

Józef Kocur*, Wiesława Trendak**

Lęk w depresji – problemy diagnostyczne i terapeutyczne

Fear in depression – diagnostic and therapeutic problems

*Zakład Psychorehabilitacji Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, **Zakład Medycyny Ratunkowej i Medycyny Katastrof UM w Łodzi

Analiza epidemiologicznych danych dotyczących symptomatologii psychopatologicznej z obszaru funkcji emocjonalnych wskazuje, że lęk często współlistnieje z depresją. Przejawia się to zwykle w postaci współwystępujących z depresją zaburzeń lękowych lub w formie objawów lęku towarzyszącego pierwotnemu zespołowi depresyjnemu. Istnieją coraz liczniejsze dowody wskazujące na to, że depresja i lęk częściej współlistnieją ze sobą, niż występują jako odrębne objawy czy zespoły psychopatologiczne. Oba te stany są w wielu przejawach podobne jeśli chodzi o symptomatologię (3). Opisano także spektrum zaburzeń, w którym lęk i depresja stanowią dwa punkty krańcowe (1, 3, 14).

Rozpowszechnienie zaburzeń depresyjnych, które cechują się obecnością stanów lękowych, jest różne w zależności od typu i charakteru instytucji czy placówki udzielającej pomocy choremu. W warunkach podstawowej opieki medycznej częstość występowania mieszanych zespołów lękowo-depresyjnych szacuje się na 42,3%, a depresję ze współwystępującym lękiem stwierdza się u 19,2% chorych, podczas gdy jedynie u 12,8% występuje sam lęk, a u 10,3% sama depresja (15). Lęk jako jedyny lub zdecydowanie dominujący objaw obserwowano najczęściej w zespołach lęku napadowego, fobiach społecznych, zaburzeniach obsesyjno-kompulsyjnych i zespole lęku uogólnionego, natomiast samą depresję w przebiegu tzw. dużej depresji i przewlekłych

zespołach depresyjnych. Z innych badań wynika jednak, że częstość występowania dużej depresji i zaburzeń lękowych w populacji ogólnej jest dość duża i może występować u połowy chorych w przypadku jakichkolwiek zaburzeń lękowych i u jednej szóstej pacjentów z lękiem uogólnionym (10).

Takie objawy, jak obawa, niepokój, strach, panika, ból, zaburzenia snu, trudności w koncentrowaniu uwagi, zaburzenia żołądkowo-jelitowe, występują zarówno w przebiegu dużej depresji, jak i w zespołach lękowych (2, 9). Wskazuje się także, że u wielu chorych z dużą depresją często mogą występować umiarkowanie nasilone psychiczne (62%) i somatyczne (42%) objawy lęku (5%), a do najczęstszych stanów lękowych towarzyszących depresji należą: zespół lęku napadowego, lęk uogólniony i fobia społeczna (11).

Według zgodnej opinii wielu badaczy tego zagadnienia, rokowanie w depresji powikłanej lękiem jest znacznie mniej korzystne niż rokowanie w samej depresji (11, 14, 15). U osób z objawami lęku występującego w przebiegu depresji, choroba jest od początku bardziej nasiloną, a upośledzenie funkcjonowania społecznego większe (9).

Ponadto, często reaktywność na stosowane leki jest osłabiona, wzrasta też ryzyko przejścia zaburzeń w formę przewlekłą oraz zwiększa się zagrożenie samobójcze (14). Za objawy wskazujące na zwiększone ryzyko podjęcia przez chorego próby samobójczej uważa się m.in. nasilone poczucie beznadziejności, anhedonię,

zaburzenia snu oraz wyraźne psychiczne objawy lęku (1, 5, 9).

Ta złożoność współwystępujących przyczyn, mechanizmów i wzajemnych uwarunkowań lęku i depresji rzutuje na rodzaj i sposób terapii tych zespołów.

Przegląd piśmiennictwa dotyczącego tej problematyki skłania do przyjęcia założenia, że w przypadku współwystępowania depresji i lęku postępowaniem z wyboru jest monoterapia z zastosowaniem takiego leku przeciwdepresyjnego, który działa skutecznie zarówno na objawy depresji, jak i na lęk. Leczenie samych objawów lękowych występujących w przebiegu depresji środkami anksjolitycznymi, np. pochodnymi benzodwuzepiny, nie przynosi pożądanych efektów. Z kolei trójpierścieniowe leki przeciwdepresyjne lub inhibitory MAO, działając zwykle skutecznie na objawy depresji, słabiej działają na objawy lęku i wywierają wiele objawów niepożądanych, co sprawia że należy je traktować jako środki drugiego rzutu (16). Ponadto wiadomo, że leki z tych grup wchodzi w wiele interakcji z innymi środkami psychotropowymi.

Do czynników, które trzeba uwzględnić podczas dokonywania wyboru rodzaju i sposobu leczenia depresji powikłanej lękiem, należą: możliwość szybkiej redukcji objawów lęku, niewielkie nasilenie objawów niepożądanych, możliwość stosowania wysokich dawek leku. Należy także zwracać uwagę na zapewnienie korzystnego wpływu stosowanej terapii na jakość życia chorego oraz stworzenie warunków sprzyjających dobrej współpracy z chorym, a zwłaszcza stosowania się do zaleceń terapeutycznych.

Stosowane w ostatnich latach w leczeniu dużej depresji z objawami lęku leki przeciwdepresyjne różnią się między sobą charakterem wpływu na różne układy neuroprzebieżnikowe i wywierają zróżnicowany wpływ na objawy kliniczne istniejących zaburzeń. Niektóre z nich, np. selektywne inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny (SI-5HT) – zwłaszcza w początkowym okresie leczenia mogą wywoływać objawy niepożądane w postaci zwiększenia niepokoju i lęku, co może wymagać dodatkowego stosowania anksjolityków lub leków o działaniu uspokajającym. Leczenie wyłącznie przy użyciu SI-5HT może być przyczyną zaostżenia objawów lęku, należy zatem zaczynać kurację od małych dawek i zwiększać je powoli, a równocześnie przeciwdziałać objawom

lęku. Nieprzestrzeganie tej zasady może m.in. spowodować, że chory z własnej inicjatywy odstawi zlecony lek. Kuracja skojarzona lekiem z grupy SI-5HT i środkiem anksjolitycznym jest uważana za skuteczną w depresji powikłanej lękiem, należy jednak zwracać uwagę na ryzyko interakcji między stosowanymi lekami oraz zagrożenie uzależnieniem w przypadku długotrwałego przyjmowania pochodnych benzodwuzepiny.

Niektórzy badacze uważają, że lepsze rezultaty w leczeniu depresji z towarzyszącym jej lękiem, można uzyskać, stosując leki przeciwdepresyjne, mechanizm działania których polega na skojarzonym oddziaływaniu na układ serotonergiczny i noradrenergiczny (Na SSA).

Leki te, będąc specyficznymi antagonistami receptorów presynaptycznych i heterosynaptycznych alfa₂ w układzie serotonergicznym, powodują zwiększone uwalnianie noradrenaliny i serotoniny (13). Bezpośrednie wzmocnienie neuroprzebieżnictwa noradrenergicznego i serotonergicznego uważane jest za odpowiedzialne za aktywność przeciwdepresyjną tych leków (4), podczas gdy blokowanie receptorów 5-HT₂ i 5-HT₃ ma odpowiadać za zmniejszenie objawów lęku i niepokoju. Leki z tej grupy mają się też cechować brakiem lub niewielkim nasileniem towarzyszących działaniu głównemu objawów antycholinergicznym i adrenergicznym, są także bezpieczne w bardzo wysokich dawkach (12).

Blokowanie receptora 5-HT₂ ma istotny wpływ na redukcję psychicznych i somatycznych objawów lęku i niepokoju (4).

Doniesienia wskazujące na większą skuteczność tych leków w terapii depresji, której towarzyszy lęk i niepokój, mogą stwarzać nadzieję na poprawę efektów terapeutycznych w leczeniu tego rodzaju zaburzeń.

Streszczenie

Lęk często współwystępuje z depresją – bądź jako towarzyszący depresji zespół lękowy, bądź jako lęk współwystępujący z pierwotnym zaburzeniem depresyjnym. Ocenia się, że lęk występuje u ponad 90% chorych z depresją. Podkreśla się, że u chorych z depresją i towarzyszącym jej silnym lękiem wzrasta ryzyko popełnienia samobójstwa. Szczególne znaczenie kliniczne przypisuje się somatycznym objawom

lęku – mogą one występować nawet u ponad 80% chorych z depresją, a niepowodzenie w ich skutecznym leczeniu może znacznie pogorszyć funkcjonowanie pacjentów. Rokowanie w depresji powikłanej lękiem jest znacznie mniej korzystne niż rokowanie w samej depresji. U osób z objawami lęku występującego w przebiegu depresji choroba od początku przebiega z większym nasileniem objawów i poważniejszym upośledzeniem funkcjonowania psychospołecznego. W pracy omówiono zasady postępowania terapeutycznego w przypadku chorych na depresję z objawami lęku, z uwzględnieniem różnych grup leków psychotropowych, i ustosunkowano się do koncepcji monoterapii z użyciem jednego leku działającego zarówno na większej liczby środków o działaniu przeciwdepresyjnym i anksjolitycznym.

Słowa kluczowe: **lęk, depresja, problemy diagnostyczne i terapeutyczne**

Summary

Fear often accompanies depression, either as a fear syndrome or as fear that appears along original depression disorders. It is estimated that 90% of those suffering from depression suffers from fear. It has been stressed that those suffering from depression and fear are more prone to commit suicide. Somatic symptoms of fear have special clinical significance. They may occur in as many as 80% of those suffering from depression and a failure to cure them may worsen patients' health condition. Prognosis in curing depression accompanied by fear is much worse than in curing pure depression. Those with depression accompanied by fear have more acute symptoms and their psychosocial functions are severely impaired. The study discusses therapeutic treatment methods in those suffering from depression and fear, including various psychotropic medications, monotherapy which uses one medication aimed at depression and fear and polypragmasia, which uses two or more antidepressant and anxiolytic medications.

Key words: **fear, depressions, diagnostic and therapeutic problems**

Piśmiennictwo

1. Aqarqun M. Y., Kara H., Solmaz M.: Sleep disturbances and suicidal behavior in patients with major depression. *J. Clin. Psychiatry*, 1997, 58, 249–251.
2. Clayton P. J., Grove W. M., Coryell W.: Follow-up and family study of anxious depression. *Am. J. Psychiatry*, 1991, 148, 1512–1517.
3. Coryell W., Endicott J., Andreasen N. C.: Depression and panic attacks: the significance of overlap as reflected in follow – up and family study data. *Am. J. Psychiatry*, 1988, 1, 293–300.
4. De Boer T.: The effects of mirtazapine on central noradrenergic and serotonergic neurotransmission. *Int. Clin. Psychopharmacol.*, 1995, 10 (4), 19–23.
5. Fawcett J., Kravitz H. M.: Anxiety syndromes and their relationship to depressive illness. *J. Clin. Psychiatry*, 1983, 44, 8–11.
6. Fawcett J.: Predictors of early suicide: Identification and appropriate intervention. *J. Clin. Psychiatry*, 1988, 49, (10), 7–8.
7. Fawcett J., Marcus R. N., Anton S. F.: Response of anxiety and agitation symptoms during nefazodon treatment of major depression. *J. Clin. Psychiatry*, 1995, 56 (6), 37–42.
8. Fawcett J., Barkin R. L.: Meta-analysis of eight randomized double-blind, controlled clinical trials of mirtazapine for the treatment of patients with major depression and symptoms of anxiety. *J. Clin. Psychiatry*, 1998, 59, 123–127.
9. Keller M. B., Hanks D. L.: Anxiety symptom relief in depression treatment outcomes. *J. Clin. Psychiatry*, 1995, 56 (6), 22–28.
10. Kessler R. C., McGonagle K. A., Shanyang Z.: Life-time and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. *Arch. Gen. Psychiatry*, 1994, 51, 8–16.
11. Lydiard R. B.: Coexisting depression and anxiety: special diagnostic and treatment issues. *J. Clin. Psychiatry*, 1991, 52, 48–54.
12. Montgomery S. A.: Safety of mirtazapine: a review. *Int. Clin. Psychopharmacol.*, 1995, 10 (4), 39–47.
13. Nutt D. J.: Efficacy of mirtazapine in clinically relevant subgroups of depressed patients. *Depress. Anxiety*, 1998, 7, 7–10.
14. Nutt D. J.: Care of depressed patients with anxiety symptoms. *J. Clin. Psychiat.*, 1999, 60, (17), 23–27.

- 15 Stein M. B., Kirk P., Prabhn V.: Mixed anxiety – depression in a primary-care clinic. *J. Affect. Disord.*, 1995, 34, 79–84.
16. Zajecka J. M., Ross J. S.: A systematized approach to the management of the depressed and anxious patients. *Int. J. Clin.Pract.*, 1998, 2, 27–30.

Adres do korespondencji

Prof. dr hab. n. med. Józef Kocur
Zakład Rehabilitacji Psychospołecznej UM
Plac Hallera 1
90–47 Łódź