

Zaburzenie lękowe uogólnione – rozpoznawanie, objawy oraz leczenie farmakologiczne

Generalized anxiety disorder – diagnosis, symptoms and pharmacological treatment

Jacek Stasiuk^{1,3}, Anna Burkiewicz², Dariusz Kozłowski³, Zbigniew Afeltowicz¹

¹ Klinika Chorób Psychiczych i Zaburzeń Nerwicowych GUMed

² Zakład Psychologii Klinicznej, GUMed

³ Klinika Kardiologii i Elektroterapii Serca, GUMed

Streszczenie

Zespół lęku uogólnionego to zaburzenie psychiczne charakteryzowane przez uczucie silnego lęku oraz uporczywe zamartwianie się bez ewidentnie uchwytnych przyczyn. Rozpoznanie wymaga występowania objawów przez okres co najmniej 6 miesięcy a chory nie jest w stanie poradzić sobie z objawami i ich kontrolować. Wśród dodatkowych symptomów wyróżnia się: niepokój, łatwe męczenie się, napięcie mięśniowe, problemy ze snem. Statystycznie średnia zapadalność w ciągu całego życia wynosi ok 5%. Praca ta przedstawia kryteria diagnostyczne oraz aktualne standardy leczenia. *Geriatrics 2014; 8: 264-267.*

Słowa kluczowe: lęk, zaburzenia lękowe, objawy fizyczne, psychoterapia behawioralno-poznawcza

Abstract

Generalized anxiety disorder is a mental disorder characterized by the feeling of strong and persistent fear and worrying without clearly perceptible reason. The diagnosis requires the presence of symptoms for a period of at least six months during which the patient is not able to cope with the symptoms or control them. Additional symptoms are distinguished as follows: anxiety, tiredness, muscle tension, sleep problems. Statistically, the average lifetime incidence is about 5%. This paper describes the diagnostic criteria and current treatment standards. *Geriatrics 2014; 8: 264-267.*

Keywords: anxiety, anxiety disorder, physical symptoms, cognitive behavioral therapy

Kategoria diagnostyczna

Zaburzenie lękowe uogólnione (*generalized anxiety disorder - GAD*), obecne jest w klasyfikacji chorób psychicznych od 35 lat, kiedy to pojawiło się w DSM-III. W nowszym zestawieniu: DSM-IV interpretowane jest jako zespół lękowy [1], czerpiący rodowód z nerwicy lękowej opisanej przez Freuda w 1884 r. [2].

Początkowo do postawienia rozpoznania wystarczył jedynie miesiąc objawów psychologicznych, jak i zaburzeń somatycznych.

Objawy

Praktyka kliniczna udowodniła, iż zaburzenie lękowe uogólnione to proces przewlekły, jedynie w niewielkiej ilości dotyczy krótkich okresów czasu, stąd też w poprawionej wersji DSM-III-R, znalazł się zapis o konieczności trwania objawów przez co najmniej 6 miesięcy [3,4].

Nierozdzielnymi cechami powyższego rozpoznania jest uczucie silnego lęku oraz zamartwianie się w trakcie występowania zaburzenia.

Ponadto określono sześć podstawowych objawów dla zaburzenia lękowego uogólnionego, a spełnienie co najmniej trzech z nich obliuguje do postawienia diagnozy (tabela I) [1,4].

Tabela I. Kryteria diagnostyczne zaburzenia lękowego uogólnionego na podstawie APA DSM-IV [1]

Table I. Diagnostic Criteria of GAD review APA

A. Nadmierny lęk i zamartwianie się przez co najmniej 6 miesięcy.
B. Zamartwianie się dotyczy wydarzeń i czynności życiowych, nie sposób je kontrolować.
C. Lęk i zamartwianie się łączą się najmniej z trzema z poniższych objawów (przy czym występują przez większą ilość czasu), dla dzieci wymagane jest tylko jedno z kryteriów: 1) niepokój lub uczucie podenerwowania albo rozdrażnienia. 2) uczucie łatwego męczenia się. 3) zaburzenia funkcji kognitywnych 4) drażliwość. 5) uczucie napięcia mięśni 6) zaburzenia snu.
D. Przyczyną lęku i zamartwiania nie są inne zaburzenia psychiczne.
E. Lęk, zamartwianie się oraz inne objawy znacząco wpływają na funkcjonowanie w życiu rodzinnym i zawodowym.
F. Upośledzenie funkcjonowania nie jest spowodowane nadużywaniem substancji psychoaktywnych, leków, ani chorobami somatycznymi.

Warto nadmienić, iż według Międzynarodowej Klasyfikacji Zaburzeń Psychiczych i Zaburzeń Zachowania (ICD-10) [5] rozpoznanie zaburzeń lękowych uogólnionych następuje, gdy lęk trwa: „przez okres co najmniej kilku tygodni, zazwyczaj kilku miesięcy” [6], co z pewnością przyczynia się do większej rozpoznawalności owego zaburzenia, wciągając w nie również krótkie stany lęku i niepokoju [4,6].

Współchorobowość

Zaburzenie lękowe uogólnione nacechowane jest wysoką współchorobowością występowania innych zaburzeń psychicznych, do najczęściej występujących należą: epizod dużej depresji, dystymia, zespół stresu pourazowego, napady lęku panicznego, fobia społeczna.

Duży odsetek zgłaszających się do lekarza stanowi grupa osób uzależnionych od alkoholu, substancji psychoaktywnych jak i nadużywających leków z grup o dużym potencjale uzależniającym [7].

Poza dużymi kryteriami diagnostycznymi, GAD manifestuje się również zaburzeniami somatycznymi, do często zgłaszanych należą: ból głowy, drżenia, zawroty głowy, przyspieszony rytm serca, duszność,

kołatanie serca, liczne dolegliwości gastryczne m.in. utrudnione połykanie, obstrukcje, bóle w nadbrzuszu [4]. Niejednokrotnie, zgłaszane dolegliwości mają niespecyficzny charakter oraz nie znajdują potwierdzenia w licznych badaniach diagnostycznych.

Wobec powyższego, istotna wydaje się być umiejętność różnicowania lęku imitującego GAD a występującego w szeregu chorób internistycznych (tabela II) [4].

Tabela II. Lęk występujący w ch. internistycznych podobny do zaburzenia lękowego uogólnionego

Table II. Anxiety in Internal Medicine similar to GAD

choroby układu sercowo-naczyniowego	zaburzenia rytmu serca, zatorowość płucna, zastoinowa niewydolność serca
choroby układu endokrynologicznego	nadczynność tarczycy, guz chromochłonny nadnerczy
zaburzenia metaboliczne	hipogikemia, porfiria
choroby układu oddechowego	POChP, pneumonia
choroby układu neurologicznego	zapalenie błędniaka, choroby rozrostowe OUN
stany przedawkowania leków	lęk wtórny do intoksykacji
w przebiegu uzależnienia	zespoły odstawienne

W rozpoznaniu różnicowym lęku chorób somatycznych, pomocny będzie dokładny wywiad lekarski wraz z badaniem przedmiotowym, diagnostyką laboratoryjną czy też czasowa korelacja zgłaszanych objawów względem obciążeń somatycznych pacjenta [4].

Przebieg

Zaburzenie lękowe uogólnione jest często procesem przewlekłym, trwającym od kilku do kilkunastu lat. Badania naukowe dowiodły, iż odsetek chorych z remisją objawów po roku wynosi 15%, po okresie 2 lat to 25%, natomiast po 5 latach to niemal 38%, równoległe występowanie innego zaburzenia lękowego zmniejsza odsetek osób z remisją co najmniej o połowę. W ciągu pierwszego roku nawrót dolegliwości zauważono u 10% chorych, a po upływie 3 lat u 25% [7].

Leczenie

Selektywne inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny to leki powszechnie stosowane w terapii GAD.

Escitalopram, paroksetyna, sertralina, uważane są za leki pierwszego rzutu. Udowodniona skuteczność tej grupy w innych zaburzeniach przebiegających z lękiem m.in. lęk napadowy, zaburzenia obsesyjno-kompulsywne, epizody depresji- czyni je lekami z wyboru [4].

Trzy wielośrodkowe badania escitalopramu w USA wykazały większą skuteczność leku w porównaniu do podawanego placebo. Dawka maksymalna wynosiła 20 mg/24 h, efekt mierzony był przy pomocy Skali Lęku Hamiltona [8,9]. W badaniach europejskich udowodniono, że dawka escitalopramu 10 mg/24 h jest skuteczniejsza niż 20 mg/24 h paroksetyny [4], pierwszego leku z grupy SSRI zarejestrowanego w terapii GAD. Wyniki badania paroksetyny w dawce 20-50 mg dowiodły znacząca różnicę w stosunku do placebo już przy średniej ilości wynoszącej 27 mg/24 h – zrewidowane pomiarem skali HAM-A [10]. Leczenie powyższym lekiem należy rozpoczynać od dawki 10 mg z tendencją wzrostową do max dawki 40/24 h, przy czym pożądane efekty otrzymuje się już przy dawce 20 mg/24 h [4,7]. Kolejny lek z powyższej grupy sertralina wydaje się być najskuteczniejsza w dawkach z zakresu 50-150 mg/24 h, co udowodniono w randomizowanym badaniu z wykorzystaniem placebo [11].

Wenlafaksyna jest lekiem z powołaniem wykorzystywanym w terapii depresji jak i leczeniu GAD, skuteczną dawką wydaje się być 75 mg/24 h, choć w badaniach odnotowywano poprawę również przy dawce 150 mg/24 h a nawet 225 mg/24 h [4].

Do najczęstszych objawów ubocznych powyższych leków zgłaszanych przez pacjentów należą: nadmierna potliwość, bóle głowy, zawroty głowy, nadmierna sedacja, osłabienie a także zaburzenia funkcji seksualnych.

Benzodiazepiny (BDZ) to leki działające na objawy somatyczne a w mniejszym stopniu na dolegliwości psychiczne związane z GAD. Mają wysoki potencjał uzależniający, co istotnie ogranicza okres terapii do 2-4 tygodni. Skutecznym farmaceutykiem jest tu lorazepam w dawce 6 mg/24 h oraz alprazolam w dawce 1,5 mg/24 h [12,13]. Odstawianie substancji z tej grupy obciążone jest znaczną ilością objawów abstynencyjnych, dlatego też powinno odbywać się wyjątkowo powoli.

Buspiron jako częściowy agonista 5-HT_{1A} początkowo był uważany za lek o skuteczności porównywalnej do BDZ. W świetle ostatnich badań gdzie skonfrontowano go z wenlafaksyną, nie stwierdzono istotnych różnic w oddziaływaniu między nim, a placebo [14,15].

Podsumowując wypada wspomnieć o możliwości zastosowania imipraminy w dawce 150-300 mg/24 h

(lek z grupy trójcyklicznych leków p/depresyjnych posiadający liczne działania uboczne), pregabalinie a także substancji z grupy b-adrenolityków, które to podobnie jak BDZ niwelują objawy somatyczne.

Psychoterapia

Psychoterapia stosowana samodzielnie, jak również w połączeniu z farmakoterapią, jest jedną z najbardziej rozpowszechnionych metod leczenia zaburzeń lękowych.

Metody psychologiczne w terapii zaburzeń z tego spektrum mają długą tradycję począwszy od psychoanalitycznej koncepcji Freuda, twórcy określenia *nerwica lękowa* [16]. Współcześnie terapia psychoanalityczna, wyjaśniająca patomechanizm lęku w kategoriach nieświadomego intrapsychnicznego konfliktu, jest rzadziej opisywana w literaturze naukowej. Niektórzy badacze postulują, aby leczenie zaburzeń lękowych było aktywne i koncentrowało się na objawach pacjenta, nie na odkrywaniu nieświadomych przyczyn kształtowania się tych zaburzeń [17]. Obecnie za jedną z najskuteczniejszych metod leczenia specyficznych zaburzeń lękowych uważana jest terapia poznawczo behawioralna (TPB) [18,20,21]. Interwencje behawioralne w terapii TPB ukierunkowane są na zmianę zachowań nieprzystosowawczych związanych z lękiem. Strategie poznawcze służą natomiast identyfikowaniu i przekształcaniu przekonań wywołujących lęk. Wśród najczęściej stosowanych technik TPB wymieniane są m.in.: psychoedukacja wyjaśniająca charakter lęku i niepokoju, samokontrola objawów, ćwiczenia somatyczne, restrukturyzacje poznawcze (np. podważanie irracjonalnych przekonań), ekspozycja wyobrażeniowa na bodźce wywołujące lęk [18].

Szczególnie ważne jest nauczenie pacjenta technik relaksacyjnych w celu zmniejszenia przeżywanego napięcia oraz praca nad kontrolą zamartwiania się [22].

Konflikt interesów / Conflict of interest

Brak/None

Adres do korespondencji:

✉ Jacek Stasiuk

Gdański Uniwersytet Medyczny, II Katedra Kardiologii
Klinika Kardiologii i Elektroterapii Serca

80-211 Gdańsk, ul. Dębinki 7

☎ (+48 22) 627 39 86

✉ jstasiuk@gumed.edu.pl

Piśmiennictwo

1. A.P.A. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV). Washington: American Psychiatric Association; 1994.
2. Freud S. On the Grounds for Detaching a Particular Syndrome from Neurasthenia Under the Description „Anxiety Neurosis”. London Hogarth Press; 1924.
3. A.P.A. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III-R). Washington: American Psychiatric Association; 1987.
4. Montgomery SA, Baldwin DS. Zaburzenie Lękowe Uogólnione. Medical Tribune Polska; 2009.
5. W.H.O International Classification of Diseases 10th Revision (ICD-10) Geneva: World Health Organization; 1992.
6. W.H.O The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: Diagnostic Criteria for Research. Geneva: World Health Organization; 1993.
7. Jarema M. Standardy leczenia farmakologicznego niektórych zaburzeń psychicznych. Gdańsk: Via Medica; 2011.
8. Goodman WK, Bose A, Wang Q. Treatment of generalized anxiety disorder with escitalopram: pooled results from double-blind, placebo-controlled trials. *J Affect Disord* 2005;87(2-3):161-7.
9. Stein DJ, Andersen HF, Goodman WK. Escitalopram for the treatment of GAD: efficacy across different subgroups and outcomes. *Ann Clin Psychiatry* 2005;17(2):71-5
10. Pollack MH, Zaninelli R, Goddard A, et al. Paroxetine in the treatment of generalized anxiety disorder: A placebo-controlled, flexible-dosage trial. *J Clin Psychiatry* 2001;62(5):350-7.
11. Allgulander C, Dahl AA, Austin C, et al. Efficacy of sertraline in a 12-week trial for generalized anxiety disorder. *Am J Psychiatry* 2004;161(9):1642-9.
12. Pande AC, Crockatt JG, Feltner DE, et al. Pregabalin in generalized anxiety disorder: a placebo-controlled trial. *Am J Psychiatry* 2003;160(3):533-40.
13. Rickels K, Pollack MH, Feltner DE, et al. Pregabalin for generalized anxiety disorder: a 4-week, multicenter, double-blind, placebo-controlled trial of pregabalin and alprazolam. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62(9):1022-30.
14. Davidson JR, DuPont RL, Hedges D, et al. Efficacy, safety, and tolerability of venlafaxine, extended release and buspirone in outpatients with generalized anxiety disorder. *J Clin Psychiatry* 1999;60(8):528-35.
15. Lader M, Scotto JC. A multicenter double-blind comparison of hydroxyzine, buspirone and placebo in patients with generalized anxiety disorder. *Psychopharmacology (Berl)* 1998;139(4):402-6.
16. Freud S. O słuszności postępowania polegającego na wyodrębnieniu z neurastenii kompleksu symptomów jako „nerwicy lęku”(1895) tłum R. Reszke. W: Freud S. *Histeria i lęk*. Warszawa: Wyd. KR; 2001:197-269.
17. Michels R. Psychotherapeutic approaches to the treatment of anxiety and depressive disorders. *J Clin Psychiatry*. 1997;58(Suppl.13):30-2.
18. Arch J, Craske MG. First-line treatment: A critical appraisal of cognitive behavioral therapy developments and alternatives *Psychiatr Clin North Am* 2009;32(3):525-47.
19. Craske MG, Rauch SL, Ursano R, et al. What is an anxiety disorder? *Depress Anxiety* 2009;26(12):1066-85.
20. Otte Ch. Cognitive behavioral therapy in anxiety disorders: current state of the evidence *Dialogues Clin Neurosci* 2011;13:413-21.
21. Tolin DF. Is cognitive-behavioral therapy more effective than other therapies? A meta-analytic review. *Clin Psychol Rev* 2010;30(6):710-20.
22. Siwiak-Kobayashi M. Poznawczo-behawioralna psychoterapia pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi I związanymi ze stresem. W: Grzesiuk L, Suszek H (red.). *Psychoterapia. Problemy pacjentów*. Warszawa: Wyd. Eneteia; 2011: 41-84.