
Nerimo ir depresinių sutrikimų epidemiologija ir patofiziologija

A. Germanavičius

*Vilniaus universiteto Psichiatrijos
klinikos Socialinės psichiatrijos
mokslų ir mokymo centras*

Santrauka. Straipsnyje pateikiami pasaulio literatūros duomenys apie nerimo ir depresinių sutrikimų paplitimą, jų ryšį su amžiumi, lytimi. Bendroje populiacijoje vidutiniškai 20% įvairaus amžiaus moterų ir 13% vyrų serga neuroziniais sutrikimais, įskaitant depresijos epizodą.

Tarp vyresnių nei 64 m. asmenų, gyvenančių savarankiškai bendruomenėje, nerimo sutrikimai išlieka labai paplitę – vidutiniškai 16,8% bendroje šio amžiaus populiacijoje. Neurologams ir vidaus ligų specialistams svarbu tai, kad neretai nerimo ir depresiniai sutrikimai pasireiškia sergant organiniais CNS pažeidimais (demencijomis, epilepsija, židininiais CNS pažeidimų sindromais, bet kokios kilmės deljais) bei somatiniais susirgimais (hipo- ar hipertireozė, vestibulinės disfunkcijos, sukeliančios galvos svaigimo sindromus, LOPL ir kt.).

Straipsnyje taip pat pateikiami nerimo ir depresinių sutrikimų sukeltos naštos rodikliai. Psichikos ir elgesio sutrikimų priežastys iš visų sveikatos sutrikimų priežasčių yra pačios svarbiausios (jos sudaro 36,9% visų metų, pragyventų su negalia pasaulyje tarp darbingo amžiaus asmenų). Tam, kad valstybė ateityje išvengtų šios naštos, visapusiška bendruomenės pagalba šiems asmenims yra ne prabanga, o būtinybė. Deja, Lietuvoje naujoji NDNT darbingumo lygio nustatymo tvarka neatsižvelgia į specialiuosius poreikius. Šiuo metu specialiųjų poreikių asmenims, kuriems nustatyti psichikos ir elgesio sutrikimai, nenustatoma (ir jie netenkinami). Straipsnyje pateiktas dinaminis streso-pažeidžiamumo modelis (pagal Johan Ormel ir Peter de Jong, 1999) vaizduoja biopsichosocialinę paradigmą, kurioje formuojasi nerimo ir depresiniai sutrikimai. Tai leidžia specialistams numatyti ir taikyti visų trijų lygių prevencijos ir sveikatos priežiūros priemones.

Raktažodžiai: nerimo ir depresiniai sutrikimai, paplitimas, amžius, lytis, etiologija, naštos rodikliai, specialieji poreikiai, dinaminis streso-pažeidžiamumo modelis, biopsichosocialinė paradigma, neuromediatoriai.

Neurologijos seminarai 2006; 10(27): 25–32

ĮVADAS

Nerimas yra viena dažniausių žmogaus reakcijų į stimulus. Neretai žmonių nerimas yra adekvatus, t. y. atitinka potencialiai grėsmingą situaciją. Toks nerimas nelaikomas sutrikimu. Jis vaidina svarbų vaidmenį adaptuojantis – kaip vienas iš simptomų pozityvaus streso, kuris padeda žmogaus organizmui mobilizuotis. Tačiau nerimui pasiekus perdėtą lygį, jis tampa nebe padedančiu, bet labiau trukdančiu. Todėl šį fenomeną ir vadiname nerimo sutrikimu. Kitaip tariant, normali fiziologinė reakcija tampa patologine, t. y. sutrikimu. Taip pat nerimo sutrikimai pasireiškia, kai vidutinio sunkumo ar stiprus nerimas kyla dėl vadinaujamųjų išorinių (t. y. ne dėl netinkamos streso įveikos) priežasčių (organiniai galvos smegenų pažeidimai ar ligos, piktnaudžiavimas psichoaktyviomis medžiagomis, vidaus organų ligos, dėl kurių sutrinka galvos smegenų neuromediatorių balansas).

Adresas:

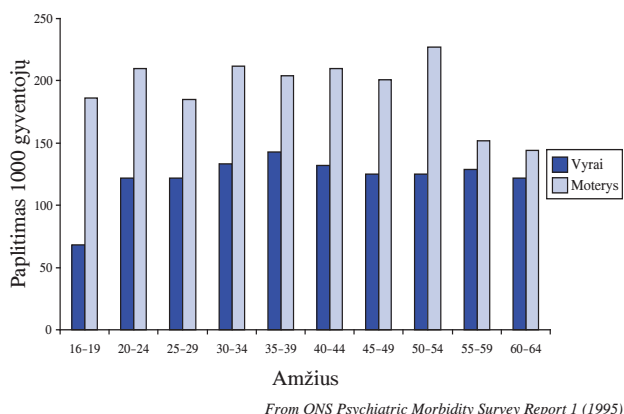
Doc. Arūnas Germanavičius
Vasaros g. 5, LT-10309 Vilnius
El. paštas: arunas.germanavicius@vrc.vu.lt

Kur yra riba tarp normalaus nerimo ir nerimo sutrikimo? Remiantis Tarptautinės sveikatos problemų ir sutrikimų klasifikacijos 5 skyriumi *Psichikos ir elgesio sutrikimai: klinika ir diagnostika*, nerimo sutrikimus galima diagnozuoti, kai nerimo pasireiškimas sukelia psichologinę distresą – neigiamą stresą ar diskomfortą. Kartu su santykinai stipriu ir distresą sukeliančiu nerimu pasireiškia ir lydintys somatiniai nerimo komponentai (tachikardija, arterinio kraujo spaudimo svyravimai, prakaitavimas, galūnių tremoras, odos kraujagyslių reakcijos, vidaus organų lygiųjų raumenų veikla ir kt.). Jie dažniausiai yra autonominės (vegetacinės) nervų sistemos centrų perdėto stimuliavimo rezultatas. Šie simptomai, jų deriniai mažina žmogaus produktyvumą, sutrinka normalus žmogaus funkcionavimas. Taip pat svarbus nerimo sutrikimų diagnostikos kriterijus yra dėl minėtų simptomų pasikeitęs įprastinis žmogaus elgesys, pvz., atsiranda stresą sukeliančių situacijų vengimas, įprastinių taisyklių nepaisymas, socialinė izoliacija. Gali pasikeisti psichoaktyvių medžiagų vartojimo įpročiai (intensyvesnis žalingas vartojimas ar formuojasi priklausomybė).

Kokie yra nerimo sutrikimų fenomenai? Jie apibūdinti TLK-10 įvairiuose 5 skyriaus poskyriuose. Jie sugrupuoti

Ligotumas neurozinio lygio sutrikimais*

*mišrus nerimo ir depresijos sutrikimas, generalizuotas nerimo sutrikimas, depresijos epizodas, visos fobijos, obsesinis-kompulsinis sutrikimas



1 pav. Neurozinių sutrikimų (įskaitant depresijos epizodą) paplitimas D. Britanijoje įvairiose amžiaus grupėse

pagal nerimo sutrikimų priežastis. 1 lentelėje išvardyti dėl psichologinių veiksnių (sukelti neurozių) ar dėl streso atsirandantys nerimo sutrikimai.

Tarp bendrosios praktikos pacientų pasireiškia ir depresiniai simptomai (miego, apetito, lipido sutrikimai), kurie neretai lydi šiuos nerimo susirgimus. Daliai pacientų

1 lentelė. Pagrindiniai nerimo sutrikimai, kylantys dėl neurozės ar streso, TLK-10

Diagnozė	TLK-10 kodas
Generalizuotas nerimo sutrikimas	F41.1
Paroksizminis nerimas (panikos sutrikimas)	F41.0
Fobiniai nerimo sutrikimai (agorafobija, specifinės fobijos)	F40.xx
Adaptacijos sutrikimai	F43.2
Ūminės reakcijos į stresą	F43.0
Užsitęsios reakcijos į stresą (pvz., potrauminis streso sutrikimas)	F43.1
Somatizacinis sutrikimas	F45.0
Hipochondrinis sutrikimas	F45.2
Obsesinis-kompulsinis (įkyrumų) sutrikimas	F42.x
Neurastenija	F48.0

2 lentelė. Ligotumas nerimo ir depresiniais sutrikimais tarp vyresnio amžiaus asmenų, gyvenančių bendruomenėje Olandijoje (N=659) (Beekman, de Beurs ir kt., 2000)

Sutrikimas	Be komorbidiškumo		Dar serga ir nerimo sutrikimu		Dar serga ir depresija	
	N	%	N	%	N	%
Nerimo sutrikimas (bent vienas iš keturių) (N=111)	82	73,90			29	26,10
Generalizuotas nerimo sutrikimas (N=76)	53	69,70			23	30,30
Socialinė fobija (N=36)	27	75,00			9	25,00
Panikos sutrikimas (N=16)	8	50,00			8	50,00
Obsesinis-kompulsinis sutrikimas (N=9)	5	55,60			4	44,40
Didžiosios depresijos sutrikimas (N=61)	32	52,50	29	47,50		

kartu su nerimo sutrikimo simptomais gali pasireikšti depresijos simptomai, tačiau nesiekiantys klinikinės depresijos epizodo sunkumo. O nerimo sutrikimo simptomai nėra specifiški nė vienam 1 lentelėje išvardytam sutrikimui. Tokiais atvejais nustatomas mišrus nerimo ir depresijos sutrikimas (pgl. TLK-10 F41.2).

Bendroje populiacijoje neuroziniai ir su stresu susiję sutrikimai yra plačiai paplitę. Kaip teigia PSO ekspertai, iki 65% visų psichikos sveikatos problemų yra kilę dėl streso darbe. Šiuo metu Lietuvoje „laukinio kapitalizmo“ visuomenės raidos stadijoje darbdavių noras kuo greičiau ir kuo didesnius pelnus gauti darbuotojų sveikatos sąskaita, neatsižvelgiant į streso valdymą, leidžia kelti hipotezę, kad asmenų, kenčiančių nuo su stresu susijusių nerimo sutrikimų, Lietuvoje turėtų daugėti. Deja, pas mus iki šiol nėra atlikta epidemiologinių tyrimų, todėl, aptardami nerimo sutrikimų epidemiologiją, galime remtis užsienio autoriais.

NERIMO IR DEPRESINIŲ SUTRIKIMŲ EPIDEMIOLOGIJA

Nerimo ir depresinių sutrikimų ryšys su amžiumi

Neurozinės kilmės nerimo sutrikimų paplitimas įvairiose amžiaus grupėse Didžiojoje Britanijoje pavaizduotas 1 paveiksle. Vidutiniškai 20% įvairaus amžiaus moterų ir 13% vyrų serga neuroziniais sutrikimais, įskaitant depresijos epizodą. Čia neįtraukti pacientai, sergantys depresiniais sutrikimais pakartotinai, t. y. kuriems diagnozuotas pasikartojantis depresinis sutrikimas, kuris neabejotinai priskirtinas nebe neuroziniais, bet afekciniams (nuotaikos) sutrikimams. Analizuodami duomenis, matome, kad tarp vyresnio amžiaus moterų (60–64 m.) neurozinių sutrikimų santykinai sumažėja, lyginant su jaunesnio amžiaus moterų grupėmis.

Tačiau kaip matyti iš 1 paveikslo, į šį tyrimą neįtraukti asmenys, vyresni nei 64 m. Todėl remiantis kitu tyrimu, atliktu Olandijoje 1998–1999 m. (2 lentelė), galima teigti, kad tarp vyresnių nei 64 m. asmenų, gyvenančių savarakiškai bendruomenėje, nerimo sutrikimai išlieka labai paplitę – vidutiniškai 16,8% bendroje šio amžiaus populiacijoje. Kartu buvo nustatytas ir depresinių sutrikimų paplitimas.

mas bei jų komorbidiškumas: 26,1% tiriamųjų, kuriems nustatytas bent vienas nerimo sutrikimas, kartu pasireiškė ir depresija. Įdomu tai, kad panikos sutrikimas tarp vyresnių nei 64 m. amžiaus žmonių nėra plačiai paplitęs (2,4%), tačiau net pusei juo sergančiųjų nustatyta ir depresija. Vien depresija nustatyta tarp 4,9% tiriamųjų.

Neigiamas nerimo ir depresinių sutrikimų poveikis individo ir valstybių lygiu

Šie sutrikimai ypač pažeidžia darbingo amžiaus asmenis. Psichologiniai sutrikimai sukelia ir negalią, ypač kai ją suprantame ne kaip medicininę negalią, bet kaip negalią, kai nebesugebama atlikti įprastinių socialinių vaidmenų (Wiersma D. ir kt., 1988). Socialiniams vaidmenims darbe ir šeimoje atlikti reikia didžiausių žmogaus psichikos pastangų: motyvacijos, planavimo, pasitikėjimo savimi, sugebėjimo bendradarbiauti, neprarasti nuolatinių pastangų, kai patiriama sunkumų. Somatiniai susirgimai gali pažeisti fizines žmogaus galimybes, įskaitant ir kvėpavimo tūrį, raumenų jėgą, mažos ir didelės apimties judesių koordinaciją, regą ir klausą. Tačiau tarp fizinę negalią turinčių žmonių neretai stebimas atsparumas išlaikyti socialinius vaidmenis. Tuo tarpu psichikos sutrikimai gali sutrikdyti didžiausius žmogaus gebėjimus, kurie užtikrina socialinių vaidmenų atlikimą. Gali pasireikšti tokie negalios požymiai kaip motyvacijos ir energijos praradimas, sumažėjęs gebėjimas ištraukti iš suplanuotus veiksmus, pasitikėjimo savimi praradimas, vengimas atlikti svarbius veiksmus dėl nerealių baimių, sumažėjęs gebėjimas veiksmingai bendrauti ir išlaikyti nuolatines pastangas patiriant sunkumus (Wiersma D. ir kt., 1988).

Sveikintinas Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministerijos žingsnis nuo 2005 m. liepos mėnesio demedikalizuoti negalios nustatymo metodiką, pridėdant psichologinį asmenų įvertinimą. Tačiau šiuo metu patvirtintoje metodikoje, kurią naudoja Neįgalumo ir darbingumo nustatymo tarnyba (NDNT), bei nukreipime į NDNT, kurį pildo gydantis gydytojas ir įvertinimą atlikęs psichologas, neatsižvelgiama į tuos psichologinius asmens gebėjimus, kurie yra svarbūs esminiams socialiniams vaidmenims atlikti (pvz., gebėjimui auginti vaikus). Metodikoje numatytas specialiųjų asmens su negalia poreikių nustatymas, kurį atlieka socialinis darbuotojas, tačiau psichikos sutrikimais sergantiems asmenims jis neatliekamas. Tokiu būdu asmenims, dėl psichikos sutrikimo atsidūrusiems labiausiai pažeidžiamoje visuomenės grupėje, vertinama ne visa socialinė negalia, bet tik vienas negalios aspektas – darbingumas. Be socialinių vaidmenų sampratos nustatant negalią neįmanoma numatyti specifinių pagalbos būdų, t. y. psichosocialinės reabilitacijos. Todėl kyla pagrįstas klausimas, ar valstybė tinkamai išsipareigoja neįgaliesiems kompensuoti jų negalią ir ar tai realizuoja lygių galimybių bei nediskriminacijos teisinius principus.

Epidemiologinių duomenų apie nerimo ir depresiniais sutrikimais sergančių žmonių negalios paplitimą pastaraisiais metais daugėja. Pirmas didelis atsitiktinės atrankos

3 lentelė. **Pagrindinės metų, pragyventų su negalia (MPN), priežastys 15–44 metų grupėje (2000 metų duomenys)**

Sutrikimas	%
1. Vienpoliai depresiniai sutrikimai	16,4
2. Psichikos ir elgesio sutrikimai vartojant alkoholį	5,5
3. Schizofrenija	4,9
4. Geležies deficitinė anemija	4,9
5. Dvipolis nuotaikos sutrikimas	4,7
6. Suaugusiųjų apkurimas	3,8
7. ŽIV/AIDS	2,8
8. Lėtinė obstrukcinė plaučių liga	2,4
9. Osteoartritas	2,3
10. Autoavarijos	2,3
11. Panikos sutrikimai	2,2
12. Sunkus gimdymas	2,1
13. Chlamidiozė	2,0
14. Nukritimas	1,9
15. Astma	1,9
16. Psichikos ir elgesio sutrikimai vartojant narkotikus	1,8
17. Abortas	1,6
18. Migrena	1,6
19. Obsesinis-kompulsinis sutrikimas	1,4
20. Pogimdyminis sepsis	1,2

kontroliuojamas tyrimas tarp sergančiųjų depresija BPG praktikoje buvo atliktas JAV, Pitsburge, prof. Schulbergo ekipos (Schulberg ir kt., 1996). Jie įvertino ir tiriamųjų negalios rodiklius. Šis ir vėliau atlikti tyrimai parodė, kad sergantieji plačiai paplitusiais psichikos sutrikimais patiria tokio paties sunkumo ar net sunkesnę negalią nei sergantieji lėtinėmis somatinėmis ligomis. Kartu nustatyta, kad nerimo ir depresiniais sutrikimais sergantiesiems turi būti prieinamas veiksmingas visapusiškas gydymas, nes jis gali labai sumažinti socialinę negalią (PSO, 2001).

Pasaulio sveikatos organizacija ir Pasaulio bankas pareiškia, kad psichikos ir elgesio sutrikimai iš visų sveikatos sutrikimų priežasčių suteikia sunkiausią naštą valstybėms. Skaiciuojant santykinę negalią koeficientu *Metai, pragyventi su negalia (MPN)* (angl. *Years Lived with Disability*, arba *Quality Adjusted Life Years (QALY)*), nustatyta, kad septynios psichikos ir elgesio sutrikimų priežastys patenka į negalios santykinio sunkumo dvidešimtuką. Jos sudaro 36,9% visų metų, pragyventų su negalia tarp pasaulio darbingo amžiaus asmenų (3 lentelė). O depresiniai sutrikimai 2000 m. pasaulyje buvo svarbiausia MPN priežastis (16,4%).

Taigi tiek individo, tiek valstybės lygiu psichikos ir elgesio sutrikimai turi didelį neigiamą poveikį, kuriam pašalinti valstybė privalo turėti aiškią strategiją.

Nerimo ir depresinių sutrikimų ryšys su lytimi

Nerimo ir depresiniai sutrikimai dažniau pasireiškia moterims nei vyrams. Kaip matome iš 1 pav., tarp jauniausių tiriamųjų (amžiaus grupė nuo 16 iki 19 metų) moterys daugiau nei dvigubai dažniau sirgo nerimo ir depresiniais sutrikimais. Tai gali būti iš dalies paaiškinama, kad moterys dažniau kreipiasi pagalbos, nevengia atskleisti savo psichologinių problemų. Tarp moterų kur kas daugiau patyru-

4 lentelė. Kitos nerimo ir depresijos sutrikimų priežastys – psichikos ir elgesio sutrikimai TLK-10

Organiniai nerimo sutrikimai: demencijos, židiniai CNS pažeidimų sindromai, delyras, epilepsija
Piktnaudžiavimas ar priklausomybė nuo psichoaktyvių medžiagų: abstinencijos sindromas
Psichoziniai sutrikimai: šizofrenija, šizoafektiniai sutrikimai, kludiesiniai sutrikimai, šizotipinis sutrikimas
Dvipolis nuotaikos sutrikimas: manijos, depresijos ar mišrus epizodas
Asmenybės sutrikimai (AS): vengiančio (nerimastingo) tipo AS, anankastinio tipo AS, priklausomo tipo AS, ribinio tipo AS (angl. <i>borderline</i>)

sių smurtą namuose suaugusiame amžiuje ir seksualinę prievartą vaikystėje: 2004 m. paskelbto tyrimo duomenimis, 20–25% moterų Škotijoje patyrė seksualinę prievartą vaikystėje, lyginant su 5–10% vyrų (Scottish Executive, 2004). Tačiau tarp vyrų dažnesni su nerimo ir depresinių sutrikimų komplikacijomis susiję sutrikimai: autoagresyvus elgesys, savižudybės, priklausomybės nuo psichoaktyvių medžiagų, neatsargus ir aplinkiniams pavojingas elgesys (pvz., pavojingai greitas transporto priemonių vairavimas arba vairavimas neblaiviam). Tokia tendencija ypač paplitusi pokomunistinėse Rytų Europos valstybėse (PSO ekspertas Wolfgang Rutz, 2003, tarpasmeninė korespondencija su autoriumi).

Nerimas ir depresija gali pasireikšti ne kaip savarakiški susirgimai, bet kartu su kitais psichikos ir elgesio sutrikimais. 4 lentelėje išvardytos dažniausios priežastys.

Įvairūs nerimo sutrikimai gali kilti ir dėl organinių galvos smegenų pažeidimų, piktnaudžiavimo psichoaktyviomis medžiagomis bei sergant psichoziniais sutrikimais. Šiose pacientų grupėse nerimo ir depresijos sutrikimai pasireiškia kur kas dažniau nei bendroje populiacijoje. Tačiau egzistuoja ryšys ir tarp nerimo ir depresinių sutrikimų bei kitų pirminių psichikos ir elgesio sutrikimų. Įdomų dvipolio nuotaikos sutrikimo ir obsesinio-kompulsinio sutrikimo (OKS) ryšio epidemiologinį tyrimą atliko Ciūricho (Šveicarija) psichiatrų grupė, vadovaujama prof. J. Angsto. 2005 m. paskelbti rezultatai rodo, kad OKS dažniau pasitaiko populiacijoje kartu su kitais nerimo sutrikimais (7,4%) nei vienas OKS (4,8%). OKS komorbidiškumas su nerimo sutrikimais kur kas dažniau pasireiškia tarp moterų (85,6%). Tuo tarpu OKS komorbidiškumas su dvipoliu nuotaikos sutrikimu dažnesnis tarp vyrų (69,6%). Svarbu tai, kad komorbidiško OKS atvejais tiriamieji dažniau kreipiasi pagalbos ir gydymo, jiems pasireiškia didesnė negalia, neigiamas stresas bei sunkesnės savižudybės tendencijos. OKS komorbidiškumas su dvipoliu nuotaikos sutrikimu labai padidina priklausomybės nuo psichoaktyvių medžiagų ar piktnaudžiavimo riziką (Angst J. ir kt., 2005).

Neurologiniai ir somatiniai susirgimai gali sąlygoti nerimo ir depresinių sutrikimų atsiradimą. Vienas dažniausių galvos smegenų pažeidimų – epilepsija dažnai susijusi su psichikos ir elgesio sutrikimais. Naujausioje 2005 m. apžvalgoje iš D. Britanijos teigiama, kad net iki 55% sergančiųjų epilepsija per gyvenimą susergera depresija. Svarbu tai, kad neatpažįstama ir negydoma depresija tarp sergančiųjų epilepsija dėl miego sutrikimų gali sąlygoti epilepsijos priepuolių padažnėjimą. Kartu labai pablogėja gydyto-

jo ir paciento ryšys, sergantys epilepsija ir depresija pacientai blogiau laikosi gydytojo rekomendacijų epilepsijai gydyti. Įdomu tai, kad depresijos rizika tiesiogiai susijusi su epilepsijos priepuolių kontrolės laipsniu: kuo blogesnė epilepsijos priepuolių kontrolė, tuo depresijos rizika didesnė (apie 50% pacientų). Tarp pacientų su retai besikartojančiais priepuoliais depresija susergera 20–30% sergančiųjų, o tarp esančių epilepsijos remisijos būklėje depresijos rizika 6–9%.

Tiek remiantis bendruomenėje gyvenančių pacientų, tiek esančių ligoninėje tyrimais, sergančiųjų epilepsija nerimo sutrikimai tarp priepuolių (inter-iktaliniai) pasireiškia nuo 10 iki 25% tiriamųjų, dažniausiai kaip generalizuotas nerimo sutrikimas (M. J. Jackson ir D. Turkington, 2005).

A. M. Kanner konstatuoja, kad tarp sergančiųjų epilepsija atsiradus depresijai, savižudybės rizika padidėja 10 kartų nei bendroje populiacijoje, todėl itin svarbu sergantiesiems epilepsija laiku atpažinti depresiją ir ją gydyti.

Dažniausios somatinių nerimo ir depresinių sutrikimų priežastys išvardytos 5 lentelėje. Jų atsiradimas susijęs tiek su sutrikusia psichologine reakcija į somatinį susirgimą, tiek su subtiliais neuromediatorių balanso pasikeitimais, apie kuriuos rašoma toliau.

Paradoksaliai, kad sergant somatiniais ar neurologiniais sutrikimais atsiradęs nerimo sutrikimas ar depresija neturi jokių specifinių klinikinių požymių, todėl visada yra būti-

5 lentelė. Neurologinių ir somatinių nerimo bei depresinių sutrikimų priežastys

Epilepsija
Vestibulinės disfunkcijos, sukeliančios galvos svaigimo sindromus (Meniero liga, gėrybinis paroksizminis padėties galvos svaigimas)
Kvėpavimo sutrikimai (lėtinė obstrukcinė plaučių liga, bronchinė astma)
Miego sutrikimai
Migrena
Hipertirozė
Hipotirozė
Hipoglikemija
Ūminis ar lėtinis skausmas
Vaistų nepageidaujama reakcija

(žr.: Simon NM, Fischmann D. The implications of medical and psychiatric comorbidity with panic disorder. J Clin Psychiatry 2005; 66 (Suppl 4): 8–15.)

nas pilnas somatinis ir nefrologinis paciento ištyrimas, nustatčius psichikos sutrikimą, ir, atvirkščiai, – nustatčius somatinį ar nefrologinį susirgimą, būtinas diagnostinis interviu psichikos sutrikimams nustatyti.

NERIMO IR DEPRESINIŲ SUTRIKIMŲ PATOFIZIOLOGIJA

Biopsichosocialinis modelis

Pasaulio sveikatos organizacijos metinėje 2001 m. ataskaitoje pabrėžiama, kad psichikos sveikatos problemoms bei psichikos sutrikimams atsirasti vienodai svarbios įtakos turi biologiniai, psichologiniai ir socialiniai veiksniai. Tačiau dirbtinis biologinių veiksnių atskyrimas nuo psichologinių ir socialinių daugelį metų buvo reikšminga kliūtis teisingai suvokiant psichikos ir elgesio sutrikimus. Iš tikrųjų šie sutrikimai yra panašūs į daugelį fizinių kūno ligų, nes kaip ir pastarosios, yra rezultatas sudėtingos šių veiksnių tarpusavio sąveikos.

Apibendrinant daugelio nerimo ir depresinių sutrikimų patofiziologijos tyrimus, pažymėtina, kad visos priežastys ir būdai, kaip jos veikia, atsispindi biopsichosocialiniame modelyje.

Moderni psichiatrijos epidemiologija, aiškindama daugelio psichikos ir elgesio sutrikimų atsiradimo priežastis, remiasi vadinamuoju streso – pažeidžiamumo modeliu. Nepaisant visuotinai pripažinta šio modelio mokslinė ir praktinė reikšmė aiškinant psichikos sutrikimų etiologiją ir eigą, psichikos pažeidžiamumas yra dar mažai ištirta sritis. Bet kai kurie dalykai jau yra tiksliai žinomi. Pastaruoju metu užsienio šalių pagrindinėje mokslinėje literatūroje remiamasi dinaminio šio modelio variantu (Ormel ir de Jong, 1999).

Šio modelio pagrindinė paskirtis – iliustruoti, kaip egzistuojant išankstiniam biopsichologiniam pažeidžiamumui ir veikiant nespecifiniam stresui gali atsirasti bet kokio sunkumo psichikos ir elgesio sutrikimai, nepriklausomai nuo asmens amžiaus, lyties, ekonominės bei socialinės padėties, resursų. Net ir patiems sunkiausiems psichozinio registro psichikos sutrikimams (pvz., šizofrenijai) atsirasti šis modelis yra tinkamas (Huber ir Gross, 1999).

Kartu šis modelis dinamiškai pavaizduoja, kaip galima vykdyti psichikos ir elgesio sutrikimų pirminę, antrinę bei tretinę prevenciją.

Streso – pažeidžiamumo modelis ir jo dinaminė samprata

Pagrindinis streso – pažeidžiamumo modelio centrinis teiginys yra tas, kad stresą sukeliantys veiksniai (neigiami gyvenimo įvykiai, sunkumai, kasdieniai vargai) gali turėti patogeninį poveikį, ypač pažeidžiamiems individams (Goldberg ir kt., 1990; Rodgers, 1991). Kai individas nėra pažeidžiamas, stresą sukeliantys veiksniai gali daugiausia sukelti vien lengvus ir trumpalaikius sutrikimus (vadina-

mąjį distresą), bet ne klinikiškus simptomus siekiančius emocinius sutrikimus.

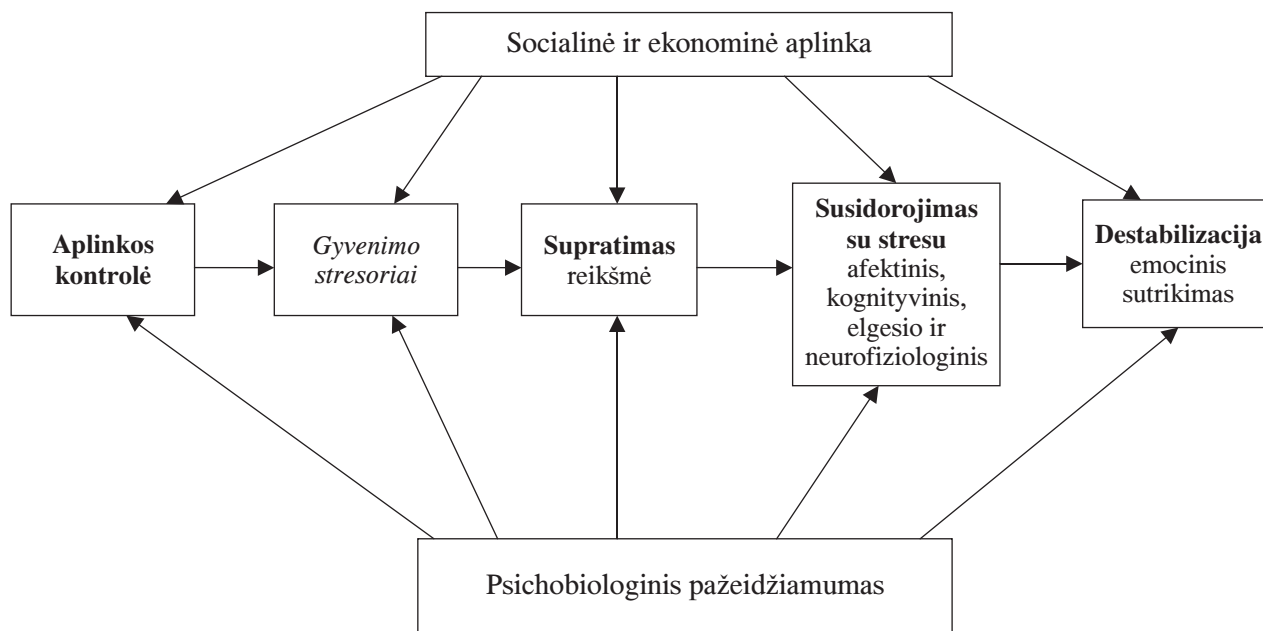
Ko gero, labiausiai įtakingą streso – pažeidžiamumo modelį sukūrė Brown ir Harris 1978 m. Per pastaruosius dvidešimt metų šie autoriai paskelbė straipsnių, kuriuose pateikti duomenys įrodo, kad gyvenimo stresoriai su išreikšta ilgalaike grėsme sukelia depresiją (depresogeniniai) tiems tiriamiesiems, kurie buvo įvertinti kaip esantys pažeidžiami. Tuo tarpu kitiems, kurie nepasižymėjo pažeidžiamumo savybėmis, šie įvykiai kur kas mažiau turėjo įtakos rizikai susirgti depresija. Brown ir Harris nustatė keletą vadinamųjų pažeidžiamumo veiksnių, t. y. psichologinių ir socialinių savybių, kurios reikšmingai modifikuodavo stresorių poveikį. Tokių veiksnių pavyzdžiai yra neigiamas savęs vertinimas (arba žema savivertė), emociškai palaikančių glaudžių ryšių trūkumas, lėtiniai klinikinio lygio nesiekiantys (ikislenkstiniai) nerimo simptomai (analogiški neurotizmui), žemesnė socialinė klasė. Kiti autoriai (Rodgers, 1991; Goldberg ir Huxley, 1992; Ormel ir kt., 1988) į šį sąrašą įtraukė finansinius sunkumus, problemas vaikystėje, nedarbą, neurotizmą ir žemą kontrolės lygį.

Kiti autoriai, siekdami patobulinti šį *grynąjį stresą – pažeidžiamumo modelį*, pasiūlė dar keletą jo variantų, kurie atspindėtų neabejotinai egzistuojančią šios sąveikos dinaminę prigimtį. Tačiau ir šie modeliai negalėjo atspindėti mokslinių įrodymų, kad pažeidžiamumas turi įtakos, kaip individą veiks gyvenimo stresoriai (ypač tokie, kurie priklauso nuo konkretaus asmens, pvz., tarpasmeniniai įvykiai). Negana to, jie negalėjo iliustruoti įrodymų, kad tam tikrų gyvenimo įvykių patyrimas gali visam laikui pakeisti individo pažeidžiamumo lygį.

Dinaminis streso – pažeidžiamumo modelis. Remiantis šiuo modeliu, pažeidžiamumas daro įtaką rizikai psichikos sutrikimams atsirasti mažiausiai trimis būdais (1 schema):

- (1) Aplinkos kontrolė, kuri lemia stresoriaus patyrimą (kartu su kitomis determinantėmis, kaip atsitiktinumas, nepalankus likimas, kitų žmonių elgesys);
- (2) Įvertinimo procesai modifikuoja kelią nuo pažeidžiamumo iki psichikos sutrikimo keleriopai, pvz., veikia asmeninę stresoriaus reikšmę individui (kaip konkretus gyvenimo įvykis yra susijęs su individo poreikiais ir vertybėmis) ir subjektyvų efektyvaus susidorojimo su stresu įvertinimą. Kartu šie procesai lemia (galimus) neatitikimus tarp suvokiamų stresoriaus keliamų reikalavimų ir gebėjimo susidoroti su šiais reikalavimais.
- (3) Susidorojant su šiais neatitikimais, atsakas pasireiškia afektiniu (nuotaikos, emociniu), kognityviniu (pažintiniu) ir elgesio komponentais. Pažeidžiamumas gali pasireikšti kaip neurofiziologinio atsako į stresą substrato nepakankamumu. Tokiu būdu jis gali paveikti sutrikimų prigimtį bei sunkumą afektiniame, kognityviniame ir elgesio funkcionavimo srityse.

Priešingai tradicinei sampratai apie individą, kaip pasyviai priimančią aplinkos patyrimus, dinaminis streso – pažeidžiamumo modelis pabrėžia aktyvią individo kontrolę, atrenkant, modifikuojant ir netgi perkuriant stresinius patyrimus. Klinikinis sutrikimo pasireiškimas priklausys



1 schema. **Biopsichologinė streso – pažeidžiamumo paradigma: dinaminis streso – pažeidžiamumo modelis** (pagal Johan Ormel ir Peter de Jong, 1999)

nuo sutrikimui specifinio jautrumo neurofiziologinėse sistemėse, nuo susidorojimo strategijų ypatumų bei nuo asmeninės stresoriaus reikšmės. Dėl to pagrindinė dinaminio streso – pažeidžiamumo modelio savybė yra pastovi tarpusavio sąveika tarp individualaus genetinio profilio, asmenybės raidos gyvenimo eigoje ir gyvenimo įvykių pasireiškimo. Šio modelio baziniai bruožai yra:

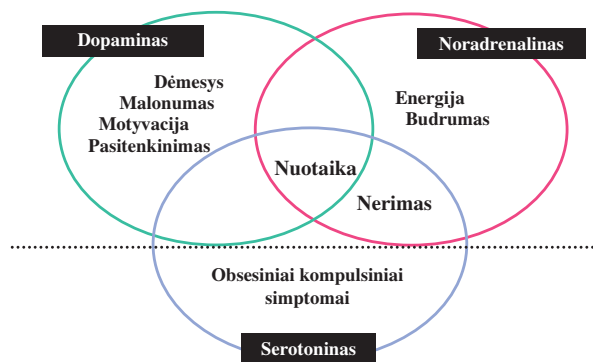
1. Streso patyrimas didina riziką psichikos sutrikimui atsirasti.
2. Tam tikros aplinkos sąlygos pasižymi padidėjusia rizika sukelti stresą.
3. Pažeidžiamumo veiksniai didina stresorių atsiradimo dažnį ir ilgina jų trukmę (mechanizmas: aplinkos kontrolė).
4. Pažeidžiamumo veiksniai stiprina stresoriaus poveikį rizikai, darydami įtaką:
 - (a) suvokiamam stresiškumui ir subjektyviai stresorių reikšmei (mechanizmas: įvertinimo stiliai);
 - (b) žmonių atsakui į stresorių ir susidorojimo su juo būdai (mechanizmas: susidorojimo stiliai).
5. Pažeidžiamumo veiksniai papildomai daro įtaką specifinėms klinikinėms sutrikimų išraiškoms.
6. Kai kurie patyrimai gali turėti ilgalaikį, netgi visą laiką besitęsiantį poveikį pažeidžiamumui – jo sustiprėjimui ar susilpnėjimui.

DEPRESIJOS IR NERIMO NEUROMEDIATORIAI

Pastarųjų trisdešimt metų neuropsichiatrijos mokslinių tyrimų rezultatai pabrėžia trijų pagrindinių neuromediatorių vaidmenį, sukeliant depresijos ir nerimo būkles. Tai dopaminas, serotoninas ir noradrenalinas. Jų tarpusavio są-

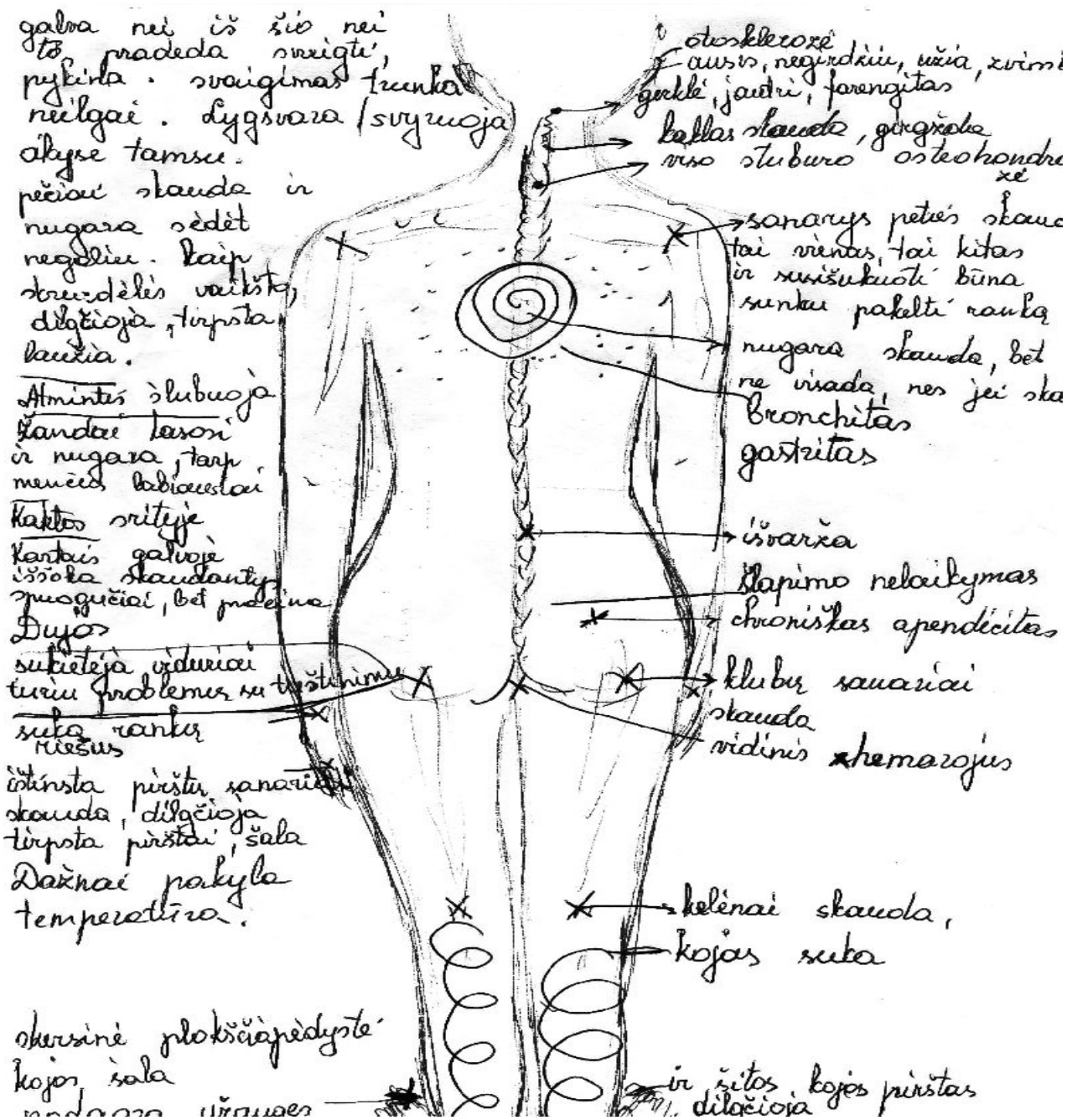
veika pavaizduota 2 paveiksle kaip persidengianti, ir depresijos patogenezėje dalyvauja visi trys. Tuo tarpu atsirandant nerimo sutrikimams, kuriuose nepasireiškia psichozės simptomai (t. y. grubūs realybės suvokimo sutrikimai-deorientacija, depresionalizacija, iliuzijos ir haliucinacijos bei naujos realybės kūrimas), dopaminui nepriskiriama esminio vaidmens. Čia svarbiausias santykis tarp noradrenalino ir serotonino. Serotonino perteklius gali sukelti nerimo sutrikimus – kai pacientų depresinius sutrikimus gydoma selektyviaisiais serotonino atgalinio įsiurbimo inhibitoriais (SSRI), jau nuo pat gydymo pradžios atsiranda stiprus nerimas. Tai ypač pavojingas SSRI šalutinis reiškinys tam tikroms pacientų grupėms, pvz., paaugliams, nes dėl sustiprėjusio nerimo sergantiems depresija gali padidėti savižudybės rizika. 2005 m. pradžioje JAV, o vėliau ir visame pasaulyje bei Lietuvoje dėl to buvo apribotas SSRI grupės antidepresantų skyrimas vaikams ir paaugliams.

Depresijos ir nerimo neuromediatoriai



Stahl. *Essential Psychopharmacology*. 1996
 Foote. In: Bloom. *Psychopharmacology*. 1995

2 pav. **Depresinių ir nerimo sutrikimų neuromediatorių tarpusavio sąveika**



3 pav. Pacientės (47 m.) „daugybinių nusiskundimų“ sindromo iliustracija

Kita vertus, tikslingai selektyviai veikiant serotonino sistemą kitais vaistais, pvz., buspironu, galimas žymus nerimo sumažėjimas.

Ankstesnieji psichofarmakologijos darbai, kuriuose nurodytos išorinės nerimą sukeliančios medžiagos (kofeinas, nikotinas, natrio laktatas, anglies dioksidas, cholecistokininiai, johimbinas ir kt.), išlieka reikšmingi, tačiau jie laikomi svarbiu išorės postūmiu, kuris sukelia nerimo sutrikimų atsiradimą dėl jau minėtų vidinių neuromediatorių sistemų disbalanso. Gydytojai praktikai visada privalo su pacientais aptarti tokių išorinių veiksnių riziką ir jų poveikį sumažinti kartu su farmakologinio poveikio priemonėmis. Labai svarbu skirti pakankamai laiko pacientui papasakoti apie visus nusiskundimus ir simptomus, o kartais nustatyti

diagnozė gali padėti pats pacientas, nupiešdamas simptomus kūno projekcijoje (3 pav.). Pastarasis klinikinis metodas ir gauta pacientės simptomų iliustracija po diagnostinio interviu leido atpažinti ir somatizacinį sutrikimą („daugybinių nusiskundimų“ sindromas), kuris buvo diferencijuotas su hipochondrinio sutrikimu bei kludiesiniais sutrikimais. Tai leido adekvačiai įvertinti nerimo sutrikimo simptomų pagydymo prognozę, nustatyti santykinai ilgą kompleksinio (farmakoterapinio ir psichoterapinio) gydymo trukmę ir tinkamai motyvuoti pacientę ilgalaikiam gydymui.

Gauta:
2006 02 07

Priimta spaudai:
2006 02 18

Literatūra

1. Ormel J, de Jong P. On vulnerability to common mental disorders, an evidence-based plea for a developmental perspective. In: Tansella M, Thornicroft G, eds. *Common mental disorders in primary care. Essays in honour of Professor Sir David Goldberg*. Routledge: London and New York, 1999; 34–51.
2. Goldberg D, Bridges K, Cook D, et al. The influence of social factors on common mental disorders. *Destabilisation and restitution. British Journal of Psychiatry* 1990; 156: 704–13.
3. Rodgers B. Models of stress, vulnerability and affective disorders. *Journal of Affective Disorders* 1991; 21: 1–13.
4. Brown GW, Harris TO. *Social origins of depression*. Tavistock: London, 1978.
5. Goldberg D, Huxley P. *Common mental disorders. A bio-social model*. Routledge: London, 1992.
6. Ormel J, Sander mann R, Stewart R. Personality as modifier of the life event-distress relationship: A longitudinal structural equation model. *Personality and Individual Differences* 1988; 9: 973–82.
7. *The World Health Report, 2001. Mental Health: New Understanding*. New Hope. WHO Geneva, 10–6.
8. Angst J, et al. Obsessive-compulsive syndromes and disorders: significance of comorbidity with bipolar and anxiety syndromes. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2005; 255(1): 65–71.
9. Jackson MJ, Turkington D. Depression and anxiety in epilepsy. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2005; 76(Suppl I): i45–7.
10. Wiersma D, DeJong A, Ormel J. The Groningen Social Disabilities Schedule: development, relationship with I.C.I.D.H., and psychometric properties. *International Journal of Rehabilitation Research* 1988; 11: 213–24.
11. Schulberg HC, Block MR, Madonia MJ, et al. Treating major depression in primary care practice. Eight-month clinical outcomes. *Archives of General Psychiatry* 1996; 53: 913–9.
12. Myers F, McCollam A, Woodhouse A. *National Programme for Improving Mental Health and Well-Being. Addressing Mental Health Inequalities in Scotland*. Scottish Executive, 2005; 30–1.
13. Simon NM, Fischmann D. The implications of medical and psychiatric comorbidity with panic disorder. *J Clin Psychiatry* 2005; 66 (Suppl 4): 8–15.

A. Germanavičius

EPIDEMIOLOGY AND PATHOPHYSIOLOGY OF ANXIETY AND DEPRESSIVE DISORDERS

Summary

Article reviews world wide literature data on prevalence of anxiety and depressive disorders, their relations with age and gender. In general population in average 20% of females of various age and 13% males are having neurotic disorders including episode of depression. Among elderly living on their own in community residential settings anxiety disorders are widely prevalent: in average 16.8% of the general population of this age stratum. For neurologists and internists it is important that frequently anxiety and depressive disorders appear during organic brain disorders (dementia, epilepsy, syndromes of focal brain lesions, delirium of any origin) or during somatic illness (hypo- or hyperthyroidism, vestibular dysfunctions with severe vertigo, COPD a.o.).

Article also shows figures from World Bank study on Global burden of disease where most important causes of burden are those causing mental disorders (36.9% of QALY's among people of working age). For many persons from this group comprehensive care is not a luxury but the need. However in Lithuania new methods of assessment of disability ignores special needs of people with mental health problems. These needs in contradiction to current law are neither assessed nor fulfilled.

Article also presents dynamic stress-vulnerability model (by J. Ormel and P. de Jong, 1999) that illustrates biopsychosocial paradigm of etiology of anxiety- and depressive disorders which might be valuable tool for specialists in planning and implementation of prevention and care measures at all levels.

Keywords: anxiety and depressive disorders, prevalence, age, gender, etiology, burden of disease, special needs, dynamic stress-vulnerability model, biopsychosocial paradigm, neuro-mediators.