

Objawy lękowe w zaburzeniu obsesyjno-kompulsyjnym i w zaburzeniu lękowym uogólnionym

Anxiety symptoms in obsessive-compulsive disorder and generalized anxiety disorder

Anna Citkowska-Kisielewska, Krzysztof Rutkowski,
Jerzy A. Sobański, Edyta Dembińska, Michał Mielimąka

Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Katedra Psychoterapii

Summary

Aim. Due to the co-occurrence of symptoms of anxiety disorders and obsessive-compulsive disorders, and the hypothesis about common etiopathological factors, we performed a research addressing the occurrence and severity of anxiety symptoms, the severity of groups of neurotic symptoms, and conducted factor analyses in two groups of patients: diagnosed with obsessive-compulsive disorder (OCD) and with generalized anxiety disorder (GAD).

Material and methods. A retrospective study was conducted on two groups of patients: 76 – diagnosed with OCD, and 186 – diagnosed with GAD. The source of information about the presence and severity of symptoms was *the Symptom Checklist "O"* (KO "O"). The impact of sex and the presence or absence of cognitive impairments (Bender's and Benton's tests) on the investigated associations were accounted for.

Results. No significant differences in the severity of most anxiety symptoms were found between the groups of patients diagnosed with OCD or GAD. Patients with GAD were characterized by a significantly higher intensity of phobic disorders, conversion disorders, cardiac autonomic dysfunctions, and hypochondria, when compared to patients with OCD. Factor analyses identified the existence of three similar factors in the OCD and the GAD groups: 'anxiety/depressiveness', 'obsessions' and 'compulsions'. Additional factors were, among others, 'depressiveness' in OCD and separation anxiety in GAD.

Conclusions. The research indicates that anxiety plays a significant role in the clinical picture of OCD and may reach a severity similar to that observed in GAD. The presence and severity of anxiety and somatization symptoms can be associated with the presence of cognitive impairments, which requires further investigation.

Słowa kluczowe: objawy lękowe, zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne, zaburzenie lękowe uogólnione

Key words: anxiety symptoms, obsessive-compulsive disorder, generalized anxiety disorder

1. Wstęp

Objawy lękowe współtworzą obraz większości zaburzeń psychicznych. Lęk stanowi jedną z podstawowych cech klinicznych zaburzeń nerwicowych oraz odgrywa istotną rolę w patogenezie tych zaburzeń [1]. W niektórych przypadkach objawy lękowe wysuwają się na pierwszy plan lub wykazują nasilenie upoważniające do rozpoznawania zaburzeń lękowych, które należą do najczęstszych zaburzeń psychicznych (ponad 10% populacji) [2]. Klasyfikacja zaburzeń lękowych zmieniała się na przestrzeni dekad, ewoluując w kierunku wyodrębniania różnych postaci tych zaburzeń, takich jak zaburzenie lękowe z napadami lęku czy zaburzenie lękowe uogólnione, ze specyficznymi dla nich objawami oraz różną odpowiedzią na leczenie farmakologiczne. Zasadność wyodrębniania poszczególnych zaburzeń lękowych pozostaje przedmiotem kontrowersji i badań od czasu wprowadzenia klasyfikacji DSM-III [3, 4]. W szczególności dotyczy to specyfiki zaburzenia lękowego uogólnionego (GAD) – ze względu na częste (nawet 90%) współwystępowanie innych zaburzeń psychicznych, w tym obsesyjno-kompulsyjnych czy depresyjnych oraz podobieństwo obrazu klinicznego np. do zaburzeń osobowości [5–7].

Uważa się, że współwystępowanie objawów różnych zaburzeń lękowych może być klinicznym przejawem wspólnych czynników etiopatogenetycznych, w tym wspólnego podłoża genetycznego i neurobiologicznego, wyrażających się takimi cechami jak dominacja negatywnego afektu, „neurotyzm”, unikanie zagrożenia czy „nietolerancja niepewności” [8–11]. „Nietolerancja niepewności” uważana jest za podstawowy czynnik związany z występowaniem lęku tzw. podstawowego, ale też objawów zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych (OCD), do niedawna również zaliczanych do grupy zaburzeń lękowych (DSM-IV) [12–15]. Badania bliźniąt wskazują na istnienie wspólnego dla niektórych postaci OCD i zaburzeń lękowych podłoża genetycznego, a objawy obsesyjno-kompulsyjne mogą stanowić czynnik ryzyka dla rozwoju niektórych zaburzeń lękowych, takich jak GAD czy zespół lęku napadowego [16, 17]. Być może znajduje to odzwierciedlenie w opisywanym długim okresie unikania podejmowania leczenia zarówno przez pacjentów z OCD (średnio ok. 8 lat), jak i z GAD (6–7 lat) [18].

Badania czynników patogenetycznych oraz cech fenotypowych zaburzeń lękowych doprowadziły do wyodrębnienia w DSM-5 zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych jako osobnej, różnej od zaburzeń lękowych, kategorii. Obecnie w klasyfikacji DSM-5 do grupy zaburzeń lękowych zalicza się: separacyjne zaburzenie lękowe, mutyzm selektywny, fobie swoiste, społeczne zaburzenie lękowe, zaburzenie paniczne, agorafobie i zaburzenie lękowe uogólnione [19].

2. Cel badań

Ze względu na opisywane w literaturze przedmiotu współwystępowanie zaburzeń lękowych i zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych oraz hipotezy mówiące o wspólnych czynnikach etiopatogenetycznych tych zaburzeń, wyrażających się w ich obrazie klinicznym, poddano badaniu strukturę objawową OCD i GAD, a w szczególności:

1. Czy zaburzenia te różnią się występowaniem, liczbą lub nasileniem poszczególnych objawów lękowych?
2. Czy zaburzenia te różnią się nasileniem poszczególnych skal *Kwestionariusza Objawowego „O”* (KO), opisujących różne grupy objawów nerwicowych?
3. Czy czynniki wyjaśniające występowanie objawów obu zaburzeń są podobne, czy różne?

3. Materiał i metoda

Badanie obejmowało analizę retrospektywną i zostało przeprowadzone w dwóch grupach pacjentów: 76 pacjentów z rozpoznaniem OCD (F42 według ICD-10) i 186 z rozpoznaniem GAD (F41.1 według ICD-10). Dane stanowiące materiał badawczy zostały zebrane w trakcie postępowania diagnostycznego, tj. w momencie zgłoszenia się pacjentów do leczenia na Oddziale Dziennym. Diagnozę postawiono na podstawie badania psychiatrycznego (wywiadu psychiatrycznego i oceny stanu psychicznego), zgodnie z kryteriami diagnostycznymi klasyfikacji ICD-10. Z badania wykluczono pacjentów, u których w ramach badania psychiatrycznego stwierdzano występowanie organicznych zaburzeń psychicznych, zaburzeń psychotycznych, afektywnych, uzależnienia od substancji psychoaktywnych, a także współistnienie zaburzeń lękowych (GAD) i zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych, spełniających kryteria diagnostyczne klasyfikacji ICD-10. Kryterium włączenia do badania stanowiło, poza rodzajem rozpoznania, zaznaczenie odpowiedzi we wszystkich pozycjach *Kwestionariusza Objawowego „O”*.

Źródłem informacji o obrazie objawów nerwicowych, w tym objawów lękowych, występujących u pacjentów w tygodniu poprzedzającym zgłoszenie się do leczenia był *Kwestionariusz Objawowy „O”* (KO) (zmienna zależna). Kwestionariusz ten jest metodą diagnostyczną stosowaną obok wywiadu i badania psychiatrycznego u pacjentów zgłaszających się do leczenia na Oddziale Dziennym. Przy jego konstruowaniu inspirowano się kwestionariuszem SCL-90-R. Weryfikacja rzetelności i trafności pytań tworzących zmienne kwestionariusza potwierdziła zasadność jego użycia do diagnozy i opisu zaburzeń [20, 21]. Jest to kwestionariusz samoopisowy, składa się ze 138 pytań zamkniętych, a odpowiedzi na pytania dostarczają informacji o występowaniu i nasileniu 135 objawów uważanych za najbardziej charakterystyczne dla zaburzeń nerwicowych. Zawiera m.in:

- 10 zmiennych opisujących objawy zaliczone do skali „inne zaburzenia lękowe” o numerach: 4 – stały lęk bez przyczyny; 16 – wewnętrzne napięcie; 24 – lęk paraliżujący; 44 – ataki panicznego przerażenia; 64 – niepokój; 84 – nieuzasadnione poczucie zagrożenia; 104 – trema, niepokój przed wydarzeniami, spotkaniami; 121 – lęk o najbliższych, którym aktualnie nic nie zagraża; 124 – lęk katastroficzny; 126 – natłok myśli;
- 7 zmiennych opisujących objawy zaliczone do skali zaburzeń fobicznych o numerach: 1 – lęk w czasie przebywania na balkonach, mostach, nad przepaścią; 21 – lęk, gdy wokół nie ma ludzi; 41 – lęk w czasie przebywania w po-

ruszających się pojazdach, pociągach, autobusach; 61 – lęk w otwartej przestrzeni; 71 – lęk w zamkniętych pomieszczeniach; 81 – lęk w tłumie; 101 – lęk przed przedmiotami, zwierzętami, miejscami, których nie ma powodu się bać [22].

Pytania KO dotyczą występowania i nasilenia objawów w okresie siedmiu dni przed wypełnieniem kwestionariusza. KO umożliwia subiektywną ocenę nasilenia dolegliwości według następujących kryteriów: „0” – „dolegliwość w ogóle nie występowała, „a” – „występowała, ale była tylko nieznacznie uciążliwa”, „b” – „była średnio uciążliwa”, „c” – „była bardzo uciążliwa”.

W badaniu uwzględniono wpływ płci oraz obecności lub braku dysfunkcji poznawczych (stwierdzanych za pomocą przeprowadzonych w momencie zgłoszenia się do leczenia testów: Test Pamięci Wzrokowej Bentona (Benton Visual Retention Test) i Wzrokowo-Motoryczny Test Gestalt Lauretty Bender (Bender Visual-Motor Gestalt Test)) na badane zależności. Interpretacja wyników testów psychologicznych została dokonana przez psychologów uczestniczących w procesie diagnostycznym.

Wartości zmiennych analizowanych w badaniu pochodzą z komputerowej bazy danych. Dane te uzyskano w wyniku rutynowych badań diagnostycznych, przechowywano i opracowywano je w postaci anonimowej. Są one wykorzystywane do analiz za zgodą pacjentów.

W analizie materiału badawczego zastosowano: analizę wariancji, analizę regresji wielokrotnej, test *t*-Studenta, analizę korelacji oraz analizę czynnikową. Obliczenia wykonano z użyciem programu SPSS i programu Statistica. W całym wnioskowaniu statystycznym przyjęto jednolity poziom istotności: $p \leq 0,05$. We wszystkich analizach zastosowano testy z bezkierunkowymi hipotezami badawczymi.

4. Wyniki

Cała grupa pacjentów składała się z 262 osób, w tym 183 kobiet i 79 mężczyzn, w wieku od 18 do 58 lat. Średnia wieku wynosiła 33 lata (18–58 lat). Średni wiek w grupie OCD wynosił 31 lat, a w grupie GAD – 34 lata.

Tabela 1. Liczba kobiet i mężczyzn oraz liczebności pacjentów ze stwierdzonymi dysfunkcjami poznawczymi i bez tych dysfunkcji (liczebności – N; odsetki – %)

Płeć, dysfunkcje poznawcze	Rozpoznanie OCD		Rozpoznanie GAD	
	N	%	N	%
Pacjenci ogółem	76	100,0	186	100,0
Kobiety	43	56,6	140	75,3
Mężczyźni	33	43,4	46	24,7
Pacjenci bez dysfunkcji poznawczych	48	63,2	133	71,5
Kobiety	27	35,5	99	53,3
Mężczyźni	21	27,6	34	18,3
Pacjenci z dysfunkcjami poznawczymi	28	36,8	53	28,5

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Kobiety	16	21,1	41	22,0
Mężczyźni	12	15,8	12	6,5

Stwierdzono, że wśród pacjentów z rozpoznaniem GAD było istotnie więcej kobiet (75%) niż wśród pacjentów z rozpoznaniem OCD (57%), a wśród chorych z OCD było istotnie więcej mężczyzn (43%) niż wśród chorych z GAD (25%) (test Chi-kwadrat = 8,95; $df = 1$; $p = 0,003$).

4.1. Dysfunkcje poznawcze

Nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic w występowaniu dysfunkcji poznawczych w grupie pacjentów z rozpoznaniem OCD i GAD (test Chi-kwadrat = 1,76; $df = 1$; $p = 0,18$). Wśród ogółu chorych u 81 osób (31%) stwierdzono występowanie pewnych dysfunkcji poznawczych (Test Pamięci Wzrokowej Bentona (Benton Visual Retention Test) i Wzrokowo-Motoryczny Test Gestalt Lauretty Bender (Bender Visual-Motor Gestalt Test) .

Nie stwierdzono również istotnych statystycznie różnic w występowaniu dysfunkcji poznawczych w zależności od płci pacjentów (test Chi-kwadrat = 0,02; $df = 1$; $p = 0,90$).

4.2. Występowanie objawów lękowych

Porównano występowanie objawów lękowych za pomocą analizy regresji wielokrotnej (z użyciem techniki regresji krokowej).

Tabela 2. Częstości występowania poszczególnych objawów lękowych w grupach wyodrębnionych ze względu na rozpoznanie (OCD i GAD), plec (K, M) i występowanie („z”) lub brak („bz”) dysfunkcji poznawczych

Pozycja	Ogół	OCD		GAD		K		M		z		K		M		bz		M	
		OCD	GAD	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M
4	81,3	64,5	85,2	72,2	80,1	84,0	69,8	57,6	90,0	82,6	60,4	71,4	87,2	90,6	84,1	87,7	70,9	75,0	
16	95,8	93,4	96,8	95,1	97,5	96,1	93,0	93,9	95,7	100,0	93,8	92,9	97,0	96,2	96,0	93,0	96,4	100,0	
24	64,1	56,6	67,2	65,0	62,0	76,5	51,2	63,6	69,3	60,9	45,8	75,0	63,2	77,4	61,1	73,7	52,7	83,3	
44	55,0	42,1	58,5	46,8	52,5	60,5	44,2	39,4	62,9	52,2	35,4	53,6	58,6	64,2	56,3	63,2	43,6	54,2	
64	91,6	90,8	91,9	90,2	94,9	91,2	88,4	93,9	90,7	95,7	89,6	92,9	91,7	92,5	89,7	91,2	94,5	95,8	
84	71,0	63,2	74,2	72,1	68,4	71,8	69,1	60,6	74,3	73,9	62,5	64,3	75,2	71,7	72,2	71,9	70,9	62,5	
104	88,5	88,2	88,7	90,2	84,8	86,2	93,8	84,8	90,0	84,8	81,2	100,0	88,0	90,6	88,9	93,0	80,0	95,8	
121	66,4	64,5	67,2	66,7	65,8	75,3	60,5	69,7	68,6	63,0	54,2	82,1	65,4	71,7	62,7	75,4	61,8	75,0	
124	45,4	44,7	45,7	45,4	45,6	47,0	41,9	48,5	46,4	43,5	41,7	50,0	48,9	37,7	47,6	40,4	45,5	45,8	
126	69,8	78,9	66,1	70,5	68,4	81,5	83,7	72,7	66,4	65,2	75,0	85,7	60,9	79,2	67,5	77,2	58,2	91,7	

Wytłuszczonym drukiem zaznaczono różnice istotne statystycznie, $p \leq 0,05$.

Grupy istotnie różniące się częstością występowania poszczególnych objawów lękowych:

- 4 – stały lęk bez przyczyny: GAD (88%) > OCD (64%), $p = 0,000$;
- 24 – lęk paraliżujący: pacjenci z dysfunkcjami poznawczymi (76%) > pacjenci bez dysfunkcji poznawczych (59%), $p = 0,004$; na prawidłowość tę nakłada się interakcyjny efekt rozpoznania i płci: kobiety z rozpoznaniem GAD (69%) > kobiety z rozpoznaniem OCD (51%), $p = 0,048$;
- 44 – ataki panicznego przerażenia: GAD (60%) > OCD (42%), $p = 0,008$;
- 121 – lęk o najbliższych, którym aktualnie nic nie zagraża: pacjenci z dysfunkcjami poznawczymi (75%) > pacjenci bez dysfunkcji poznawczych (62%), $p = 0,040$;
- 126 – natłok myśli: pacjenci z dysfunkcjami poznawczymi (82%) > pacjenci bez dysfunkcji poznawczych (65%), $p = 0,006$.

Stwierdzono, że pacjenci z rozpoznaniem OCD i GAD różnili się w sposób istotny częstością występowania tylko dwóch objawów lękowych: nr 4 (stały lęk bez przyczyny) i nr 44 (ataki panicznego przerażenia) – oba występowały istotnie częściej w grupie z rozpoznaniem GAD. W odniesieniu do trzech objawów lękowych stwierdzono istotny wpływ obecności dysfunkcji poznawczych na częstość ich występowania. Dotyczyło to objawów: nr 24 (lęk paraliżujący), nr 121 (lęk o najbliższych) i nr 126 (natłok myśli) – wszystkie występowały istotnie częściej w grupie pacjentów z dysfunkcjami poznawczymi niż w grupie pacjentów bez tych dysfunkcji.

4.3. Liczba objawów lękowych

Liczba objawów lękowych zgłaszanych przez pacjentów z rozpoznaniem OCD i GAD została porównana z użyciem testu *t*-Studenta dla prób niezależnych (test dwustronny).

Tabela 3. Rozkład liczby objawów lękowych w grupie pacjentów z OCD i GAD – liczebności (N) pacjentów wskazujących daną liczbę objawów oraz odpowiadający im obraz odsetkowy (%)

Liczba objawów	Rozpoznanie OCD		Rozpoznanie GAD	
	N	%	N	%
0	-	-	1	0,5
1	2	2,6	-	-
2	2	2,6	3	1,6
3	2	2,6	5	2,7
4	8	10,5	7	3,8
5	3	3,9	21	11,3
6	14	18,4	21	11,3
7	13	17,1	25	13,4

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

8	10	13,2	31	16,7
9	12	15,8	35	18,8
10	10	13,2	37	19,9
Ogółem	76	100,0	186	100,0

Stwierdzono, że w 262-osobowej próbie znalazła się zaledwie jedna osoba, która nie zgłaszała występowania żadnej z dolegliwości zaliczanych do grupy objawów lękowych, a tylko 5% pacjentów z rozpoznaniem GAD i 8% pacjentów z OCD zgłaszało występowanie trzech lub mniejszej liczby objawów lęku. W każdej z tych grup zdecydowana większość badanych (78–80%) potwierdzała wystąpienie co najmniej sześciu (6–10) różnych objawów lęku, a więc większości spośród dziesięciu objawów zaliczonych do skali zaburzeń lękowych.

Tabela 4. Liczba objawów lękowych a rozpoznanie – wartości średnie i odchylenia standardowe oraz istotność różnicy pomiędzy średnią liczbą objawów lękowych zgłaszanych przez pacjentów z rozpoznaniem OCD i GAD – test t-Studenta dla prób niezależnych (test dwustronny)

Rozpoznanie	Średnia	Odchylenie standardowe	Istotność różnicy pomiędzy średnimi	Siła związku między zmiennymi
OCD	6,87	2,31	test t-Studenta $t = -2,00$; $df = 260$; $p = 0,046$	Eta = 0,123 Eta-kwadrat = 1,5%
GAD	7,46	2,13		

Stwierdzono, że pacjenci z rozpoznaniem GAD zgłaszali średnio więcej objawów lękowych (7,46) niż pacjenci z rozpoznaniem OCD (6,87). Różnica pomiędzy średnimi, choć istotna, była jednak niewielka ($p = 0,046$; Eta-kwadrat = 1,5%).

4.4. Porównanie występowania objawów fobicznych

W grupach wyodrębnionych ze względu na rozpoznanie, płeć i występowanie dysfunkcji poznawczych porównano występowania objawów fobicznych za pomocą trójczynnikowej analizy wariancji.

Grupy istotnie różniące się częstością występowania poszczególnych objawów fobicznych:

- 1 – lęk w czasie przebywania na balkonach, mostach, nad przepaścią: GAD (48%) > OCD (28%), $p = 0,003$;
- 21 – lęk, gdy wokół nie ma ludzi: GAD (70%) > OCD (49%), $p = 0,002$; kobiety bez dysfunkcji poznawczych (71%) > mężczyźni bez dysfunkcji poznawczych (49%), $p = 0,049$;
- 41 – lęk w czasie przebywania w poruszających się pojazdach, pociągach, autobusach: GAD (62%) > OCD (20%), $p = 0,000$; pacjenci z dysfunkcjami poznawczymi (58%) > pacjenci bez dysfunkcji poznawczych (46%), $p = 0,022$; kobiety (56%) > mężczyźni (34%), $p = 0,011$;

- 61 – lęk w otwartej przestrzeni: GAD (43%) > OCD (9%), $p = 0,000$; pacjenci z dysfunkcjami poznawczymi (43%) > pacjenci bez dysfunkcji poznawczych (29%), $p = 0,002$; pacjenci z GAD, z dysfunkcjami poznawczymi (53%) i bez dysfunkcji poznawczych (39%) i pacjenci z OCD, z dysfunkcjami poznawczymi (25%) > pacjenci z OCD, bez dysfunkcji poznawczych (0%), $p = 0,012$;
- 71 – lęk w zamkniętych pomieszczeniach: GAD (50%) > OCD (24%), $p = 0,000$;
- 81 – lęk w tłumie: GAD (69%) > OCD (36%), $p = 0,000$.

Sześć spośród siedmiu objawów fobicznych zawartych w KO„O” występowało istotnie częściej w grupie z rozpoznaniem GAD niż w grupie OCD. Nie stwierdzono różnicy pomiędzy obiema grupami w częstości występowania „lęku przed przedmiotami, zwierzętami, miejscami, których nie ma powodu się bać”.

Stwierdzono ponadto wpływ obecności dysfunkcji poznawczych na częstość występowania dwóch objawów fobicznych (nr 41 – lęk w pojazdach; nr 61 – lęk w otwartej przestrzeni). Oba te objawy okazały się istotnie częstsze w grupie pacjentów z dysfunkcjami poznawczymi niż w grupie pacjentów bez tych dysfunkcji.

4.5. Porównanie nasilenia grup objawów

Porównano nasilenie grup objawów mierzonych 14 skalami *Kwestionariusza Objawowego „O”* w zależności od rodzaju rozpoznania, płci i występowania („z”) lub braku („bz”) dysfunkcji poznawczych. Posłużyła do tego trójczynnikowa analiza wariancji.

Tabela 5. Wyniki w 14 skalach *Kwestionariusza Objawowego „O”* – wartości średnie (M) i odchylenia standardowe (SD); wyniki surowe oraz odpowiadające im wyniki w stenach

Skala	OCD		GAD		Kobiety		Mężczyźni		bz		z	
	M	SD	SD	M	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
WYNIKI SUROWE												
Zaburzenia fobiczne	9,9	8,6	20,7	12,2	19,0	12,4	14,0	11,4	16,9	12,3	19,0	12,3
Inne zaburzenia lękowe	37,6	15,3	41,5	15,0	41,4	15,4	38,1	14,4	39,4	15,4	42,7	14,3
Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne	28,1	11,5	15,6	10,4	18,1	12,0	21,9	12,0	18,6	11,9	20,6	12,5
Konwersje	20,1	18,2	34,5	24,1	32,5	23,8	25,3	21,9	29,2	23,5	32,7	23,2
Zaburzenia autonomiczne z zakresu serca	21,1	13,2	33,2	15,3	31,7	15,5	25,0	15,2	28,5	16,0	32,5	14,9
Zaburzenia somatyzacyjne	20,8	15,2	25,3	17,3	25,1	16,9	21,4	16,5	23,6	16,6	24,9	17,3

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Zaburzenia hipochondryczne	13,2	8,8	16,7	10,4	15,4	10,0	16,4	10,2	15,7	10,0	15,7	10,2
Neurastenia	42,2	17,9	43,0	17,6	43,3	17,8	41,4	17,3	42,3	17,4	43,7	18,4
Depersonalizacje – derealizacje	9,8	10,8	11,5	11,3	11,0	11,3	11,1	11,1	11,2	11,1	10,6	11,4
Unikanie, zależność	28,3	17,5	29,3	18,0	29,7	18,0	27,3	17,5	28,9	17,7	29,2	18,3
Impulsywność, histrioniczność	22,4	13,6	23,5	13,6	24,8	13,3	19,4	13,4	22,6	13,4	24,6	13,8
Nieorganiczne zaburzenia snu	9,6	8,4	12,0	8,3	11,3	8,5	11,3	8,1	11,0	8,4	11,9	8,4
Dysfunkcje seksualne	9,4	8,8	10,7	9,5	10,5	9,7	9,8	8,3	10,6	9,2	9,5	9,5
Dystymia	31,2	11,9	29,9	12,7	30,8	12,8	29,1	11,5	30,3	12,5	30,3	12,3
WYNIKI W STENACH												
Zaburzenia fobiczne	4,62	1,30	6,13	1,68	5,92	1,71	5,18	1,63	5,61	1,72	5,89	1,71
Inne zaburzenia lękowe	4,88	1,88	5,32	1,85	5,30	1,90	4,95	1,77	5,06	1,89	5,48	1,78
Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne	7,00	1,78	5,04	1,75	5,43	1,97	6,03	1,91	5,52	1,94	5,80	2,03
Konwersje	3,99	1,81	5,28	1,98	5,07	2,01	4,53	1,99	4,78	2,03	5,17	1,97
Zaburzenia autonomiczne z zakresu serca	3,70	1,69	5,18	1,85	4,99	1,91	4,19	1,83	4,60	1,95	5,09	1,81
Zaburzenia somatyzacyjne	4,50	1,95	5,08	1,98	5,03	1,95	4,62	2,06	4,87	1,96	5,00	2,06
Zaburzenia hipochondryczne	5,28	1,50	5,88	1,74	5,67	1,67	5,78	1,76	5,68	1,68	5,77	1,74
Neurastenia	4,58	1,87	4,66	1,85	4,69	1,87	4,51	1,81	4,59	1,79	4,73	1,97
Depersonalizacje – derealizacje	4,96	1,80	5,23	1,79	5,13	1,80	5,20	1,80	5,19	1,78	5,06	1,83
Unikanie, zależność	4,58	1,97	4,68	1,98	4,72	2,01	4,51	1,89	4,62	1,96	4,72	2,01
Impulsywność, histrioniczność	4,33	2,04	4,45	2,05	4,64	2,01	3,89	2,03	4,33	2,02	4,62	2,11
Nieorganiczne zaburzenia snu	4,43	1,87	5,04	1,83	4,89	1,91	4,80	1,75	4,81	1,86	4,98	1,86
Dysfunkcje seksualne	5,03	1,68	5,29	1,77	5,26	1,80	5,11	1,59	5,31	1,70	5,00	1,82
Dystymia	5,14	1,77	4,95	1,91	5,08	1,91	4,84	1,76	5,01	1,88	5,00	1,84

Wyłuszczoneym drukiem oznaczono wartości średnie różniące się w sposób istotny statystycznie $p < 0,05$

Tabela 6. Nasilenie 14 skal Kwestionariusza Objawowego „O” (wyniki surowe) a rozpoznanie, płeć i występowanie lub brak dysfunkcji poznawczych (dysf. pozn.) – poziom prawdopodobieństwa p w trójczynnikowych analizach wariancji

Skala	Wartości p dla poszczególnych efektów						
	Rozpozn.	Płeć	Dysf. pozn.	Rozpozn. × płeć	Rozpozn. × dysf. pozn.	Płeć × dysf. pozn.	Rozpozn. × płeć × dysf. pozn.
Zaburzenia fobiczne	0,000***	0,149	0,138	0,205	0,688	0,966	0,826
Inne zaburzenia lękowe	0,343	0,354	0,065	0,326	0,088	0,354	0,027*
Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne	0,000***	0,249	0,372	0,737	0,372	0,384	0,185
Konwersje	0,000***	0,393	0,224	0,112	0,764	0,942	0,968
Zaburzenia autonomiczne z zakresu serca	0,000***	0,111	0,018*	0,174	0,656	0,758	0,678
Zaburzenia somatyzacyjne	0,129	0,149	0,634	0,904	0,812	0,339	0,642
Zaburzenia hipochondryczne	0,008**	0,255	0,598	0,540	0,990	0,583	0,814
Neurastenia	0,637	0,846	0,587	0,056	0,608	0,947	0,689
Depersonalizacje – derealizacje	0,498	0,748	0,921	0,664	0,378	0,753	0,394
Unikanie i zależność	0,718	0,628	0,755	0,181	0,385	0,716	0,386
Impulsywność i histrioniczność	0,838	0,013*	0,223	0,727	0,322	0,528	0,214
Nieorganiczne zaburzenia snu	0,129	0,642	0,146	0,879	0,147	0,673	0,810
Dysfunkcje seksualne	0,414	0,867	0,663	0,728	0,789	0,215	0,741
Dystymia	0,112	0,307	0,793	0,488	0,090	0,969	0,411

Istotność: * p < 0,05; ** p < 0,01; *** p < 0,001

Na podstawie przeprowadzonych analiz wariancji stwierdzono, że grupa pacjentów z rozpoznaniem GAD i grupa z OCD różniły się w sposób istotny średnim nasileniem pięciu z czternastu skal *Kwestionariusza Objawowego „O”*. U pacjentów z OCD nasilenie skali natręctw było istotnie wyższe niż w grupie GAD. Pacjenci z GAD cechowali się natomiast istotnie wyższym średnim nasileniem skali zaburzeń fobicznych, zaburzeń konwersyjnych, zaburzeń autonomicznych z zakresu serca i układu sercowo-naczyniowego oraz zaburzeń hipochondrycznych w porównaniu z pacjentami z OCD.

Stwierdzono ponadto, że nasilenie skali zaburzeń autonomicznych z zakresu serca i układu sercowo-naczyniowego było istotnie wyższe w grupie pacjentów z dysfunkcjami poznawczymi niż w grupie pacjentów bez tych dysfunkcji, a średnie nasilenie skali opisującej mieszane zaburzenia osobowości o cechach impulsywności i histrioniczności było istotnie wyższe w grupie kobiet niż w grupie mężczyzn.

Porównując nasilenie poszczególnych skal wyrażone w stenach w grupie OCD i GAD, odnotowano, że w grupie pacjentów z OCD najbardziej nasiloną skalą była skala zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych – co potwierdza trafność diagnozy, a najmniej nasiloną – skala zaburzeń autonomicznych z zakresu serca i układu sercowo-naczyniowego, natomiast u pacjentów z GAD najwyższe nasilenie osiągała skala zaburzeń fobicznych, najniższe zaś – skala impulsywności i histrioniczności.

4.6. Porównanie nasilenia skali „inne zaburzenia lękowe”

Porównano nasilenia skali „inne zaburzenia lękowe” w zależności od rodzaju rozpoznania, płci i występowania dysfunkcji poznawczych oraz interakcji tych czynników.

Tabela 7. Wartości średnie i odchylenia standardowe nasilenia skali „inne zaburzenia lękowe” (wyniki surowe) w grupach wyodrębnionych ze względu na rozpoznanie (OCD, GAD), płeć i występowanie lub brak dysfunkcji poznawczych

Rozpoznanie	Płeć	Dysfunkcje poznawcze	Liczba badanych	Wartość średnia	Odchylenie standardowe
OCD	-	-	76	38,58	14,13
GAD	-	-	186	40,75	14,68
-	kobiety	-	183	40,73	15,33
-	mężczyźni	-	79	38,60	13,48
-	-	nie występują	181	37,55	15,00
-	-	występują	81	41,78	13,80
OCD	kobiety	nie występują	27	38,0	16,4
OCD	kobiety	występują	16	39,0	14,9
OCD	mężczyźni	nie występują	21	31,0	14,0
OCD	mężczyźni	występują	12	46,3	11,2
GAD	kobiety	nie występują	99	41,3	15,5
GAD	kobiety	występują	41	44,6	14,5
GAD	mężczyźni	nie występują	34	39,9	14,1
GAD	mężczyźni	występują	12	37,2	14,6
Ogół badanych			262	40,4	15,1

Wytłuszczonym drukiem zaznaczono podgrupy różniące się wartościami średniego nasilenia skali w sposób istotny statystycznie, $p < 0,05$.

Na podstawie przeprowadzonej trójczynnikowej analizy wariancji stwierdzono, że nasilenie całej skali „inne zaburzenia lękowe” w sposób istotny było zależne od interakcji czynników „rozpoznanie \times płeć \times dysfunkcje poznawcze” ($p = 0,027$). Najwyższe nasilenie tej skali cechowało mężczyzn z rozpoznaniem OCD i dysfunkcjami poznawczymi (46 pkt), najniższe zaś – mężczyzn z tym samym rozpoznaniem bez dysfunkcji poznawczych (31 pkt). Zaobserwowano, że w porównaniu z podgrupą

mężczyzn z rozpoznaniem OCD bez dysfunkcji poznawczych istotnie wyższe nasilenie skali zaburzeń lękowych występowało w podgrupie kobiet z rozpoznaniem GAD – niezależnie od obecności u nich lub braku dysfunkcji poznawczych (41–45 pkt) – oraz w mało licznej, 12-osobowej podgrupie mężczyzn z OCD i dysfunkcjami poznawczymi (46 pkt). Pomimo małej liczebności tej ostatniej grupy ($n = 12$) poziom prawdopodobieństwa ($p < 0,01$) wskazuje na istotność różnicy nasilenia skali zaburzeń lękowych pomiędzy podgrupą mężczyzn z rozpoznaniem OCD z dysfunkcjami poznawczymi i podgrupą mężczyzn z tym samym rozpoznaniem bez tych dysfunkcji.

4.7. Analizy czynnikowe wykonane na wybranych (53) zmiennych *Kwestionariusza Objawowego „O”* w grupie pacjentów z rozpoznaniem OCD i GAD

W związku z danymi wskazującymi na istnienie różnic w strukturze zespołu objawowego w OCD i GAD wykonano na pozycjach wybranych skal *Kwestionariusza Objawowego „O”* analizy czynnikowe. Celem tych analiz było wyodrębnienie struktury czynników wyjaśniających istotne zależności pomiędzy wybranymi zmiennymi kwestionariusza, zwłaszcza w odniesieniu do objawów natręctw i objawów lękowych. Do analiz włączono, poza objawami zaburzeń lękowych i objawami natręctw, zmienne charakterystyczne dla zaburzeń fobicznych, zaburzeń depresyjnych oraz zaburzeń osobowości typu unikająco-zależnego i impulsywno-histrionicznego – łącznie 53 zmienne. Uwzględniając liczbę oryginalnych skal kwestionariusza objawowego, z których pochodzą zmienne włączone do analiz (sześć), oraz w związku z danymi wskazującymi na zasadność wyodrębnienia ze skali zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych dwóch podskal – obsesji i kompulsji – wyłoniono w każdej z grup (OCD i GAD) siedem czynników. Przeprowadzono analizy czynnikowe metodą rotacji ortogonalnej (VARIMAX).

Na podstawie analizy treściowej zmiennych wyjaśnianych przez poszczególne czynniki stwierdzono występowanie następujących wymiarów tworzących obraz psychopatologiczny OCD: (a) zależność (ładunki czynnikowe $> 0,45$); (b) niepokój/depresyjność (ładunki czynnikowe $> 0,36$); (c) lęk fobiczny/impulsywność (ładunki czynnikowe $> 0,34$); (d) obsesje (ładunki czynnikowe $> 0,39$); (e) impulsywność/lęk fobiczny (ładunki czynnikowe $> 0,41$); (f) kompulsje (ładunki czynnikowe $> 0,39$); (g) depresyjność (ładunki czynnikowe $> 0,50$). Siedem opisanych czynników (wymiarów) wyjaśnia 53% zmienności obrazu objawowego OCD. Z kolei w grupie z rozpoznaniem GAD wyodrębniono następujące czynniki: (a) niepokój/depresyjność (ładunki czynnikowe $> 0,30$); (b) lęk separacyjny (ładunki czynnikowe $> 0,37$); (c) zależność/impulsywność (ładunki czynnikowe $> 0,33$); (d) lęk fobiczny (ładunki czynnikowe $> 0,39$); (e) obsesje (ładunki czynnikowe $> 0,50$); (f) kompulsje (ładunki czynnikowe $> 0,57$); (g) impulsywność/lęk (ładunki czynnikowe $> 0,33$), które wyjaśniają 48% zmienności obrazu objawowego tego zaburzenia.

Porównując te wyniki z wynikami innych analiz czynnikowych, w których wyłoniono większą liczbę czynników (odpowiednio 10 i 15 czynników), stwierdzono, że najbardziej stabilnymi czynnikami w grupie pacjentów z rozpoznaniem zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego były: (a) zależność; (b) niepokój/depresyjność; (c) lęk fobiczny/impulsywność; (d) obsesje; (e) kompulsje, natomiast w grupie pacjentów

z rozpoznaniem zaburzenia lękowego uogólnionego: (a) niepokój/depresyjność; (b) lęk separacyjny; (c) lęk fobiczny; (d) obsesje; (e) kompulsje. Pozostałe czynniki wyłaniające się w kolejnych analizach okazują się niestabilne, a zmienne wchodzące w ich skład zmieniają swoją przynależność.

Tak więc w obu grupach – badanej i porównawczej – stwierdzono występowanie trzech podobnych czynników: (a) niepokoju połączonego z depresyjnością oraz odrębnych czynników odpowiadających (b) objawom obsesji i (c) objawom kompulsji. Czynniki te okazały się stabilne w bardziej szczegółowych analizach z większą liczbą wyodrębnionych czynników. Wśród różnic pomiędzy grupami zwraca uwagę wyraźny związek lęku fobicznego z impulsywnością stwierdzony u pacjentów z OCD oraz wyodrębnienie w grupie z GAD trwałego czynnika odpowiadającego lękowi separacyjnemu.

5. Omówienie wyników

Lęk uznawany jest za objaw osiowy zaburzeń nerwicowych oraz istotny element patogenezy wielu zaburzeń psychicznych [22]. Potwierdzają to wyniki prezentowanego badania, w którym nie stwierdzono istotnych różnic w częstości występowania i w nasileniu objawów lęku uogólnionego i panicznego w zależności od rodzaju rozpoznania – OCD lub GAD. Okazuje się też, że do rzadkości należą sytuacje, w których pacjenci – zarówno z OCD, jak i z GAD – obserwowali u siebie występowanie trzech lub mniejszej liczby objawów lęku (tylko 5% badanych z rozpoznaniem GAD i 8% z OCD); zdecydowana większość pacjentów z obu grup (78–80%) potwierdzała występowanie większości objawów uważanych za typowe dla zaburzeń lękowych. Obie grupy różniły się występowaniem dwóch spośród dziesięciu objawów zaliczanych do skali „inne zaburzenia lękowe”, tj. „stałego lęku” i „ataków panicznego przerażenia” – częstszych u pacjentów z rozpoznaniem GAD.

Nie odnotowano też istotnych różnic w nasileniu całej skali „inne zaburzenia lękowe” w zależności od rodzaju rozpoznania, co potwierdza, że oba zespoły objawowe są do siebie zbliżone pod względem nasilenia lęku zgłaszanego przez pacjentów. Może to przemawiać za zasadniczym podobieństwem obu zespołów objawowych w zakresie struktury, jaką tworzą objawy lękowe, a także wskazywać, że struktura ta może stanowić pewien niespecyficzny fenotyp występujący u pacjentów z diagnozą OCD czy GAD, któremu może odpowiadać wyodrębniony w dalszych analizach wspólny czynnik „niepokój/depresyjność”. Także brak istotnych różnic w nasileniu aż dziewięciu spośród czternastu skal *Kwestionariusza Objawowego „O”* podaje w wątpliwość przeświadczenie o zasadniczej odrębności obrazu GAD i OCD – wskazuje bowiem, że obrazy te w znacznym stopniu mogą się na siebie nakładać.

W przeprowadzonym badaniu stwierdzono, że nasileniu objawów lęku uogólnionego towarzyszyło nasilenie lęku panicznego oraz że „ataki panicznego przerażenia” występowały istotnie częściej w GAD niż w OCD. Jest to zgodne z doniesieniami innych autorów opisujących częstsze współistnienie lęku panicznego z lękiem uogólnionym niż z zaburzeniami obsesyjno-kompulsyjnymi [2, 23]. Z jednej strony uzyskane dane mogą podważać zasadność wyodrębniania niektórych zaburzeń lękowych, np. zaburzenia lękowego uogólnionego, jako odrębnych jednostek chorobowych, co

sugerują też inni autorzy [3, 24]. Z drugiej strony współistnienie lęku uogólnionego i napadowego u tych samych chorych nie podważa tezy, że oba te rodzaje lęku mogą być związane z nieco innymi mechanizmami patogenetycznymi. Potwierdzają to wyniki przeprowadzonego badania, wskazujące, że występowanie tylko niektórych postaci lęku, takich jak „lęk paraliżujący”, może być związane z obecnością pewnych dysfunkcji organicznych OUN. Z kolei wyodrębnienie w grupie GAD stabilnego czynnika odpowiadającego „lękowi separacyjnemu” może korespondować z koncepcjami psychodynamicznymi, które podkreślają znaczenie czynników rozwojowych, takich jak zakłócenia w procesie separacji-indywiduacji, w genezie zaburzeń lękowych. Może się to wiązać z rodzinnym występowaniem zaburzeń lękowych, które są przekazywane w relacji rodzic–dziecko jako lękowy styl poznawczy z zachowaniami unikającymi oraz być wyrazem właśnie trudności separacyjnych [4, 25]. Również inni autorzy sugerują istnienie powiązań pomiędzy trudnościami/lękami separacyjnymi oraz „nietolerancją niepewności” utrudniającą proces separacji, a przekazywaną w rodzinach pacjentów z zaburzeniami lękowymi [26]. W piśmiennictwie z tego zakresu można przeczytać, że zamartwianie stanowi jedną z głównych strategii obronnych uruchamianych przez pacjentów z diagnozą GAD wobec negatywnych emocji i wyobrażeń [23, 27, 28].

Współistnienie objawów różnych zaburzeń lękowych w GAD potwierdza również wynik wskazujący, że najbardziej nasiloną skalą kwestionariusza objawowego u pacjentów z tym rozpoznaniem okazały się „zaburzenia fobiczne”. U pacjentów tych stwierdzono ponadto częstsze niż w grupie z OCD występowanie sześciu z siedmiu objawów fobicznych i wyższe nasilenie całej skali fobii, co sugeruje częstsze współistnienie fobii z lękiem uogólnionym niż z objawami obsesyjno-kompulsyjnymi. Obecność objawów fobii w obrazie zaburzenia lękowego uogólnionego opisuje wielu autorów [7, 29]. Wyniki dowodzą, że to fobie, a nie niepokój, poczucie zagrożenia czy zamartwianie się, uważane za charakterystyczne dla GAD, mogą dominować w obrazie tego zaburzenia. Ze względu na opisany wcześniej proces konstruowania grup połączony z weryfikacją kategorii diagnostycznych nie ma podstaw, by sądzić, że wynik ten jest konsekwencją błędnej kwalifikacji pacjentów.

Występowanie fobii u pacjentów z lękiem uogólnionym można natomiast wyjaśnić uaktywnieniem mechanizmu przemieszczania lęku na konkretne sytuacje czy przedmioty jako sposobu radzenia sobie z nim. Może się to wiązać z typowym dla GAD unikaniem silnych, zwłaszcza negatywnych emocji, które postrzegane są jako niemożliwe do wytrzymania [25, 30]. Z kolei u pacjentów z OCD, jak wskazują analizy czynnikowe, objawy fobiczne mogą się łączyć z ich impulsywnością. Opisywane powszechnie w literaturze przedmiotu, a obserwowane także w prezentowanym badaniu, zjawisko współistnienia różnych zaburzeń lękowych, takich jak fobie, lęk uogólniony czy lęk paniczny, może podważać zasadność wyodrębniania niezależnych jednostek takich jak zaburzenie lękowe uogólnione [3, 24]. W praktyce klinicznej często trudno jest przypisać zaburzeniom, jakie zgłasza pacjent, konkretną, jedną kategorię diagnostyczną – dotyczy to zwłaszcza zaburzeń lękowych.

Opisane rozbieżności i podobieństwa w strukturze zespołów objawowych w OCD i GAD potwierdzają wyniki przeprowadzonych analiz czynnikowych. Zarówno w grupie z OCD, jak i w grupie z GAD stwierdzono występowanie trzech analogicznych

czynników: „niepokój/depresyjność”, „obsesje” i „kompulsje”, które okazały się stabilne także w bardziej szczegółowych analizach. Natomiast w zakresie czterech pozostałych wyłonionych czynników odnotowano różnice pomiędzy grupą badaną i porównawczą; i tak w grupie z rozpoznaniem OCD wyodrębniono czynnik „zależności”, „depresyjności” oraz dwa czynniki – „lęk fobiczny/impulsywność”, natomiast w grupie z zaburzeniem lękowym uogólnionym – „lęk separacyjny”, „zależność/impulsywność”, „lęk fobiczny” i „impulsywność/lęk”. Uzyskane średnio 50% odsetki zmienności obrazu objawowego obu zespołów zaburzeń wynikają z tego, że do analiz włączono tylko objawy opisujące wybrane aspekty ich psychopatologii, pomijając np. zmienne opisujące objawy somatyzacyjne, konwersyjne czy hipochondryczne.

Wyodrębniony w obu grupach podobny czynnik „niepokój/depresyjność” może wskazywać na występowanie pewnych wspólnych w obu grupach pacjentów patomechanizmów lęku i depresji, co opisują też inni autorzy [6, 31]. Czynnik ten może odpowiadać wyłonionemu przez Clarka i Watsona wymiarowi *general distress* (lub „negatywny afekt”) związanemu ze współistnieniem niespecyficznych symptomów lęku i depresji [zob. 32]. Jednoczesne wydzielenie u pacjentów z OCD odrębnego czynnika odpowiadającego „depresyjności” może oznaczać nakładanie się na pewne mechanizmy wspólne jakichś dodatkowych patomechanizmów depresji u tych chorych [33, 34]. Wielu autorów uważa, że zaburzenie lękowe uogólnione i zaburzenia depresyjne (w tym tzw. duża depresja) mogą mieć wspólne podłoże genetyczne, a dominacja w obrazie lęku lub depresji ma wtedy wynikać z wpływu czynników środowiskowych [9, 35, 36]. Być może skuteczność leków antydepresyjnych w zaburzeniach lękowych bierze się z działania tych leków na pewne wspólne mechanizmy neurobiologiczne [37, 38]. Wyniki badań ujawniają, że zaburzenie lękowe uogólnione może stanowić rodzaj podobnej do „neurotyzmu” predyspozycji do rozwoju depresji lub jest jedną z manifestacji tego samego zaburzenia [3, 9, 35, 36]. Za tą ostatnią hipotezą przemawiać mogą wyniki przedstawionych analiz czynnikowych, wedle których objawy niepokoju i depresyjne wyjaśniane są istnieniem tego samego czynnika.

Uzyskane wyniki wskazują na istotny związek pomiędzy obecnością pewnych dysfunkcji poznawczych oraz występowaniem i nasileniem lęku. Stwierdzono, że „lęk paraliżujący”, „lęk o najbliższych” i „natłok myśli”, a także „lęk w pojazdach” i „lęk w otwartej przestrzeni” obserwowano istotnie częściej w grupie pacjentów z dysfunkcjami poznawczymi niż u chorych, u których nie stwierdzano tego rodzaju dysfunkcji. Obserwacje te pozostają zbieżne z neurobiologicznymi hipotezami napadów paniki [39–41]. W prezentowanym badaniu odnotowano ponadto, że nasilenie całej skali zaburzeń lękowych w sposób istotny było powiązane z interakcją czynników: rozpoznanie \times płeć \times dysfunkcje poznawcze. I tak najwyższe nasilenie tej skali dotyczyło mężczyzn z OCD i dysfunkcjami poznawczymi, najniższe zaś mężczyzn z tym samym rozpoznaniem bez tego rodzaju dysfunkcji. Może to świadczyć o tym, że lęk, szczególnie u mężczyzn z OCD, może powstawać lub nasilać się w związku z występowaniem pewnych, na tym etapie niesprecyzowanych, dysfunkcji poznawczych oraz że osiąga wówczas znaczne nasilenie. Obecność dysfunkcji poznawczych może zatem stanowić źródło szczególnie nasilonego lęku lub upośledzać tolerancję, co sprzyja uruchamianiu mechanizmów jego redukcji, takich jak kompulsje.

Podobnie można rozumieć zależność pomiędzy występowaniem dysfunkcji poznawczych i nasileniem skali zaburzeń autonomicznych z zakresu serca i układu sercowo-naczyniowego (istotnie wyższym w grupie pacjentów z dysfunkcjami poznawczymi niż w grupie bez tych dysfunkcji). W grupie OCD skala zaburzeń autonomicznych z zakresu serca i układu sercowo-naczyniowego stanowiła najmniej nasiloną ze wszystkich skal *Kwestionariusza Objawowego „O”*. Pojawienie się objawów somatyzacyjnych z zakresu serca i układu sercowo-naczyniowego, podobnie jak lęku napadowego, może być zatem związane z obecnością pewnych dysfunkcji OUN i w sposób istotny współtworzyć obraz GAD. Obserwacja ta pozostaje w zgodzie z kryteriami diagnostycznymi zawartymi w klasyfikacji ICD-10, która w odróżnieniu od kryteriów DSM-5 uwzględnia objawy wzbudzenia autonomicznego jako typowe dla GAD [19]. Badania dowodzą, że zamartwianiu się w GAD towarzyszą wzbudzenie autonomiczne, np. pod postacią przyspieszenia akcji serca, oraz aktywizacja połączeń pomiędzy jądrem migdałowatym, korą skroniową i zakrętem obręczy [28]. Brak możliwości sprecyzowania specyfiki stwierdzonych dysfunkcji poznawczych stanowi istotne ograniczenie badania, wskazuje jednak na zasadność dalszych badań w tym kierunku.

Badanie ma charakter wstępny, a uzyskane wyniki wymagają potwierdzenia w dalszych analizach, w których grupy badane będą zbliżone liczebnie, a zastosowane narzędzia (do pomiaru zarówno objawów, jak i dysfunkcji poznawczych) umożliwią bardziej precyzyjne i pełniejsze określenie zaobserwowanych zależności. W związku z tym przedstawione wnioski mają charakter wspierający wobec badanych hipotez i opisywanych zależności, nie są jednak rozstrzygające.

Wnioski

Badanie wskazuje na istotne znaczenie lęku w obrazie OCD, który może osiągać nasilenie podobne jak w GAD. U pacjentów z rozpoznaniem GAD stwierdzono współistnienie lęku uogólnionego i napadowego, a także znaczne nasilenie objawów fobicznych. Pacjenci z GAD częściej niż pacjenci z OCD skarżą się ponadto na dolegliwości z zakresu serca i układu sercowo-naczyniowego, objawy konwersyjne i hipochondryczne. Stwierdzono, że występowanie i nasilenie objawów lękowych, a także somatyzacyjnych, może być powiązane z obecnością dysfunkcji poznawczych, co wymaga dalszych badań. Zarówno w grupie OCD, jak i w grupie GAD zaobserwowano istnienie trzech podobnych czynników, takich jak: „niepokój/depresyjność”, „obsesje” i „kompulsje”. Ponadto w patogenezie GAD istotną rolę wydaje się odgrywać lęk separacyjny. Uzyskane wyniki mają charakter wstępny i wskazują na zasadność dalszych badań w celu pełniejszego i bardziej precyzyjnego określenia znaczenia lęku w OCD i GAD.

Piśmiennictwo

1. Leder S. *Poglądy na nerwice w ujęciu historycznym*. Postępy Psychiatrii i Neurologii 1997; 6(4): 403–409.
2. Locke AB, Kirst N, Shultz CG. *Zaburzenie lękowe uogólnione oraz zaburzenie paniczne u dorosłych – rozpoznanie i leczenie*. Med. Prakt. Psychiatria 2017; 3: 7–19.
3. Crocq MA. *The history of generalized anxiety disorder as a diagnostic category*. Dialogues Clin. Neurosci. 2017; 19(2): 107–116.
4. Gosselin P, Laberge B. *Etiological factors of generalized anxiety disorder*. Encephale 2003; 29(4 Pt 1): 351–361.
5. Maron E, Kuikka J, Ulst K, Tiihonen J, Vasar V, Shlik J. *SPECT imaging of serotonin transporter binding in patients with generalized anxiety disorder*. Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci. 2004; 254(6): 392–396.
6. Goodwin GM. *The overlap between anxiety, depression, and obsessive-compulsive disorder*. Dialogues Clin. Neurosci. 2015; 17(3): 249–260.
7. Zimmerman M, Chelminski I. *Generalized anxiety disorder in patients with major depression: Is DSM-IV's hierarchy correct?* Am. J. Psychiatry 2003; 160(3): 504–512.
8. Gillett CB, Bilek EL, Hanna GL, Fitzgerald KD. *Intolerance of uncertainty in youth with obsessive-compulsive disorder and generalized anxiety disorder: A transdiagnostic construct with implications for phenomenology and treatment*. Clin. Psychol. Rev. 2018; 60: 100–108.
9. Lesch K. *Molecular foundation of anxiety disorders*. J. Neural. Transm. 2001; 108(6): 717–746.
10. Murphy DL, Moya PR, Fox MA, Rubenstein LM, Wendland JR, Timpano KR. *Anxiety and affective disorder comorbidity related to serotonin and other neurotransmitter systems: Obsessive-compulsive disorder as an example of overlapping clinical and genetic heterogeneity*. Philos. Trans. R. Soc. Lond. B. Biol. Sci. 2013; 368(1615): 20120435.
11. Hettema J, Prescott C, Kendler K. *Genetic and environmental sources of covariation between generalized anxiety disorder and neuroticism*. Am. J. Psychiatry 2004; 161(9): 1581–1587.
12. Dugas M, Marchand A, Ladouceur R. *Further validation of a cognitive-behavioral model of generalized anxiety disorder: Diagnostic and symptom specificity*. J. Anxiety Disord. 2005; 19(3): 329–343.
13. Holaway RM, Heimberg RG, Coles ME. *A comparison of intolerance of uncertainty in analogue obsessive-compulsive disorder and generalized anxiety disorder*. J. Anxiety Disord. 2006; 20(2): 158–174.
14. Gentes EL, Ruscio AM. *A meta-analysis of the relation of intolerance of uncertainty to symptoms of generalized anxiety disorder, major depressive disorder, and obsessive-compulsive disorder*. Clin. Psychol. Rev. 2011; 31(6): 923–933.
15. Boelen PA, Carleton RN. *Intolerance of uncertainty, hypochondriacal concerns, obsessive-compulsive symptoms, and worry*. J. Nerv. Ment. Dis. 2012; 200(3): 208–213.
16. Lopez-Sola C, Fontenelle LF, Bui M, Hopper JL, Pantelis Ch, Yucel M i wsp. *Aetiological overlap between obsessive-compulsive related and anxiety disorder symptoms: Multivariate twin study*. Br. J. Psychiatry 2016; 208(1): 26–33.
17. Hofer PD, Wahl K, Meyer AH, Miché M, Beesdo-Baum K, Wong SF i wsp. *Obsessive-compulsive disorder and the risk of subsequent mental disorders: A community study of adolescents and young adults*. Depress. Anxiety 2018; 35(4): 339–345.
18. Dell'Osso B, Camuri G, Benatti B, Buoli M, Altamura AC. *Differences in latency to first pharmacological treatment (duration of untreated illness) in anxiety disorders: A study on patients*

- with panic disorder, generalized anxiety disorder and obsessive-compulsive disorder.* Early Interv. Psychiatry 2013; 7(4): 374–380.
19. Gałęcki P, Pilecki M, Rymaszewska J, Szulc A, Sidorowicz S, Wciórka J. *Zaburzenia lękowe.* W: Gałęcki P, Pilecki M, Rymaszewska J, Szulc A, Sidorowicz S, Wciórka J red. *Kryteria diagnostyczne zaburzeń psychicznych. DSM-5*, wyd. 5. Wrocław: Edra Urban & Partner; 2018. S. 231–284.
 20. Aleksandrowicz JW, Hamuda G. *Kwestionariusze objawowe w diagnozie i w badaniach epidemiologicznych zaburzeń nerwicowych.* Psychiatr. Pol. 1994; 28(6): 667–676.
 21. Rewer A. *Skale kwestionariusza objawowego „O”.* Psychiatr. Pol. 2000; 34(6): 931–943.
 22. Bohomolec E. *Lęk w myśleniu psychoanalitycznym – wybrane zagadnienia.* Postępy Psychiatrii i Neurologii 1994; 3(1): 19–28.
 23. Rickels K, Rynn M. *Overview and clinical presentation of generalized anxiety disorder.* Psychiatr. Clin. North. Am. 2001; 24(1): 1–17.
 24. Shorter E, Tyrer P. *Separation of anxiety and depressive disorders: Blind alley in psychopharmacology and classification of disease.* BMJ 2003; 327(7407): 158–160.
 25. Aktar E, Nikolić M, Bögels SM. *Environmental transmission of generalized anxiety disorder from parents to children: Worries, experiential avoidance, and intolerance of uncertainty.* Dialogues Clin. Neurosci. 2017; 19(2): 137–147.
 26. Boelen PA, Reijntjes A, Carleton RN. *Intolerance of uncertainty and adult separation anxiety.* Cogn. Behav. Ther. 2014; 43(2): 133–144.
 27. Makovac E, Smallwood J, Watson DR, Meeten F, Critchley HD, Ottaviani C. *The verbal nature of worry in generalized anxiety: Insights from the brain.* Neuroimage Clin. 2017; 14(17): 882–892.
 28. Starcevic V, Berle D. *Cognitive specificity of anxiety disorders: A review of selected key constructs.* Depress. Anxiety 2006; 23(2): 51–61.
 29. Massion A, Dyck I, Shea T, Phillips K, Warshaw M, Keller M. *Personality disorders and time to remission in generalized anxiety disorder, social phobia and panic disorder.* Arch. Gen. Psychiatry 2002; 59(5): 434–440.
 30. Comer JS, Kendall PC, Franklin ME, Hudson JL, Pimentel SS. *Obsessing/worrying about the overlap between obsessive-compulsive disorder and generalized anxiety disorder in youth.* Clin. Psychol. Rev. 2004; 24(6): 663–683.
 31. Barbee J. *Mixed symptoms and syndromes of anxiety and depression: Diagnostic, prognostic and etiologic issues.* Ann. Clin. Psychiatry 1998; 10(1): 15–29.
 32. Nathan P, Langenbucher J. *Psychopathology: Description and classification.* Annu. Rev. Psychol. 1999; 50: 79–107.
 33. Heuvel OA van den, Veltman DJ, Groenewegen HJ, Cath DC, Balkom van AJ, Hartkamp van J i wsp. *Frontal-striatal dysfunction during planning in obsessive-compulsive disorder.* Arch. Gen. Psychiatry 2005; 62(3): 301–309.
 34. Saxena S, Brody AL, Ho ML, Alborzian S, Maidment KM, Zohrabi N i wsp. *Differential cerebral metabolic changes with paroxetine treatment of obsessive-compulsive disorder vs major depression.* Arch. Gen. Psychiatry 2002; 59(3): 250–261.
 35. Mackintosh MA, Gatz M, Wetherell JL, Pedersen NL. *A twin study of lifetime Generalized Anxiety Disorder (GAD) in older adults: Genetic and environmental influences shared by neuroticism and GAD.* Twin Res. Hum. Genet. 2006; 9(1): 30–37.
 36. Gorwood P. *Generalized anxiety disorder and major depressive disorder comorbidity: An example of genetic pleiotropy?* Eur. Psychiatry 2004; 19(1): 27–33.

37. Kapczinski F, Lima MS, Souza JS, Schmitt R. *Antidepressants for generalized anxiety disorder*. Cochrane Database Syst. Rev. 2003; (2): CD003592.
38. Baldwin D, Woods R, Lawson R, Taylor D. *Efficacy of drug treatments for generalised anxiety disorder: Systematic review and meta-analysis*. BMJ 2011; 11; 342: d1199.
39. Potoczek A. *Lęk napadowy (panic disorder). Najnowsze koncepcje etiologiczne i diagnostyczne*. Psychiatr. Pol. 1997; 31(4): 437–448.
40. Dresler T, Guhn A, Tupak SV, Ehli AC, Herrmann MJ, Fallgatter AJ i wsp. *Revise the revised? New dimensions of the neuroanatomical hypothesis of panic disorder*. J. Neural. Transm. (Vienna) 2013; 120(1): 3–29.
41. Rabe-Jabłońska J. *Ataki paniki i zaburzenia paniczne. Rozpoznawanie, rozpowszechnienie, etiopatogeneza, obrazy kliniczne i leczenie*. Psychiatr. Pol. 1993; 27(2): 165–179.

Adres: Anna Citkowska-Kisielewska
Katedra Psychoterapii UJ CM
31-138 Kraków, ul. Lenartowicza 14
e-mail: anna.citkowska-kisielewska@uj.edu.pl

Otrzymano: 20.09.2018
Zrecenzowano: 10.02.2019
Otrzymano po poprawie: 5.03.2019
Przyjęto do druku: 5.03.2019