



Porównanie cierpienia psychicznego i funkcjonowania w wybranych zaburzeniach lękowych i depresyjnych

Assessment of distress and functioning in patients with anxiety or depressive disorders

KRZYSZTOF MAŁYSZCZAK

Z Katedry i Kliniki Psychiatrii Akademii Medycznej we Wrocławiu

STRESZCZENIE. *Cel* – Praca przedstawia porównanie cierpienia psychicznego i funkcjonowania w grupach pacjentów z rozpoznaniami depresji, mieszanego zaburzenia lękowo–depresyjnego, zaburzenia lękowego uogólnionego, agorafobii, lęku napadowego, fobii społecznej oraz fobii swoistych. *Badani* – Badano 67 osób nieleczonych lekami psychotropowymi osób, w tym 47 kobiet i 20 mężczyzn, w wieku od 18 do 71 lat (mediana 42 lata). *Metoda* – Zaburzenia rozpoznano przy pomocy kwestionariusza diagnostycznego opartego na „Schemacie oceny klinicznej w neuropsychiatrii” (SCAN 2.0), cierpienie psychiczne oceniano za pomocą „Ogólnego kwestionariusza zdrowia” (GHQ-30), ogólne funkcjonowanie – za pomocą „Ogólnej oceny funkcjonowania” (GAF). *Wyniki* – Przeciętna wartość GHQ w depresji wynosiła 27, w zaburzeniach lękowych z wyjątkiem fobii swoistych 16–20, w fobiach swoistych 7,5. Przeciętna wartość GAF w depresji wynosiła 60, w zaburzeniach lękowych z wyjątkiem fobii swoistych 64–70, w fobiach 77,5. *Omówienie i wnioski* – Wykazano, że: (1) depresja powoduje większe cierpienie psychiczne i upośledzenie funkcjonowania niż zaburzenia lękowe, (2) poziom cierpienia psychicznego i funkcjonowania w badanych zaburzeniach lękowych (bez fobii swoistych) jest zbliżony, z wyjątkiem nieco mniejszego cierpienia psychicznego w zaburzeniu lękowym uogólnionym, (3) fobie swoiste powodują mniejsze cierpienie psychiczne i upośledzenie funkcjonowania niż pozostałe zaburzenia lękowe.

SUMMARY. *Aims* – Distress and functioning levels were compared in groups of patients diagnosed with: depression, mixed anxiety and depressive disorder, generalised anxiety disorder (GAD), agoraphobia, panic disorder, social phobia, or specific phobias. *Subjects* – 67 non-treated patients participated in the study (20 men and 47 women aged from 18 to 71, median age 42 years). *Method* – Diagnoses were made using a diagnostic questionnaire based on the Schedule for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN 2.0), distress was evaluated with the General Health Questionnaire (GHQ-30), while the patients' general functioning – by means of the Global Assessment of Functioning (GAF) scale. *Results* – The mean GHQ score was 27 in the group with depression, ranging from 16 to 20 in anxiety disorders (except for specific phobias, where it declined to 7.5). The mean score on the GAF was 60 in depression, and 64–70 in anxiety disorders with the exception of specific phobias, where it amounted to 77.5. *Conclusions* – The research findings indicate that (1) more pronounced distress and functioning impairment result from depression than from anxiety disorders, (2) levels of distress and functioning in anxiety disorders (except for specific phobias) are much the same, with a slightly lower distress in GAD, (3) patients with specific phobias as compared to those with other anxiety disorders are less distressed and their functioning is less impaired.

Słowa kluczowe: lęk / depresja / cierpienie psychiczne / funkcjonowanie

Key words: anxiety / depression / distress / functioning

W świetle współczesnych klasyfikacji cierpienie psychiczne (*distress*) i funkcjonowanie mają istotne znaczenie przy rozpo-

znawaniu zaburzeń psychicznych. Definicje wielu zaburzeń klasyfikacji DSM-IV [APA 1994], oraz ogólna definicja zaburzenia

psychicznego klasyfikacji ICD-10 [WHO 1993] zawierają warunek upośledzenia funkcjonowania lub cierpienia psychicznego.

Ocena cierpienia psychicznego i funkcjonowania pomaga przy rozpoznawaniu zaburzeń łagodnych, kiedy klinicysta ma wątpliwości, czy postawienie rozpoznania nie prowadzi do traktowania stanów z pogranicza psychopatologii i normy jako choroby. Decydującą rolę odgrywa wtedy znaczenie objawów psychopatologicznych dla codziennego życia pacjenta [Boulenger i wsp. 1996, Liebowitz 1993].

Cierpienie psychiczne związane jest z uporczywymi negatywnymi emocjami oraz z negatywnymi przekonaniem. Wyjaśnienie jego istoty nie jest łatwe, chociaż jest to pojęcie rozumiane intuicyjnie i znane z osobistych doświadczeń każdego człowieka [Kępiński 1986]. Jego przyczyną mogą być traumatyzujące zdarzenia życiowe lub stany idiopatyczne, np. depresja lub psychoza, w których nie można wskazać zewnętrznej przyczyny powodującej cierpienie. Dohrenwend i wsp. [1980, 1995] porównują cierpienie psychiczne do fizycznej gorączki, która wskazuje, że „coś jest nie w porządku”, lecz nie da się wyjaśnić jej przyczyny bez szczegółowego badania.

Do oceny cierpienia psychicznego stosowanych jest wiele skal: kwestionariusz *General Health Questionnaire* (GHQ) Goldberga, „Inwentarz depresji Becka”, *Symptom-Sign Inventory* i *Personal Distress Scale* Fouldsa, *Cornell Medical Inventory* Brodmanna i wsp., *Self-rating Depression Scale* Zunga, *Middlesex Hospital Questionnaire* Crowna i Crispa, *Psychiatric Epidemiology Research Interview* (PERI) Dohrenwenda oraz wiele innych. Większość tych narzędzi zawiera pozycje dotyczące nastroju, niepokoju oraz objawów psychofizjologicznych. Charakteryzują się one znaczną spójnością wewnętrzną oraz korelują ze sobą tak wysoko, jak tylko pozwalają na to ich współczynniki rzetelności [Dohrenwend 1995, Goldberg 1972]. Dzięki swojej nieswoistości skale te mogą być ogólną i rzetelną miarą cierpienia psychicznego,

do którego odwołują się ogólne definicje zaburzeń klasyfikacji ICD-10 i DSM-IV.

Klasyfikacja DSM-IV zawiera narzędzia do oceny funkcjonowania wspomagające proces diagnostyczny. Są to: „Skala ogólnej oceny funkcjonowania” (GAF – *Global Assessment of Functioning*), „Skala ogólnej oceny funkcjonowania społecznego i zawodowego” (SOFAS – *Social and Occupational Functioning Assessment Scale*) oraz „Skala ogólnej oceny funkcjonowania w relacjach” (GARF – *Global Assessment of Relational Functioning*). Te proste, jednowymiarowe skale są wystarczające do oceny wpływu zaburzeń psychicznych na ogólne funkcjonowanie [APA 1994, Wciórka i wsp. 1997].

CEL PRACY

Celem pracy jest porównanie cierpienia psychicznego i funkcjonowania w grupach pacjentów z rozpoznaniem depresji, mieszane zaburzenia lękowo-depresyjnego, zaburzenia lękowego uogólnionego, agorafobii, lęku napadowego, fobii społecznej oraz fobii swoistych.

BADANI PACJENCI I METODY

Oceniano cierpienie psychiczne i funkcjonowanie grupy 67 nieleczonych lekami psychotropowymi osób z zaburzeniami lękowymi i depresją, w tym 47 kobiet i 20 mężczyzn, w wieku od 18 do 71 lat (mediana 42 lata). Badani pochodzili z populacji pacjentów poradni psychiatrycznych i poradni ogólnej (medycyny rodzinnej). Wykluczono osoby, u których objawy mogły być skutkiem nadużywania substancji psychoaktywnych, chorób fizycznych, zaburzeń psychicznych innych niż zaburzenia lękowe czy zaburzenia nastroju.

Zaburzenia rozpoznawano za pomocą kwestionariusza diagnostycznego, opartego na definicjach zawartych w „Schemacie oceny klinicznej w neuropsychiatrii” (*Schedule for Assessment in Neuropsychiatry* – SCAN,

wersja 2.0), opracowanego przez WHO [1992]. Poziom funkcjonowania oceniano za pomocą skali „Ogólnej oceny funkcjonowania” (*Global Assessment of Functioning – GAF*) [APA 1994]. Zakres zmienności tej skali wynosi od 1 (uporczywe tendencje samobójcze, niezdolność do zaspokajania elementarnych potrzeb życiowych) do 100 (doskonałe funkcjonowanie w szerokim zakresie aktywności). Oceny objawów psychopatologicznych i funkcjonowania dokonywał lekarz psychiatra. Cierpienie psychiczne oceniano za pomocą „Ogólnego kwestionariusza zdrowia” (*General Health Questionnaire – GHQ*) w wersji z 30 pytaniami. Skalę wypełniał pacjent (jest to skala samooceny). Wartości wyliczano metodą GHQ podaną przez Goldberga [1972]. Wynik oceny jest proporcjonalny do cierpienia psychicznego, a zakres zmienności wynosi od 0 do 30. Międzygrupowe porównania wartości GAF i GHQ wykonano za pomocą testu U Manna i Whitneya.

Bardziej szczegółowe informacje na temat metody doboru badanych przedstawiono we wcześniejszej pracy [Małyszczak i wsp. 2001].

WYNIKI

U większości badanych rozpoznano zaburzenia współwystępujące. Jedynie rozpoznanie depresji jest wyłączone (u osób z depresją nie rozpoznawano zaburzeń lękowych – zgodnie z zasadami ICD-10). W tabl. 1 przedstawiono wartości cierpienia psychicznego i funkcjonowania w grupach badanych, u których stwierdzono wymienione zaburzenia. Osoby z więcej niż jednym rozpoznanem występują w więcej niż jednej grupie.

Tabl. 2 przedstawia wartości cierpienia psychicznego i funkcjonowania w rozłącznych grupach osób, u których rozpoznano jedno zaburzenie. W tabelicy nie uwzględniono agorafobii, fobii społecznej oraz lęku napadowego,

Tablica 1. Wartości cierpienia psychicznego (GHQ) i funkcjonowania (GAF) w grupach pacjentów z rozpoznaniem zaburzeń lękowych i depresji

Zaburzenie	Liczba badanych	Wartość GHQ (mediana)	Wartość GAF (mediana)
Depresja	13	27	60
Zaburzenie lękowe uogólnione	16	16	65,5
Agorafobia	16	18,5	64
Fobia społeczna	5	19	65
Mieszane zaburzenie lękowo-depresyjne	29	20	70
Lęk napadowy	11	20	65
Fobie swoiste	21	12	72

Tablica 2. Wartości cierpienia psychicznego (GHQ) i funkcjonowania (GAF) w rozłącznych grupach pacjentów, u których rozpoznano jedno zaburzenie (bez współwystępowania)

Zaburzenie	Liczba badanych	Wartość GHQ (mediana)	Wartość GAF (mediana)
Depresja	13	27	60
Mieszane zaburzenie lękowo-depresyjne	19	21	70
Zaburzenie lękowe uogólnione	6	16	65
Fobie swoiste	8	7,5	77,5

Tablica 3. Wyniki porównania wartości cierpienia psychicznego (GHQ) i funkcjonowania (GAF) za pomocą testu U Manna i Whitneya

GAF \ GHQ	Depresja	MAD	GAD	Fobie swoiste
Depresja		Z = -3,1 p = 0,002	Z = -3,35 p = 0,0008	Z = -3,74 p = 0,0002
MAD	Z = -3,47 p = 0,0005		Z = -1,88 p = 0,06	Z = -3,3 p = 0,001
GAD	Z = -2,3 p = 0,02	Z = -0,35 p = 0,72		Z = -1,36 p = 0,17
Fobie swoiste	Z = -3,78 p = 0,0002	Z = -3,42 p = 0,0006	Z = -2,47 p = 0,01	

GAD – zaburzenie lękowe uogólnione

MAD – mieszane zaburzenie lękowo-depresyjne

ponieważ zaburzenia te często współwystępowały i liczba osób z wyłącznymi takimi rozpoznaniem była zbyt mała do analizy.

Największe wartości cierpienia psychicznego i najniższe wartości funkcjonowania stwierdzono w przypadku depresji, najmniejsze w przypadku fobii swoistych. W pozostałych zaburzeniach wartości GHQ i GAF były podobne, wyróżniały się jedynie: nieco mniejsza wartość GHQ w zaburzeniu lękowym uogólnionym oraz nieco większa wartość GAF w mieszanym zaburzeniu lękowo-depresyjnym. Uzyskane wartości nie zależały istotnie od współwystępowania innych zaburzeń lękowych, wyraźną różnicę stwierdzono jedynie w przypadku fobii swoistych.

W tabl. 3 przedstawiono parametry statystyczne porównania wartości GAF i GHQ uzyskane za pomocą testu U Manna i Whitneya.

Jak wynika z tabl. 2 i 3, cierpienie psychiczne w depresji było znamienne większe, a funkcjonowanie gorsze niż w pozostałych zaburzeniach. W przypadku fobii swoistych stwierdzono istotność statystyczną wszystkich różnic z wyjątkiem porównania z cierpieniem psychicznym (GHQ) w zaburzeniu lękowym uogólnionym. Oznacza to, że pacjenci z tymi fobiami (bez zaburzeń współwystępujących) charakteryzowali się takim samym lub lepszym funkcjonowaniem i mniejszym cierpie-

niem psychicznym niż pozostali. Różnica wartości GHQ pomiędzy mieszanym zaburzeniem lękowo-depresyjnym a zaburzeniem lękowym uogólnionym była na granicy istotności statystycznej, natomiast różnica wartości GAF między tymi zaburzeniami nie była znamienna. Wyniki testów wskazują, że zaburzenie lękowe uogólnione charakteryzuje się mniejszą wartością GHQ niż pozostałe zaburzenia lękowe z wyjątkiem fobii swoistych.

OMÓWIENIE WYNIKÓW

Badane zaburzenia można podzielić pod względem wartości cierpienia psychicznego i funkcjonowania na trzy grupy: (1) depresja, (2) zaburzenie lękowe uogólnione, agorafobia, fobia społeczna, mieszane zaburzenie lękowo-depresyjne, lęk napadowy oraz (3) fobie swoiste. Podobne zakresy wartości uzyskali w swoich badaniach Roy-Byrne i wsp. [1994], Stein i wsp. [1995], Zinbarg i wsp. [1994].

Przeciętne nasilenie cierpienia psychicznego w depresji (27 na 30 możliwych punktów) było bliskie maksymalnemu zakresowi skali kwestionariusza GHQ. Oznacza to, że pacjenci z depresją sygnalizowali prawie największe cierpienie psychiczne, możliwe do wyrażenia za pomocą tej skali. Stan depresji powoduje zatem duże cierpienie psychiczne i jest

w ogóle bliski jego teoretycznemu konstruktorowi używanemu w najczęściej stosowanych skalach. Przeciętna wartość GAF w depresji wynosiła 60 i oznaczała umiarkowane trudności w funkcjonowaniu zawodowym i społecznym. Wynik ten kontrastuje z bardzo dużą przeciętną wartością GHQ. Warto zwrócić uwagę, że podobna relacja między powyższymi wartościami występuje w dystymii, gdzie dużemu cierpieniu psychicznemu towarzyszy łagodne upośledzenie funkcjonowania.

Zaburzenia lękowe (z wyjątkiem fobii swoistych) charakteryzowały się podobnymi wartościami cierpienia psychicznego i funkcjonowania. Różnica wartości GAF pomiędzy mieszanym zaburzeniem lękowo-depresyjnym a pozostałymi zaburzeniami lękowymi tej grupy nie była znamienna statystycznie, natomiast wyróżnia się mniejsza wartość GHQ dla zaburzenia lękowego uogólnionego. Po odrzuceniu wartości GHQ dla zaburzenia lękowego uogólnionego uzyskuje się zbliżone wyniki: GHQ (18,5 – 20) i GAF (64–70). Zgodność tę podkreśla fakt, że wartości GHQ i GAF słabo zależą od tego, czy zaburzeniom lękowym z tej grupy towarzyszą inne zaburzenia lękowe, czy nie. Mniejszą wartość GHQ w zaburzeniu lękowym uogólnionym (przy przeciętnym upośledzeniu funkcjonowania) tłumaczyć można względnie mniejszym nasileniem objawów depresyjnych oraz tym, że napięcie psychiczne i niepokój są częstą reakcją na stres i nie są przez pacjentów postrzegane jako egodystoniczne. Inna przyczyna wynikać może z trafności skali GHQ, odnoszącej się do objawów psychicznych, a pomijającej objawy somatyzacyjne, będące główną świadomą przyczyną cierpienia psychicznego w tym zaburzeniu.

Fobie swoiste, bez towarzyszących innych zaburzeń powodują małe cierpienie psychiczne i upośledzenie funkcjonowania – na granicy normy. Większość osób z fobiami swoistymi może bez istotnych konsekwencji unikać sytuacji i obiektów wywołujących lęk. Niemniej wartości GAF i GHQ wskazują na niewielkie upośledzenie sprawności emocjonalnej.

WNIOSKI

1. Depresja powoduje większe cierpienie psychiczne i upośledzenie funkcjonowania niż zaburzenia lękowe.
2. Poziom cierpienia psychicznego i funkcjonowania w badanych zaburzeniach lękowych jest zbliżony, z wyjątkiem nieco mniejszego cierpienia psychicznego w zaburzeniu lękowym uogólnionym.
3. Fobie swoiste powodują mniejsze cierpienie psychiczne i upośledzenie funkcjonowania niż pozostałe badane zaburzenia.

PIŚMIENNICTWO

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association Press; 1994.
2. Boulenger JP, Lavallée YJ. Mixed Anxiety and Depression: Diagnostic Issues. *J Clin Psychiatry* 1993; 54, 1 (supl): 3–8.
3. Dohrenwend BP, Shrout PE, Egri G, Mendelsohn FS. Non-specific Psychological Distress and Other Dimensions of Psychopathology. *Arch Gen Psychiatry* 1980; 37: 1229–36.
4. Dohrenwend BP. The Problem of Validity in Field Studies of Psychological Disorders. Revisited. *TextBook in Psychiatric Epidemiology*. New York: Wiley-Liss; 1995.
5. Goldberg DP. The Detection of Psychiatric Illness by Questionnaire. London: Maudsley Monographs; 1972.
6. Kępiński A. Psychopatologia nerwic. Warszawa: PZWL; 1986.
7. Liebowitz MR. Mixed Anxiety and Depression: Should It Be Included in DSM-IV. *J Clin Psychiatry* 1993; 54, 4 (supl): 4–7.
8. Małyszczak K, Sławomir S, Łaczmanski T. Profil objawów zaburzenia depresyjnego i lękowego mieszanego. *Psychiatr Pol* 2001; 35: 743–53.
9. Roy-Byrne P, Katon W, Broadhead WE, Lepine JP, Richards J, Brantley PJ, Russo J, Zinbarg R, Barlow D. Subsyndromal („mixed”) anxiety-depression in primary care. *J Gen Intern Med* 1994; 9 (9): 507–12.
10. Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry. Version 2.0, Manual. Geneva: World

- Health Organisation, Division of Mental Health: 1992.
11. Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry. Version 2.0, Glossary. Geneva: World Health Organisation, Division of Mental Health; 1992.
 12. Stein MB, Kirk P, Prabhu V, Grott M, Terepa M. Mixed anxiety-depression in a primary-care clinic. *J Affect Disord* 1995; 17, 34, 2: 79–84.
 13. Wciórka J, Muskat K, Matalowski P. Ocena przydatności skal funkcjonowania społecznego z systemu DSM-IV (GAF, SOFAS, GARF). *Post Psychiatr Neurol* 1997; 6: 253–67.
 14. World Health Organisation. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organisation; 1993.
 15. World Health Organisation. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic criteria for research. Geneva: World Health Organisation; 1993.
 16. World Health Organisation. Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN). Geneva: World Health Organisation; 1992.
 17. 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: 1153–61.

*Adres: Dr Krzysztof Małyszczak, Katedra i Klinika Psychiatrii Akademii Medycznej,
ul. Pasteura 10, 50-367 Wrocław*