatyzacji – nadmierne pocenie się, kołatanie serca, drżenie lub trzęsienie się. Rzadsze są objawy lęku napadowego, agorafobii oraz niektóre objawy depresyjne: utrata pewności siebie, pragnienie śmierci, nadmierne poczucie winy.

Wyniki analizy dyskryminacyjnej charakteryzowały się wysoką wyliczoną istotnością (Wilks' $\Lambda = 0,146$, $F(31,32) = 6,0$, $p < 0,001$), jednak nie zostało spełnione wymaganie normalności rozkładów zmiennych. Średnia zmiennych kanonicznych wyniosła 2,88 dla grupy z zaburzeniem mieszanym i $-1,97$ dla pozostałych badanych.

Tabela 2

Objawy najczęściej występujące w grupie z z.d.l.m.
(n = 26)

Nazwa objawu	Średnia	Mediana
Zamknięcie się	1,54	1,5
Napięcie psychiczne	1,46	1,5
Obniżony nastrój	1,38	1
Lękamygposyjny	1,31	1,5
Uporczywe rozdrażnienie lub fobie wpadanie w złość	1,23	1
Zmniejszona energia i zmniejszona motywacja	1,23	1
Nadmierne pocenie się	1,19	1
Popółnienie	1,19	1
Uzucie bezmódlinooci lub zafarnia	1,15	1
Kółnienie serca	1,12	1
Zmniejszona zdolnooci koncentracji	1,12	1
Neefektywne mylenie, niezadowolowanie	1,08	1
Ukazane budzenie się	1,04	1
Przedna reakcja na drobne zdarzenia	0,96	1
Drganie lub trząnienie się	0,92	1
Nudnooci lub dolegliwooci brzuszne	0,88	1
Zwroty głowy, uczucie chwiejnooci, omóiewania, zamroczenia	0,88	1
Zmniejszenie zdolnooci do radzenia sobie z obowiazkami	0,88	1
Pejzmierzalne widzenie przyszłoci lub przeszłoci	0,88	1
Szybkie męczenie się i wyczerpanie	0,88	1
Objawy fobii społecznej	0,85	1
Dusznooci	0,81	1
Suchnooci ustach	0,77	1
Dyskomfort lub bóle w klatce piersiowej	0,77	1
Utrata zainteresowań	0,77	1
Samopoczucie gorzej rano	0,77	1
Lęk przed utratą kontroli nad sobą lub utratą przytomnooci	0,76	1
Uderzenia gorłca lub dręszce	0,73	1
Sen niespokojny, nie dołay odpoczynku	0,62	1
Kosmary senne	0,54	1

Tabela 3

Standaryzowane współczynniki funkcji dyskryminacyjnej (B)
(n = 26; grubszą linią oddzielono objawy o dodatnich i ujemnych współczynnikach)

Nazwa objawu	B
Zredukowane wypowiedzi	1,41
Budzenie się w nocy	1,34
Zmniejszona zdolność do koncentracji	1,26
Koszmary senne	1,19
Duszność	1,14
Uczucie bezradności lub załamania	1,01
Zawroty głowy, uczucie chwiejności, omdlenie, zamroczenie	1,00
Napięcie psychiczne	0,84
Obniżenie nastroju	0,64
Uczesne budzenie się	0,65
Uczucie kluski w gardle, trudności w przełykaniu	0,54
Suchość w ustach	0,53
Uderzenia gorąca lub dreszcze	0,52
Utrata apetytu, przywrotność ciała	0,38
Uczucie nieradności	0,37
Obsesje lub kompulsje	0,26
Poświadczenie	0,22
Utrata zainteresowania	-0,48
Utudnienie codziennej aktywności	-0,51
Pobudzenie psychomotoryczne	-0,64
Mudności lub dolegliwości brzuszne	-0,77
Obawy o przyszłość (złoty i srebrny)	-0,83
Przemijająca reakcja na drobne zdarzenia	-0,92
Dyskomfort lub ból w klatce piersiowej	-0,97
Uporczywe rozdrażnienie lub łzy, wpadanie w złość	-0,97
Szybkie męczenie się i wyszczerzenie	-0,98
Trudności z zasypianiem	-1,11
Nawracające myśli o samobójstwie	-1,20
Agorafobia	-1,55
Spowolnienie psychomotoryczne	-1,70

Z całkowitej liczby 57 objawów 30 miało istotną wartość dyskryminującą i zostało włączonych do funkcji dyskryminacyjnej (tabela 3). Dodatnie współczynniki standaryzowanych współczynników B zmiennych kanonicznych świadczą, że objaw występuje częściej lub w większym nasileniu w z.d.l.m. niż w pozostałych przypadkach, natomiast ujemne współczynniki świadczą, że objaw występuje w mniejszym nasileniu lub rzadziej. Większa wartość bezwzględna współczynników świadczy o większych właściwościach dyskryminacyjnych (różnicujących) objawu.

Wśród 17 objawów charakterystycznych dla z.d.l.m. znalazły się objawy zaburzenia lękowego uogólnionego (7), depresji i dystymii (6), zaburzenia snu (3) oraz obsesje i kompulsje. Wśród 13 objawów z ujemnymi współczynnikami znalazły się objawy zaburzenia lękowego uogólnionego (6), depresji i dystymii (4), agorafobia i ogólnie utrudniona aktywność.

Wspólnymi elementami obu list objawów, to znaczy objawami jednocześnie najczęstszymi i najbardziej charakterystycznymi, są (ukazane w tabeli 4 w kolejności: średnia nasilenia (B) *współczynnik funkcji dyskryminacyjnej):

Tabela 4

Najbardziej charakterystyczne objawy zaburzenia mieszane

Nazwa objawu	B (1)	średnia (2)	(1)*(2)
Zmniejszona zdolność koncentracji	1,26	1,12	1,41
Napięcie psychiczne	0,84	1,46	1,23
Utęsknienie bezradności lub zafemenia	1,01	1,15	1,16
Łuzność	1,14	0,81	0,92
Obniżenie nastroju	0,64	1,38	0,88
Zawroty głowy, uczucie drwinięcej, omdlenia, zamylenia	1,00	0,88	0,88
Wczesne budzenie się	0,65	1,04	0,68
Koszmary senne	1,19	0,54	0,64
Suchość ust	0,53	0,77	0,41
Uderzenia gorąca lub dreszcze	0,52	0,73	0,39
Popółkiwanie	0,22	1,19	0,26

Pozostałe objawy z dodatnimi współczynnikami dyskryminacyjnymi: redukcja wypowiedzi, budzenie się w nocy, poczucie kluski w gardle, trudności w przełykaniu, wzrost apetytu lub przyrost masy ciała, uczucie nierealności oraz obsesje lub kompulsje występują w grupie z z.d.l.m. rzadko, ich właściwości różnicujące mogą być przypadkowe i właściwe jedynie dla badanej grupy.

Omówienie wyników i wnioski

Nie stwierdzono profilu objawów swoistego dla z.d.l.m., który mógłby być podstawą konstrukcji oddzielnych kryteriów operacyjnych. Najczęściej występowały objawy zaburzenia lękowego uogólnionego, depresji, dystymii oraz zaburzenia snu. Analiza dyskryminacyjna pozwoliła wyróżnić objawy bardziej swoiste dla grupy z z.d.l.m. niż dla pozostałych grup. Są to: (1) *zmniejszona zdolność do koncentracji*, (2) *napięcie psychiczne*, (3) *uczucie beznadziejności lub załamania*, (4) *uczucie duszności*, (5) *obniżenie nastroju*, (6) *zawroty głowy, uczucie chwiejności, omdlewanie, zamroczenia*, (7) *wczesne budzenie się*, (8) *koszmary senne*, (9) *suchość w ustach*, (10) *uderzenia gorąca lub dreszcze*, (11) *popłakiwanie*. Wszystkie objawy należą do spektrum zaburzenia lękowego uogólnionego oraz depresji lub dystymii. Wyróżnione objawy tylko częściowo pokrywają się z objawami MAD przedstawionymi przez Zinbarga [8]. W szczególności są to: *trudności z koncentracją (1)*, *poczucie beznadziejności (3)*, *zaburzenia snu (7, 8)* i *placziwość (11)*. W nawiasach podano pozycje objawów Zinbarga na liście 11 objawów swoistych dla z.d.l.m., uzyskanych w tym badaniu. Wszystkie objawy z badania Zinbarga, z wyjątkiem *poczucia bezwartościowości*, znalazły się na liście objawów najczęściej występujących w zaburzeniu mieszanym (tabela 2).

Wykazy objawów najczęstszych i objawów charakterystycznych zawierają zarówno objawy psychopatologiczne, jak i somatyczne lęku. Nie potwierdza to koncepcji Clarka i Watsona zaburzenia mieszanego [5], opartej na trzyczęściowym modelu lęku i depresji, zakładającej oddzielenie objawów psychicznych lęku, nazywanych negatywnym afektem, od objawów somatycznych i depresyjnych. W badanej grupie osób z z.d.l.m. współwystępowały objawy ze wszystkich trzech grup. Nie można jednak wykluczyć, że ewolucja zaburzeń przebiega od objawów negatywnego afektu do objawów somatycznych i depresyjnych, potwierdzenie tej hipotezy wymaga jednak zupełnie innego badania.

Wśród 15 najbardziej nasilonych objawów w z.d.l.m. występuje 8 objawów zaburzenia lękowego uogólnionego oraz 7 objawów depresji lub dystymii. Wydaje się, że na podstawie uzyskanych wyników zaburzenie depresyjno-lękowe mieszane można określić jako współwystępowanie podprogowych objawów zaburzenia lękowego uogólnionego, depresji i dystymii. Uzyskane wyniki są zgodne z koncepcją Stahla [17, 18, 19], zakładającą bliski związek stanów depresyjnych z zaburzeniem lękowym uogólnionym. Stahl uważał, że epizody depresyjne są bardzo częste w zaburzeniu lękowym, wobec czego rozdzielenie zaburzenia lękowego uogólnionego i depresji jest sztuczne. Poparciem dla poglądów tego autora są wyniki Kendlera [20], który wykazał jednakowe podłoże genetyczne zaburzenia lękowego uogólnionego i depresji.

Summary

The paper describes symptoms of mixed depressive and anxiety disorder (ICD-10). The study was carried out in three medical dispensaries: two psychiatric (42 persons) and one primary care (62 persons). Patients with or without anxiety and depressive symptoms were included. Exclusion criteria was: psychoactive substance abuse, physical diseases affecting mental state, and mental disorders other than anxiety or mood disorders. A total of 104 patients (65 women and 39 men in mean age of 41.1 years) were inquired with *General Health Questionnaire*

(GHQ-30), *Global Assessment of Functioning (GAF)* and diagnostic questionnaire based on *Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry*, Version 2.0.

There was no pattern of symptoms specific for mixed disorder that could be a basis for operational criteria. The most frequent were symptoms of generalised anxiety disorder (GAD), depression and dysthymia. The most specific symptoms, selected using discriminant analysis were: (1) *difficulty in concentrating*, (2) *feeling mentally tense*, (3) *feeling of hopelessness or despair*, (4) *shortening of breath*, (5) *lowered mood*, (6) *feeling dizzy, unsteady, faint, or light headed*; (7) *early waking up*, (8) *nightmares*, (9) *dry mouth*, (10) *hot flushes or cold chills*, (11) *frequent tearfulness*. The results contribute to the concept that mixed depression and anxiety disorder is closely related to generalised anxiety disorder (GAD).

Ðāīōēū nēd'nīēā āld'āīnncāīā ē nēīrīīāī ōīācēīāī īrdōīīcē

Nīāīdēīī

Ðāīāīāī ēnnēīāīāīcī nēd'nīēā, d'ī āē īūcōn' ō d'rōcīīā n' āīd'āīnncāīūē ē nī nēīrīīūēc ōīācēīūēc īrdōīīc' ēc d'ī ēcēīīc' ē IND-10. Čnnēīāīāīc' d'āīāīāīū ā nīlō ēlācōēīēcō āēnd'rīīāīd'rō, ā nīē -cēīl ā āāōō d'nēōōrīdē-īnēcō (42 -lēīāīēf) ē nīlēīēē ēlācōcīū (62 -lēīāīēf). Āē' ēnnēīāīāīc' d'dē-ēnēīlī d'rōcīīāī ēfē n' nēd'nīēēēc ōīācē ē āīd'āīnncē, nēfē ē āīc nēīāīūō nēd'nīēā. Čē ēnnēīāīāīc' cēēī-īlīū d'rōcīīāī ēīōōīndīāē īūēl d'nēōīrēncāūl d'āīd'rīd'nū, n' ōcēē-īnēcēēc āīēīcī ēc, āēē īūcēē īf d'nēōē-īnēīl nīīnī' īcī, f' nēcēl n' d'nēōē-īnēcēēc īrdōīīc' ēc, ēīūēc īlēlēc ōīācēīūl īrdōīīc' ēēc ēl īrdōīīc' īrīnāīīc'. Ā nōēēl īānēīāīāīī 104 -lēīāīēf (65 ēīūcī ē 30 ēōc-ēī), nī nīāīēē āīc'd'rīīē 41,4 ēlī d'dē d'īēīūēc d'nēōīēīīdē-īnēcō īd'āīīcēīā: āēīāīīnncē-īnēīāī āēīīnīdē', īnīāīīāī īf Nōlēl ēēcīē-īnēīē īōīēc ā īlēīd'nēōēīrīdēc (Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry, SKAN 2.0), īāūīāī āēīīnīdē' cāīdīāū' (General Health Questionnaire GHQ-30), Ŗēfēū īāūlē īōīēc ōōīēōīcīdīāīc' (Global Assessment of Functioning GAF).

Ī īāīrdōēīī nīlōcōē-īnēīāī īāīd'rōī nēd'nīēā ōīdēīīdēcē-īīāī āē' nēīrīīūō īrdōīīcē ēīīdūl ēīāēc āū āūnū īnīāīē ēīīīndōēōēc ēcēīīdēc īd'rōcīīāī d'īd'āēf. ×fūl āīāī d'dē īāī d'ī āē' ēcēū nēd'nīēū īāūlē ōīācē, āīd'āīnncē, āēnncēcē ē īrdōīīc' nīf. Ācē-īdēēīrōcīīūēc nīēcēc d'īcāīēcēc āūālēcēnū īcāīēīl nīlōcōē-īnēcēl nēd'nīēū āē' ādōd'dū nī nēīrīīūēc īrdōīīc' ēc: 1) ēīīūf' nīāīāīīnū āī ēīīōīīnd'rōcē, 2) d'nēōē-īnēīl īrd'ēīcī, 3) -ōāīnāī āīcīfāīcīīnncē ēēc d'nēōē-īnēcēc īrādūā, 4) -ōāīnāī ōāōrē', 5) nīcēīcīl īrīnāīīc', 6) āīēīāīēdōcīcī, -ōāīnāī d'nīīdēc d'rāīāīlēc', nēīēīd'y, d'īēd'r-īc' nīcīfīc', 7) d'rīl d'āīāōcāīcīl, 8) īī-īūl ēīfērdū, 9) ēīlīdīnīēc', 10) -ōāīnāī āīd' -īāī ōāīd'r ēēc āīcīcīcīl, 12) nēēīīīnū ē d'ēr-ēcāīīnncē. Ðīēō-īīūl d'īcōēūīrīnū d'īāīāīdēcāīīn āēcēōīf nā' cū īāī n' ōī-ācēīūēc īrdōīīc' ēc nēīrīīāī nēd'r.

Profil der Symptome der gemischten Depressions- und Angststörung

Zusammenfassung

Man untersuchte die Symptome bei den Patienten mit der gemischten Depressions- und Angststörung, die nach den ICD - 10 Kriterien diagnostiziert wurde. Die Untersuchung wurde in drei Beratungsstellen durchgeführt, darunter waren zwei psychiatrische (42 Personen) Beratungsstellen und eine für Familienmedizin (62 Personen). Zur Untersuchung wurden die Patienten mit den Symptomen Angst und Depression und ohne diese Symptome gewählt. Ausgeschlossen aus diesen Untersuchungen wurden die Patienten, die psychoaktive Mittel mißbrauchten, Patienten mit physischen Krankheiten, die einen Einfluß auf den psychischen Zustand haben und mit anderen psychischen Störungen als Angststörungen oder Stimmungsstörungen. Insgesamt wurden 104 Personen untersucht (65 Frauen, 39 Männer) im Durchschnittsalter von 41,4 Jahren. Sie wurden mit Hilfe des psychometrischen Fragebogens untersucht: eines diagnostischen Fragebogens aufgrund: Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry, SCAN 2.0; General

Health Questionnaire, GHQ-30; Global Assessment of Functioning, GAF.

Es wurde kein eigentümliches Muster der Symptome beschrieben, das charakteristisch für eine gemischte Störung wäre und das eine Grundlage für die getrennten operativen Kriterien sein könnte. Am häufigsten traten bei der gemischten Depressions- und Angststörung die Symptome der allgemeinen Angststörung, Depression, Dysthymie und Schlafstörungen auf. Die Analyse erlaubte die eigentümlichsten Symptome für die Gruppe mit der gemischten Störung auszusondern: (1) eine verringerte Konzentrierungsfähigkeit, (2) psychische Spannung, (3) Gefühl der Hoffnungslosigkeit oder des Zusammenbruchs, (4) Atembeschwerden, (5) Stimmungssenkung, (6) Gefühl der Labilität, Ohnmacht, Bewußtseintrübung, (7) frühes Aufwachen, (8) Alpträume, (9) Trockenheit im Mund, (10) Schauer oder Heißgefühl, (11) Weinen u.a. Die erzielten Ergebnisse bestätigten einen nahen Zusammenhang mit der allgemeinen Angststörung.

Le profile des symptômes du trouble mixte dépressif et anxieux

Résumé

On examine les symptômes du trouble mixte dépressif et anxieux diagnostiqué selon les critères ICD-10. L'examen est fait dans trois dispensaires – deux psychiatriques (42 personnes) et un de médecin de famille (62 personnes) et on examine les patients avec les symptômes de la dépression et de l'anxiété et sans ces symptômes. On exclue les patients qui abusent des substances psychoactives, qui souffrent des troubles physiques influant sur l'état psychique ou qui souffrent d'autres troubles psychiques que les troubles anxieux. En somme on examine 104 personnes (65 femmes, 39 hommes – moyenne d'âge- 41,4 ans), à l'aide des questionnaires: General Health Questionnaire (GHQ-30), Global Assessment of Functioning (GAF), basés sur Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry, Version 2.0. On ne constate pas l'existence d'un modèle spécifique des symptômes caractéristiques pour le trouble mixte qui pourra construire des critères opératoires séparés. Le plus souvent on note: symptômes anxieux généralisés, dépression, dysthymie, insomnie. L'analyse discriminante permet de discerner les symptômes les plus caractéristiques pour le trouble mixte: 1) difficulté de concentration, 2) tension psychique, 3) sentiment de désespérance et de dépression, 4) étouffement, 5) abaissement de l'humeur, 6) vertige, sentiment d'évanouissement, d'obnubilation, 7) réveil précoce, 8) cauchemars, 9) sécheresse de la bouche, 10) fièvre ou frisson, 11) pleurs fréquents. Ces résultats témoignent les connexions du trouble mixte avec le trouble anxieux généralisé.

Piśmiennictwo

1. *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10; Opisy kliniczne i wskaźniki diagnostyczne.* Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius, Instytut Psychiatrii i Neurologii, 1997.
2. *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines.* World Health Organisation, Geneva, 1993.
3. *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Diagnostic criteria for research.* World Health Organisation, Geneva, 1993.
4. Stein MB, Kirk P, Prabhu V, Grott M, Terepa M. *Mixed anxiety-depression in a primary-care clinic.* J. Affect. Dis. 1995; 17, 34(2): 79–84.
5. Clark LA, Watson D. *Tripartite model of anxiety and depression: psychometric evidence and taxonomic implications.* J. Abn. Psychol. 1991; 100(3): 316–336.
6. Katon W, Roy-Byrne PP. *Mixed anxiety and depression.* J. Abn. Psychol. 1991; 100(3): 337–345.
7. Zinbarg R, Barlow DH. *Mixed anxiety and depression: a new diagnostic category?* W: red. Rapee RM, Barlow DH. *Chronic anxiety: generalised anxiety disorder and mixed anxiety-depression.*

- New York: Guilford Press, 1991.
8. Zinbarg RE, Barlow DH, Liebowitz M, Street L, Broadhead E, Katon W, Roy-Byrne P, Lepine JP, Teherani M, Richards J, Brantley PJ, Kraemer H. *The DSM-IV field trial for mixed anxiety-depression*. Am. J. Psychiatry 1994; 151: 1153–1161.
 9. *Schedules for clinical assessment in neuropsychiatry*. Version 2.0. Manual. World Health Organisation, Division of Mental Health, Geneva.
 10. *Schedules for clinical assessment in neuropsychiatry*. Version 2.0. Glossary. World Health Organisation, Division of Mental Health, Geneva.
 11. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association Press; 1994.
 12. Wciórka J, Muskat K, Matalowski P. *Ocena przydatności skal funkcjonowania społecznego z systemu DSM-IV (GAF, SOFAS, GARF)*. Post. Psychiatr. Neurol. 1997; 6: 253–267.
 13. Chan DW, Chad TS. *Reliability, validity and the structure of the General Health Questionnaire in a Chinese context*. Psychol. Med. 1983; 13: 363–371.
 14. Cheng TA, Wu JT, Chong MY, Williams P. *Internal consistency and factor structure of the Chinese Health Questionnaire*. Acta Psychiatr. Scand. 1990; 82: 304–308.
 15. Dohrenwend BP, Shrout PE, Egri G, Mendelsohn FS. *Nonspecific psychological distress and other dimensions of psychopathology*. Arch. Gen. Psychiatry 1980; 37: 1229–1236.
 16. Goldberg DP. *The detection of psychiatric illness by questionnaire*. Maudsley Monographs. London 1972.
 17. Stahl SM. *Mixed anxiety and depression: clinical implications*. J. Clin. Psychiatry 1993; 54:1: 33–38.
 18. Stahl SM. *Mixed depression and anxiety: Serotonin_{1A} receptors as a common pharmacologic link*. J. Clin. Psychiatry 1997; 58 (supl. 8): 20–26.
 19. Stahl SM. *Phenomenology of anxiety disorders: clinical heterogeneity and comorbidity, advances in the neurobiology of anxiety disorders*. Baffins Lane: John Wiley & Sons Ltd; 1996.
 20. Kendler KS, Neale MC, Kessler RC, Heath AC, Eaves LJ. *Major depression and generalized anxiety disorder: Same genes, (partly) different environments*. Arch. Gen. Psychiatry 1992; 49:716–722.

Otrzymano: 16.03.2000

Zrecenzowano: 3.07.2000

Przyjęto do druku: 5.03.2001

Adres: Klinika Psychiatrii AM
Wrocław, ul. Kraszewskiego

