

## Współwystępowanie różnych postaci zaburzeń lękowych i depresji

### Comorbidity of different forms of anxiety disorders and depression

Krzysztof Małyszczak, Marcin Szechiński

Z Kliniki Psychiatrii AM we Wrocławiu  
Kierownik: prof. dr hab. n. med. A. Kiejna

#### Summary

**Aim:** Comorbidity of some anxiety disorders and depression were examined in order to compare their statistical closeness.

**Method:** Patients treated in an out-patient care center for psychiatric disorders and/or family medicine were recruited. Persons that have anxiety and depressive symptoms as a consequence of somatic illnesses or consequence of other psychiatric disorders were excluded. Disorders were diagnosed with diagnostic questionnaire based on Schedule for Assessment in Neuropsychiatry (SCAN), version 2.0, according to ICD-10 criteria. Analyses include selected disorders: generalized anxiety disorder, panic disorder, agoraphobia, specific phobias, social phobia and depression.

**Results:** 104 patients were included. 35 of them (33,7%) had anxiety disorders, 13 persons (12,5%) have depression. Analyses show that in patients with generalized anxiety disorder, depression occurred at least twice as often as in the remaining patients (odds ratio = 7.1), while in patients with agoraphobia the occurrence of panic disorder increased at least by 2.88 times (odds ratio = 11.9). In other disorders the odds ratios was greater than 1, but the differences were not statistically significant

**Conclusion:** Depression/generalized anxiety disorder and agoraphobia/panic disorder were shown to be statistically closer than other disorders.

*Słowa klucze:* współwystępowanie, zaburzenia lękowe, depresja  
*Key words:* comorbidity, anxiety disorders, depression

#### Wstęp

W wyniku postępu, jaki dokonał się w psychometrii psychiatrycznej, powstały systemy klasyfikacyjne z trafnymi i rzetelnymi kryteriami operacyjnymi oraz opracowane na ich podstawie kwestionariusze diagnostyczne, takie jak: DIS (Diagnostic Interview Schedule), CIDI (Composite International Diagnostic Interview) i SCAN (Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry) [1, 2]. Badania kliniczne i epidemiologiczne przeprowadzone z użyciem tych kwestionariuszy wykazały, że u wielu

osób można rozpoznać więcej niż jedno zaburzenie psychiczne w tym samym czasie. W badaniach epidemiologicznych National Comorbidity Study oraz Epidemiologic Catchment Area [3] uzyskano wysokie współczynniki współwystępowania depresji, dystymii i różnych postaci zaburzeń lękowych. Także badania kliniczne potwierdziły zjawisko współwystępowania zaburzeń lękowych, depresji i dystymii w populacji pacjentów z zaburzeniami lękowymi. Brown [4] podaje, że w badaniu 468 pacjentów z zaburzeniami lękowymi u 50% z rozpoznaniem zaburzenia lękowego rozpoznano dodatkowo co najmniej jedno inne zaburzenie lękowe lub zaburzenie nastroju. W przypadku zaburzenia lękowego uogólnionego u 82% pacjentów postawiono dodatkowe rozpoznanie. Brown [4] przedstawia następujące propozycje wyjaśnienia tego faktu: (1) zaburzenia lękowe i zaburzenia nastroju są jednocześnie związane z innym patogenetycznym czynnikiem (np. z tą samą podatnością genetyczną), lub (2) zaburzenia są ze sobą związane, ponieważ ich kryteria zachodzą na siebie, lub należą do szerszej kategorii, która została sztucznie podzielona na mniejsze części.

Niektórzy badacze, powołując się na doświadczenia kliniczne oraz krzyżowe dziedziczenie, zwracają uwagę na istnienie wspólnej skłonności do zachorowania na zaburzenia lękowe i depresję, określanej jako ogólny czynnik neurotyczny (ang. general neurotic factor, neurotycizm) [3, 5]. Andrews [3] twierdzi, że ogólny czynnik neurotyczny prowadzi do trwałej podatności na depresję i zaburzenia lękowe. Podatność tę można mierzyć za pomocą skali neurotyczności Eysencka lub skal lęku jako cechy. Ogólny czynnik neurotyczny ma największe znaczenie w depresji, zaburzeniu lękowym uogólnionym oraz lęku napadowym, mniejsze w zaburzeniach obsesyjno-kompulsywnych oraz fobiach [6].

Stahl [7, 8] oraz Fast i Preskorn [9] tłumaczyli współwystępowanie objawów lękowych i depresyjnych powiązaniem pomiędzy zaburzeniem lękowym uogólnionym a depresją. Zauważyli, że jeżeli obserwuje się przebieg tych zaburzeń w dłuższym czasie, maleją pomiędzy nimi różnice widoczne w badaniach punktowych (przeprowadzanych jeden raz). Stahl stwierdził, że podprogowe objawy lękowo-depresyjne mogą być stanem prodromalnym lub rezydualnym depresji i zaburzeń lękowych. Neurobiologiczne teorie stresu jako przyczyny stanów lękowych i depresyjnych wskazują na ciągłość przejścia od objawów prodromalnych do pełnych zaburzeń depresyjnych i lękowych. Nasilenie podprogowych objawów występujących u jednostek genetycznie podatnych może się pod wpływem stresu zwiększyć, a to prowadzi do pełnych zaburzeń lękowych, następnie do mieszanych stanów lękowo-depresyjnych i ostatecznie do pełnych objawów zaburzenia depresyjnego.

### **Material i metody**

Badane osoby rekrutowane były spośród pacjentów poradni zdrowia psychicznego i poradni medycyny rodzinnej. W poradniach psychiatrycznych uwzględniano wszystkie pełnoletnie osoby, które zgłosiły się z powodu objawów lęku i depresji. W poradni medycyny rodzinnej badano kolejno wszystkich pacjentów zgłaszających się do lekarza rodzinnego przed południem, wyłączając trzy pierwsze osoby z kolejki. Do badania włączano osoby, które nie były leczone w ciągu ostatnich 6 miesięcy z po-

wodu zaburzeń psychicznych. Ze wszystkimi osobami, które zgodziły się na udział w badaniu, przeprowadzono dokładny wywiad dotyczący przeszłości chorobowej oraz stosowania środków psychoaktywnych. Z badania wyłączone osoby, u których objawy lękowe i depresyjne były konsekwencją chorób somatycznych lub zaburzeń psychicznych innych niż zaburzenia lękowe czy depresja.

Objawy psychopatologiczne i rozpoznania katalogowano za pomocą inwentarza objawów opartego na definicjach kwestionariusza Schedule for Assessment in Neuropsychiatry (SCAN) w wersji 2.0. Zaburzenia psychiczne rozpoznawano według klasyfikacji ICD-10, biorąc pod uwagę kryteria: depresji, dystymii (F32, F33, F34.1), fobii (F40) oraz innych zaburzeń lękowych (F41), z wyjątkiem mieszanego zaburzenia lękowo-depresyjnego, w przypadku którego współwystępowanie jest z definicji niemożliwe. Wywiad dotyczący historii objawów przeprowadzono jedynie, gdy dla postawienia rozpoznania wymagany był czas utrzymywania się objawów dłuższy niż 4 tygodnie (jak np. w zaburzeniu lękowym uogólnionym). Ponieważ celem badania była ocena współwystępowania zaburzeń, nie stosowano kryterium wykluczającego rozpoznania zaburzeń lękowych w przypadku depresji.

### Wyniki

Wśród 104 badanych zaburzenia lękowe rozpoznano łącznie u 35 osób (33,7%), natomiast depresję u 13 osób (12,5%). Tabela 1 przedstawia liczebność i odsetki grup z zaburzeniami lękowymi i depresją.

Suma liczby osób z zaburzeniami lękowymi w tabeli 1 jest większa niż 35 z powodu

Tabela 1

Liczebność grup z zaburzeniami lękowymi i depresją

Zaburzenia:	zaburzenie lękowe uogólnione	agorafobia	fobie swoiste	lęk napadowy	fobia społeczna	depresja
liczebność	25 (24%)	19 (18%)	26 (27%)	11 (10,6%)	6 (5,8%)	13 (12,5%)

ich współwystępowania – jedna osoba mogła mieć więcej niż jedno rozpoznanie.

Tabela 2 przedstawia współczynniki ilorazu szans. Trzy jednostki diagnostyczne umieszczone w pierwszej kolumnie: zaburzenie lękowe uogólnione, agorafobia i fobie swoiste, zostały wybrane jako zmienne niezależne ze względu na ich wystarczającą liczebność. Wartości ilorazu szans należy odczytywać jako stosunek częstości zaburzenia z pierwszego wiersza w grupie z rozpoznaniem z pierwszej kolumny do częstości tego zaburzenia w grupie bez rozpoznania z pierwszej kolumny. Na przykład u pacjentów z agorafobią (w poziomie) depresja i dystymia (w pionie) występują 1,3 razy częściej niż u pacjentów bez agorafobii; lęk napadowy (w pionie) występuje wśród pacjentów z agorafobią (w poziomie) 11,9 razy częściej niż wśród pacjentów bez agorafobii. Prawie wszystkie współczynniki są większe niż 1, co oznacza, że analizowane zaburzenia mają skłonność do agregacji. Jednak znamienne statystycznie są jedynie te współczynniki, których przedziały ufności (5%) nie zawierają liczby 1. Dotyczy to częstości depresji w zaburzeniu lękowym uogólnionym i częstości lęku napadowego

w agorafobii. Należy podkreślić, że wartości ilorazu szans są w tych przypadkach znaczne. Wśród 13 przypadków depresji jedynie 3 nie były związane z rozpoznaniem lęku uogólnionego, natomiast wśród 11 przypadków lęku napadowego jedynie 3 nie były związane z agorafobią.

Tabela 2

Współczynniki ilorazu szans

Zaburzenia	zaburzenie lękowe uogólnione	agorafobia	fobie swoiste	lęk napadowy	fobia społeczna	depresja
Zaburzenie lękowe uogólnione		1,8 (0,64–5,07)	1,1 (0,40–2,76)	2,6 (0,73–9,27)	1,58 (0,27–9,15)	7,1 (2,01–25,08)
Agorafobia	1,7 (0,62–4,64)		1,5 (0,56–4,03)	11,4 (2,88–44,9)	4,5 (0,84–24,04)	1,3 (0,33–5,18)
Fobie swoiste	1,1 (0,40–2,81)	1,5 (0,54–4,19)		2,3 (0,65–8,14)	0,5 (0,06–4,47)	3,2 (0,99–10,35)

W nawiasach podane są przedziały ufności. Wartości podkreślone są statystycznie istotne.

### Omówienie wyników

Uzyskane współczynniki ilorazu szans korespondują z wynikami innych badań współwystępowania zaburzeń lękowych i depresji. Dla porównania warto przytoczyć badanie National Comorbidity Study (NCS) Kesslera [10]. Dotyczyło ono ok. 8000 osób z populacji ogólnej. Biorąc pod uwagę rozpowszechnienie tych zaburzeń w ciągu pół roku, stwierdzono wysokie ilorazy szans. Na przykład dla depresji i zaburzenia lękowego uogólnionego iloraz szans wyniósł 17,8, a w przypadku lęku napadowego i zaburzenia lękowego uogólnionego – 17,6. Są to liczby znacznie większe niż w prezentowanym badaniu. Różnica wynika z faktu badania populacji ogólnej, a nie populacji pacjentów, oraz użycia innego kwestionariusza diagnostycznego (CIDI).

Wyniki badania świadczą o częstszym współwystępowaniu depresji z zaburzeniem lękowym uogólnionym w porównaniu z pozostałymi zaburzeniami lękowymi. Jedynie u 3 na 13 pacjentów z depresją (23%) nie rozpoznano zaburzenia lękowego uogólnionego. Związek pomiędzy tymi kategoriami diagnostycznymi jest zgodny z doświadczeniem klinicznym. Pużyński [11] w monografii poświęconej depresji stwierdza, że najczęstszą formą lęku w endogennym zespole depresyjnym jest lęk wolno płynący, którego szczegółowy opis jest zgodny z definicją lęku uogólnionego w klasyfikacji ICD-10. Depresja nerwicowa (obecnie dystymia i mieszane zaburzenie lękowo-depresyjne) ma natomiast częściej występować z lękiem napadowym. Wyniki niektórych badań [12] wskazują jednak, że w mieszanym zaburzeniu lękowo-depresyjnym także przeważają objawy lęku uogólnionego.

Warto rozważyć propozycje Browna [4] wyjaśnienia faktu tego współwystępowania. (1) Eaves i wsp. [13] wykazali wspólną podatność genetyczną na zaburzenie lękowe uogólnione i depresję, Stahl [8, 14,] twierdzi, że zaburzenia te są formami tej samej neurobiologicznej reakcji na stres i nie powinny być rozdzielane. (2) Niektóre



bei den ambulanten Patienten zum Vergleich ihrer statistischer Nähe.

**Methode:** An der Studie nahmen Patienten teil, die ambulant in der Beratungsstelle Poradnia Zdrowia Psychicznego und Poradnia Medycyny Rodzinnej behandelt wurden. Die Personen, bei denen die Angst- und Depressionssymptome Folgen einer somatischen Krankheit oder anderer psychischen Störungen waren, wurden ausgeschlossen. Die Störungen wurden mit Hilfe eines diagnostischen Fragebogens diagnostiziert, der sich auf Schedule for Assessment in Neuropsychiatry - SCAN in der Version 2.0 gemäß den Klassifizierungskriterien ICD - 10 stützte. In der Analyse wurden folgende Diagnosen berücksichtigt: allgemeine Angststörung, paroxysmale Angst, Agoraphobie, spezifische Phobien, soziale Phobie und Depression.

**Ergebnisse:** An der Studie nahmen 104 Patienten teil. Die Angststörungen wurden bei 35 Personen (33,7%) diagnostiziert, die Depression bei 13 Personen (12,5%). Es wurde festgestellt, dass bei den Patienten mit allgemeiner Angststörung die Depression mindestens zweimal häufiger auftritt als bei den übrigen Patienten (mittlere Chancenquotient = 7,1) und bei den Patienten mit Agoraphobie ist die paroxysmale Angst mindestens 2,88mal häufiger als bei den Patienten ohne Agoraphobie (mittlere Chancenquotient = 11,9). Bei den übrigen Störungen waren die Chancenquotienten größer als 1 und nicht statistisch signifikant.

**Schlussfolgerungen:** Die Depression und allgemeine Angststörungen, Agoraphobie und paroxysmale Angst sind statistisch näher als die übrigen Störungen.

### La coexistence de différentes formes des troubles dépressifs et anxieux

#### Résumé

**Objectif:** Analyse de coexistence des troubles dépressifs et anxieux pour comparer leur proximité statistique.

**Méthode:** On examine les patients suivant la thérapie dans les centres ambulatoires. On exclue les personnes avec les troubles qui sont les conséquences des maladies somatiques ou des troubles autres que anxieux. Les personnes sont examinées à l'aide du questionnaire SCAN (Schedule for Assessment in Neuropsychiatry), version 2.0, d'après les critères ICD-10. L'analyse inclue les diagnostics tels que: troubles anxieux généralisés, panique, agoraphobie, phobies spécifiques, phobie sociale, dépression.

**Résultats:** On examine 104 patients. Les troubles anxieux sont diagnostiqués chez 35 personnes (33,7%), la dépression – chez 13 personnes (12,5%). La dépression est presque deux fois plus fréquente chez les patients souffrant des troubles anxieux que chez les autres patients (moyenne = 7,1). La panique est 2,88 fois plus fréquente chez les patients souffrant de l'agoraphobie que sans cette phobie (moyenne = 11,9). Dans les autres troubles la moyenne est plus élevée que 1, pourtant elle n'est pas valable statistiquement.

**Conclusion:** Dépression, troubles anxieux généralisés, agoraphobie et panique sont plus contigus que les autres troubles.

#### Piśmiennictwo

1. Wittchen HU. *Reliability and validity studies of the WHO – Composite International Diagnostic Interview (CIDI): a critical review.* J. Psychiatr. Resour. 1994; 28: 57–84.
2. *Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN).* Geneva: World Health Organization; 1992.
3. Andrews G. *Comorbidity in neurotic disorders: the similarities are more important than the differences. Current controversies in the anxiety disorders.* New York: The Guilford Press; 1996.
4. Brown TA. *Validity of the DSM-III-R and DSM-IV classification systems for anxiety disorders. Current controversies in the anxiety disorders (and reply to Andrews).* New York: The Guilford Press; 1996.
5. Foley D, Mackinnon A. *The genetics of anxiety disorders. Advances in the neurobiology of*

- anxiety disorders*. Baffins Lane: John Wiley & Sons Ltd; 1996.
6. Barlow DH, Brown TA, Liebowitz MR. *The empirical basis of generalized anxiety disorder*. Am. J. Psychiatry 1994; 151: 1272–1280.
  7. Stahl SM. *Mixed anxiety and depression: clinical implications*. J. Clin. Psychiatry 1993; 54, 1: 33–38.
  8. Stahl SM. *Phenomenology of anxiety disorders: Clinical heterogeneity and comorbidity. Advances in the neurobiology of anxiety disorders*. Baffins Lane: John Wiley & Sons Ltd; 1996.
  9. Fast GA, Preskorn SH. *Beyond signs and symptoms: the case against a mixed anxiety and depression category*. J. Clin. Psychiatry 1993; 54, 1: 24–32.
  10. Kessler R. *Epidemiology of psychiatric comorbidity. Textbook in psychiatric epidemiology*. New York: John Wiley & Sons Inc.; 1995.
  11. Pużyński S. *Depresje*. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich; 1979.
  12. Małyszczak K, Sidorowicz S, Łaczmanski T. *Profil objawów zaburzenia depresyjnego i lękowego mieszanego*. Psychiatr. Pol. 2001; 35: 743–753.
  13. Eaves LJ, Heath AC, Kendler KS, Kessler RC, Neale MC. *Major depression and generalized anxiety disorder: Same genes, (partly) different environments*. Arch. Gen. Psychiatry 1992; 49: 716–722.
  14. Stahl SM. *Mixed depression and anxiety: Serotonin 1A receptors as a common pharmacologic link*. J. Clin. Psychiatry 1997; 58 (supl. 8): 20–26.

Otrzymano: 2.01.2003

Zrecenzowano: 29.09.2003

Przyjęto do druku: 20.11.2003

Adres: Krzysztof Małyszczak  
Katedra i Klinika Psychiatrii  
Akademii Medycznej  
50-367 Wrocław, ul. Pasteura

