

Hubert Wichowicz, Anna Banaś, Maria Gałuszko, Katarzyna Jakuszkowiak,
Katarzyna Spychalska-Kupper, Mariusz Wigłusz
Klinika Chorób Psychiczych i Zaburzeń Nerwicowych Akademii Medycznej w Gdańsku

Choroby somatyczne towarzyszące zaburzeniom nerwicowym w materiale pacjentów leczonych na Oddziale Nerwic Kliniki Chorób Psychiczych i Zaburzeń Nerwicowych Akademii Medycznej w Gdańsku w latach 2000–2003

Somatic diseases concomitant with neurotic disorders in the group of patients treated at the Neurosis Ward of the 1st Clinic of Psychiatric Diseases and Neurotic Disorders, Medical University of Gdańsk in 2000–2003

Abstract

Introduction. There is a significant co-morbidity of somatic and mental disorders in patients treated by family doctors and other specialists.

Material and methods. The group of patients diagnosed according to ICD-10 as „neurotic, connected with stress and somatoform disorders” were investigated at Neurotic Ward at Medical University in Gdańsk in 2000–2003. Number of patients: 117. Average age: 39.9 ± 11.0 years. Women: 90 (76.9%), average age: 40.9 ± 10.8 years. Men: 27 (23.1%), average age: 36.2 ± 10.9 years.

Results. The comorbid somatic disorders occurred in 57 patients (48.1%). There were 41 women (45.6%) free from any somatic disorders, 21 women (23.3%) had one somatic disorder, 14 women (15.6%) had two, 10 women (11.1%) had three and 4 women had four or more comorbid somatic disorders. In the group of men, there were 19 patients without any somatic disorders (70.4%), 4 patients (14.8) had one or two comorbid somatic disorders respectively.

Conclusions. The incidence of comorbidity of neurotic and somatic disorders was not higher than in general population of Poland. The most common comorbidity of neurotic nad somatic disorders was observed for neurological and gastrointestinal disorders.

key words: neurotic disorders, somatic comorbidity

Adres do korespondencji:
lek. Katarzyna Jakuszkowiak
Klinika Chorób Psychiczych i Zaburzeń Nerwicowych
Akademii Medycznej w Gdańsku
ul. Dębinki 7, bud. 25, 80–299 Gdańsk
tel.: (058) 349 26 58
e-mail: kareas@wp.pl

Wstęp

Rozwój psychiatrii konsultacyjnej i współpracy pomiędzy lekarzami różnych specjalności jest jednym z ważniejszych osiągnięć medycyny ostatnich lat [1]. Wcześniejsze prace były skoncentrowane na cechach osobowościowych predystynujących do chorób somatycznych, takich jak na przykład nadciśnienie tętnicze,

choroba wrzodowa. W ostatnim okresie podejście nieco się zmieniło. Ukazało się wiele publikacji, które w sposób kontrolowany metodologicznie ściśle określiły współchorobowość zaburzeń psychicznych w konkretnych „niepsychiatrycznych” jednostkach chorobowych. Doszło tutaj do wielu odkryć. We wstępie autorzy chcieliby przedstawić jedno z nich. Pokazuje ono, iż badanie współchorobowości może prowadzić do uzyskania wyników o istotnym znaczeniu klinicznym. Przez długi czas uważano, że schorzenia gruczołu tarczowego (przebiegające zarówno z nadczynnością, jak i niedoczynnością hormonalną) są skorelowane z zaburzeniami lękowymi oraz nastroju. Do chwili obecnej powstało na ten temat wiele prac opartych na próbach teoretycznego wyjaśnienia tej zależności [np. 2–5]. Dwie pozycje, które ukazały się w 2002 roku, nieco zmieniły spojrzenie na ten problem. Simon i wsp., badając grupę 169 chorych z zespołem lęku napadowego (92), fobią społeczną (48) i zespołem lęku uogólnionego (29 chorych), nie stwierdzili znamiennej częstszego występowania odchyleń stężenia hormonów tarczycy w surowicy w stosunku do normy populacyjnej. W wypadku pacjentów z objawami lęku napadowego i uogólnionego stwierdzono częstsze występowanie w przeszłości nadczynności tarczycy; jednak znamienne statystycznie było to tylko dla chorych z lękiem uogólnionym. Ograniczeniem tej pracy była mała liczebność grupy poddanej badaniu, podobnie jak w wypadku poprzednich prac [6]. Kohortowe badanie Enguma i wsp., dotyczące ponad 30,5 tys. osób w wieku 40–89 lat, prowadzi do zbieżnych wniosków. Autorzy ci podają, że ani kliniczne, ani nawet subkliniczne postacie zaburzeń hormonów tarczycy nie predestynowały do wystąpienia objawów lękowych czy depresyjnych, a czynnikiem zwiększającym ryzyko zachorowania na powyższe zaburzenia psychiczne była tylko i wyłącznie obecność w wywiadzie chorób tarczycy. Autorzy swoje doniesienie skwitowali żartobliwym i nieco prowokacyjnym tytułem pracy: „Zależność pomiędzy depresją, lękiem i funkcjonowaniem tarczycy — kliniczny fakt czy artefakt?” [7]. Przypadki skarg nerwicowych komplikujących obraz kliniczny schorzeń somatycznych czy wręcz osoby z „czystymi” nerwicami stanowią znaczny odsetek pacjentów leczonych przez lekarzy pierwszego kontaktu czy też lekarzy innych specjalności. Przykładem są chorzy kardiologiczni. W lecnictwie otwartym istotnym problemem diagnostycznym są bóle stenokardialne, niemające uzasadnienia w koronograficznych badaniach tętnic wieńcowych. Uważa się, iż u 15–60% tego typu pacjentów występują zaburzenia natury psychicznej. Najczęściej są to zaburzenia lękowe o typie lęku na-

padowego, jednak u niektórych pacjentów występują (czasami dodatkowo w stosunku do napadów lęku): zaburzenia depresyjne, zaburzenia w postaci somatycznej, hipochondryczne lub zespół lęku uogólnionego [8, 9]. Fleet i wsp. podają, że 25% pacjentów z bólami w klatce piersiowej w przebiegu zespołu lęku napadowego ma myśli samobójcze na kilka dni przed wystąpieniem skarg bólowych [10]. Dammen i wsp., badając około 200 kolejnych chorych zgłaszających się do leczenia otwartego z powodu bólów w klatce piersiowej, stwierdzili: po pierwsze — 38,2% z nich cierpiało na zespół lęku napadowego, przy czym odsetek ten wśród chorych bez zmian w badaniach naczyń wieńcowych wynosił aż 41,3%, a wśród pacjentów ze zmianami w tętnicach wieńcowych 21,9%; po drugie — w badanej populacji „jedynie” 16% chorych miało zmiany uchwytne w badaniach naczyń serca, a wśród pacjentów z napadami paniki odsetek ten był najniższy i wynosił 9,2% [11]. Zaburzenia lękowe w grupie osób zgłaszających się do poradni chorób serca były ponad 2-krotnie częstsze niż zaburzenia kardiologiczne potwierdzone w badaniach dodatkowych. Podobnie wysoki odsetek współwystępowania zaburzeń nerwicowych i depresyjnych można zaobserwować u pacjentów leczonych przez pulmonologów [12] czy otolaryngologów [13, 14].

Prezentowane prace mówią najczęściej o chorych zgłaszających się do lekarzy rodzinnych i internistów, względnie lekarzy innych specjalności. Jednak z jednej perspektywy należy oceniać przedstawione powyżej współwystępowanie zaburzeń nerwicowych u chorych somatycznie, a z innej współwystępowanie chorób somatycznych u osób z nerwicami. Ten ostatni aspekt autorzy postanowili oszacować w prezentowanej pracy.

Celem pracy było ustalenie zakresu i charakteru aktualnie współistniejących schorzeń somatycznych u pacjentów leczonych z powodu zaburzeń nerwicowych na Oddziale Nerwic Kliniki Chorób Psychiczych i Zaburzeń Nerwicowych Akademii Medycznej w Gdańsku w latach 2000–2003.

Materiał i metody

Materiał badawczy stanowiło 117 pacjentów leczonych na Oddziale Nerwic Akademii Medycznej w Gdańsku w latach 2000–2003, u których w trakcie pobytu zdiagnozowano według ICD-10 co najmniej jedno zaburzenie z grupy: **zaburzenia nerwicowe związane ze stresem i pod postacią somatyczną**, czyli F40–F48. Średnia wieku pacjentów wynosiła $39,9 \pm 11,0$ lat. Kobiet było 90, czyli 76,9%, ich średnia wieku: $40,9 \pm 10,8$ roku; mężczyzn 27, czyli 23,1%, ich średnia

Tabela 1. Rozpoznanie psychiatryczne według ICD-10 w badanej grupie**Table 1.** The psychiatric diagnosis according to ICD-10 in the investigated group

	F40 i F41 z wyjątkiem F41.2	F41.2	F42	F43	F44	F45	F48
Mężczyźni	19 (59,3%)	5 (15,5%)	4 (14,8%)	1 (3,7%)	1 (3,7%)	3 (11,1%)	2 (7,4%)
Kobiety	34 (37,8%)	37 (41,1%)	3 (3,3%)	0 (0%)	2 (2,2%)	13 (14,4%)	4 (4,4%)
Razem	53 (45,3%)	42 (35,9%)	7 (6,0%)	1 (0,9%)	3 (2,6%)	16 (13,7%)	6 (5,1%)

F40 i F41 z wyjątkiem F41.2 — zaburzenia lękowe (depresyjne i lękowe wyodrębnione ze względu na dużą liczebność), F41.2 — zaburzenia depresyjne i lękowe, F42 — zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne, F43 — zaburzenia adaptacyjne, F44 — zaburzenia dysocjacyjne (konwersyjne), F45 — zaburzenia występujące pod postacią somatyczną, F48 — inne postacie nerwic (wszyscy pacjenci cierpieli na zaburzenia neurasteniczne)

wieku: $36,2 \pm 10,9$ roku. Różnica wieku pomiędzy mężczyznami i kobietami była na granicy znamienności statystycznej (test t, $p = 0,053$). Kobiety stanowiły 24,5% osób leczonych w tym czasie na oddziale, mężczyźni stanowili 34,6%. Liczbę rozpoznań przedstawiono w tabeli 1. Ponieważ czasami rozpoznawano dwie jednostki chorobowe (np. zaburzenia lękowe i obsesyjno-kompulsyjne), suma przekracza 100%.

Metodą oceny współchorobowości była analiza dokumentacji chorych. Za pacjentów ze schorzeniami somatycznymi z którejś z poniżej prezentowanych grup uznano chorych, którzy spełniali następujące kryteria:

- wcześniej stwierdzono schorzenie z danej grupy i ze względu na utrzymujące się objawy obecne były wskazania do przyjmowania leków lub stosowania jakiejś innej formy postępowania leczniczego (np. zabiegów rehabilitacyjnych);
- pacjent był w czasie pobytu konsultowany z powodu podejrzenia choroby z danej grupy i konsultant uznał za celowe włączenie leczenia bądź przeprowadzenie badania dodatkowego, którego wynik potwierdził chorobę;
- przypadki „prostszych” schorzeń, gdy autorzy sami uznali za wskazane leczenie schorzenia somatycznego i włączyli je.

W pracy wykorzystano statystykę opisową oraz testy: t i χ^2 .

Wyniki

Na 117 pacjentów u 57 (48,1%) występowały dodatkowe schorzenia somatyczne. Wśród kobiet grupa osób zdrowych somatycznie liczyła 41 pacjentek (45,6%). Spośród kobiet chorych 21 (23,3%) pacjentek miało 1 schorzenie, 14 (15,6%) 2 schorzenia, 10 (11,1%) 3 schorzenia, 4 (4,4%) osoby po 4 i więcej schorzeń. Średnia wieku kobiet ze schorzeniami somatycznymi ($44,4 \pm 10,7$ roku) była znamienne statystycznie wyższa (test t, $p = 0,0006$) niż średnia wieku kobiet bez schorzeń somatycznych ($36,8 \pm 9,5$ roku). W grupie mężczyzn 19 (70,4%) osób nie miało schorzeń somatycznych, po 4 (14,8%) osoby miały odpowiednio po 1 i 2 schorzenia. Średnia wieku mężczyzn bez schorzeń somatycznych ($40,5 \pm 13,1$ roku) też była wyższa od pozostałych z zaburzeniami nerwowymi ($34,4 \pm 9,6$ roku), ale różnica ta nie była znamienna statystycznie (test t, $p = 0,189$). Współchorobowość w odniesieniu do najważniejszych narządów i typów zaburzeń przedstawiają tabele 2 i 3.

Największą liczbę schorzeń stanowiły zaburzenia neurologiczne i ze strony przewodu pokarmowego. Wynik ten należy jednak krótko skomentować. W pierwszej z tych grup, czyli zaburzeń neurologicznych, dominowały zmiany niedokrwienne spowodowane miażdżycą naczyń domózgowych, względnie zmianami zwyrodnieniowymi kręgosłupa szyjnego. Dlatego ta grupa chorych częściowo pokrywa się w z grupą

Tabela 2. Choroby współistniejące w badanej grupie**Table 2.** The comorbid somatic disorders in the investigated group

	Choroby serca	Choroby naczyniowe	Choroby układu oddechowego	Choroby przewodu pokarmowego	Choroby układu hormonalnego	Choroby neurologiczne	Nowotwory łagodne
Mężczyźni	0 (0%)	2 (7,4%)	2 (7,4%)	4 (14,8%)	0 (0%)	1 (3,7%)	0 (0%)
Kobiety	3 (3,3%)	12 (13,3%)	4 (4,4%)	14 (15,6%)	13 (14,4%)	17 (18,9%)	1 (1,1%)
Razem	3 (2,6%)	14 (12,0%)	6 (5,1%)	18 (15,4%)	13 (11,1%)	18 (15,4%)	1 (0,9%)

Tabela 3. Choroby współistniejące w badanej grupie (cd.)**Table 3.** The comorbid somatic disorders in the investigated group (continuation)

	Choroby okulistyczne	Choroby laryngologiczne	Choroby zwyrodnieniowe	Choroby ginekologiczne	Choroby dermatologiczne	Choroby hematologiczne	Uczulenia (poza astmą)
Mężczyźni	1 (3,7%)	0 (0%)	2 (7,4%)	Nie dotyczy	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Kobiety	6 (6,7%)	6 (6,7%)	9 (10%)	4 (4,4%)	2 (2,2%)	4 (4,4%)	3 (3,3%)
Razem	7 (6,0%)	6 (5,1%)	11 (9,4%)	4 (4,4%)	2 (1,7%)	4 (2,6%)	3 (2,6%)

osób z chorobami naczyniowymi i zwyrodnieniowymi. Jedynie u 6 chorych (5,1%) można mówić o schorzeniach typowo neurologicznych, czyli o padaczce i migrenie. Nieco podobna sytuacja, to znaczy zawyżenie wyników, dotyczy schorzeń przewodu pokarmowego, gdzie z kolei dominowały niewielkie dolegliwości gastryczne, najczęściej zmiany zapalne śluzówki żołądka i dwunastnicy, występujące po zażywanych lekach. Odsetek osób z poważniejszymi schorzeniami (powikłania wirusowego zapalenia wątroby, choroba wrzodowa) wynosił zaledwie 4,3% (5 osób). Dlatego spośród oszacowanych „poważniejszych” chorób za najbardziej rozpowszechnione należy uznać: schorzenia naczyniowe, jak nadciśnienie tętnicze, często powikłane zaburzeniami lipidowymi i miażdżycą, następnie choroby układu wewnątrzwydzielniczego i w dalszej kolejności choroby zwyrodnieniowe. Grupa chorych ze skargami stenokardialnymi w całości zawierała się w grupie pacjentów z zaburzeniami naczyniowymi. Spośród osób z chorobami endokrynologicznymi 10 pacjentów (8,5%) miało zaburzenia tarczycy. Jedynie 3 (2,6%) osoby miały inne zaburzenia (cukrzycę, otyłość prostą).

Zmiany zwyrodnieniowe we wszystkich przypadkach dotyczyły części proksymalnych kośćca (kręgosłupa, stawów biodrowych). W grupie pacjentów z chorobami układu oddechowego poza 1 osobą z pylicą pozostali pacjenci cierpieli na astmę. Schorzenia laryngologiczne dotyczyły zawrotów głowy pochodzenia błędnikowego. Spośród 4 kobiet chorych na schorzenia hematologiczne u 3 występowała anemia, u jednej trombocytopenia. Jeden przypadek nowotworu łagodnego dotyczył guza piersi.

Dyskusja

Porównanie badań współchorobowości powoduje dość duże trudności ze względu na różnice metodologiczne pomiędzy nimi. Jedną z przyczyn nieporównywalności wyników jest różna kategoryzacja schorzeń. Poniżej przedstawiono 3 metody odniesienia wyników autorów do innych prac.

Na początku zostaną porównane otrzymane rezultaty z „ogólnymi” danymi epidemiologicznymi dotyczącymi sytuacji zdrowotnej w Polsce. Wykorzystane zostaną dane z raportu opublikowanego w 2002 roku, czyli w jednym z lat, w których przeprowadzono badanie [15]. Należy jednak zauważyć, iż wiele danych tego raportu opiera się na wcześniejszych doniesieniach.

Nie istnieją dokładne dane dotyczące całkowitego rozpowszechnienia chorób psychicznych. Jako wskaźnik zastępczy rozpowszechnienia tych zaburzeń w społeczeństwie zwyczajowo stosuje się częstość samobójstw. W polskim społeczeństwie pod koniec lat 90. XX wieku był on 6,1-krotnie wyższy u mężczyzn niż u kobiet. Jednak inaczej wygląda sytuacja epidemiologiczna dotycząca zaburzeń nerwicowych. W badanej przez autorów populacji mężczyzn było ponad 3 razy mniej niż kobiet. Wcześniejsze polskie badania dotyczące chorych na zaburzenia nerwicowe mówią o przewadze kobiet w stosunku 1,5–2:1 [16]. Przewaga kobiet w prezentowanym materiale badawczym jest nadmierna, co należy uznać za pewną wadę pracy autorów, nie w pełni oddającej odsetek ptci.

Liczba osób niepełnosprawnych z orzeczeniem prawnym wynosi 15% populacji powyżej 15 rż. Szacuje się, iż kolejne 3% społeczeństwa stanowią osoby niepełnosprawne bez orzeczenia prawnego. Wśród przedstawionych pacjentów Oddziału Nerwic rozpowszechnienie zaburzeń somatycznych było zatem około 2,5-krotnie wyższe. Jednak nie należy zapominać, iż wykorzystane w porównaniu 15% i 3% polskiego społeczeństwa to osoby, u których choroba doprowadziła już do inwalidztwa. Zatem liczby te nie mogą służyć jako punkt odniesienia. Można jednak porównać liczbę schorzeń i ich rodzaje. Spośród osób z orzeczoną niepełnosprawnością 53% miało więcej niż 1 chorobę. W materiale autorów odsetek był zbliżony i wynosił 56%. Za 45% orzeczonych niepełnosprawności były odpowiedzialne choroby układu sercowo-naczyniowego i zwyrodnieniowe. W ocenianej populacji chorych Oddziału Nerwic Akademii Medycznej w Gdańsku odsetek tych schorzeń także był bardzo wysoki.

Porównajmy teraz otrzymane wyniki z wynikami dotyczącymi ogólnego rozpowszechnienia chorób w społeczeństwie. Użyjemy wyników Światowej Organizacji Zdrowia (WHO, *World Health Organization*), dotyczących ogólnej populacji osób powyżej 15 rż. w 2002 roku, oceniających występowanie na świecie 10 najbardziej rozpowszechnionych chorób, które zaburzają codzienne funkcjonowanie (tzw. choroby DALYs, *disability-adjusted life years*) [17]. Poniżej podano wyłącznie kategorie występujące wśród naszych pacjentów (zrezygnowano m.in. z AIDS, gruźlicy, rozpowszechnionych zwłaszcza w krajach Trzeciego Świata, schorzeń psychiatrycznych, urazów, a także udarów mózgu nieobecnych w zbadanej przez autorów populacji). Według tego raportu, w populacji kobiet występowanie schorzeń serca wynosiło 5,3%, zaśmy 3,1%, zaburzeń słuchu 2,8%, przewlekłej choroby obturacyjnej płuc 2,7%, zmian zwyrodnieniowych 2,0%, cukrzycy 1,9%. W populacji mężczyzn rozpowszechnienie schorzeń było następujące: zaburzenia kardiologiczne 6,8%, przewlekła choroba obturacyjna płuc 3,1%, zaburzenia słuchu 2,7%. Porównanie z tymi danymi jest jednak trudne, gdyż raport WHO mówi jedynie o chorobach, które utrudniają codzienne funkcjonowanie. Wyniki te są zatem metodologicznie bliższe wynikom z poprzedniego raportu niż danym uzyskanym przez autorów. Zwraca uwagę fakt, iż w ocenianej populacji pacjentów oddziału nerwic rozpowszechnienie schorzeń serca jest niższe niż w populacji ogólnej, częstsze są natomiast zmiany zwyrodnieniowe.

Kolejne porównanie będzie dotyczyło danych związanych z występowaniem chorób przewlekłych w Polsce, w populacji osób dorosłych [18]. Takie porównanie wydaje się najbardziej miarodajne. Poniżej podano chorobowość w 10 dostępnych kategoriach. Niestety, nie zawsze pokrywają się one z wyodrębnionymi przez autorów kategoriami schorzeń.

Porównanie tabel 2 i 3, które przedstawiają współchorobowość pacjentów z oddziału nerwic z wynikami przedstawionymi przez Główny Urząd Statystyczny (GUS), wyraźnie wskazuje, iż osoby z zaburzeniami nerwowymi charakteryzują się niższym odsetkiem występowania chorób w zakresie wszystkich schorzeń ujętych w tabeli 4. Już ogólna liczba osób ze schorzeniami somatycznymi jest w populacji zaprezentowanej przez autorów niższa niż w ogólnej populacji Polski. Co więcej, jest to w wypadku obu płci znamienne statystycznie (test χ^2 : $p = 0,0068$ dla kobiet i $p = 0,0067$ dla mężczyzn, przy potraktowaniu danych GUS w charakterze rozkładu rzeczywistego).

Tabela 4. Odsetek występowania w Polsce wybranych schorzeń u osób powyżej 15 rż.

Table 4. The percentage of appearance selected illnesses among people above 15 years old in Poland

Schorzenia	Ogółem	Kobiety	Mężczyźni
Ogółem	62,1	68,0	55,5
Choroba nadciśnieniowa	16,4	19,2	13,3
Choroba niedokrwienności serca	10,5	12,1	8,8
Inne choroby serca	7,7	9,2	6,0
Miażdżyca	7,1	8,0	6,1
Reumatoidalne zapalenie stawów	17,8	22,4	12,7
Choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy	7,6	6,1	9,2
Choroby wątroby	7,6	10,2	4,8
Alergie	9,1	11,2	6,9
Choroby kości	20,8	23,4	18,0

Niestety, ze względu na brak adekwatnych danych epidemiologicznych, nie można porównać wszystkich chorób. Jednak na podstawie dostępnych porównań można zaryzykować stwierdzenie, iż odsetek współwystępowania schorzeń somatycznych u osób hospitalizowanych na Oddziale Nerwic AMG przynajmniej nie jest wyższy niż w ogólnej populacji, jeśli nie jest niższy. Nawiązując do dwóch przedstawionych we wstępie prac dotyczących współchorobowości schorzeń tarczycy [6, 7], należy zauważyć, iż aż u 8,5% całej badanej populacji występowały zaburzenia sekrecji hormonów tarczycy (głównie hipertyreoza). Czyżby był to kolejny „artefakt”?

Dość trudno jest ocenić zależność przyczynowo-skutkową objawów nerwicowych (głównie lęku) i objawów somatycznych. Dodatkowe schorzenia somatyczne występowały głównie u osób starszych. W wypadku kobiet różnica ta była znamienne statystycznie i wynosiła prawie 10 lat. Nie można wykluczyć, iż u części osób pojawiły się dodatkowe choroby związane po prostu ze starszym wiekiem.

Ograniczenia metodyczne pracy

U pacjentów zdiagnozowano jedynie tak zwane wyraźne potrzeby zdrowotne. Jednostki chorobowe, które pacjenci pominieli, zataili lub które nie miały jeszcze klinicznie uchwytanych symptomów, nie zostały wliczone. W wypadku pacjentów nerwicowych ta niedokładność jest jednak zminimalizowana ze względu na charakteryzujące ich nastawienie samoobserwacyjne, hipochondryczne i nerwicowy egocentryzm.

Drugim ograniczeniem był brak dostępności niektórych konsultacji. W przypadku schorzeń stomatologicznych i ginekologicznych konsultacje zostały zredukowane jedynie do nagłych przypadków.

Ostatnim, już wspomnianym ograniczeniem jest mała reprezentacja mężczyzn.

Wnioski

1. Oszacowana grupa pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi przy porównaniu z ogólną populacją Polski nie prezentowała wyższego współwystępowania chorób somatycznych.
2. Najwyższą współchorobowość z zaburzeniami nerwicowymi wykazywały choroby przewodu pokarmowego i schorzenia neurologiczne, jednak pacjenci najczęściej cierpieli na niegroźne schorzenia z tej grupy.
3. Spośród chorób wymagających stałego, specjalistycznego leczenia najczęściej współwystępowały choroby układu sercowo-naczyniowego, zaburzenia hormonalne i choroby zwyrodnieniowe układu kostnego.

Streszczenie

Wstęp. Wśród chorych leczonych przez lekarzy rodzinnych i innych specjalistów znaczną grupę stanowią pacjenci ze współistniejącymi zaburzeniami psychicznymi.

Materiał i metody. Badaniu poddano pacjentów leczonych na Oddziale Nerwic Akademii Medycznej w Gdańsku w latach 2000–2003, u których w trakcie pobytu zdiagnozowano według ICD-10 co najmniej jedno zaburzenie z grupy: „zaburzenia nerwicowe związane ze stresem i pod postacią somatyczną”.

Liczba pacjentów: 117. Średnia wieku $39,9 \pm 11,0$ lat. Kobiet było 90 (76,9%), średnia wieku: $40,9 \pm 10,8$ roku; mężczyzn było 27 (23,1%), średnia wieku: $36,2 \pm 10,9$ roku.

Wyniki. Pięćdziesięciu siedmiu pacjentów (48,1%) miało dodatkowe schorzenia somatyczne. Grupa kobiet zdrowych somatycznie liczyła 41 osób (45,6%). Spośród chorych 21 (23,3%) pacjentek miało 1 schorzenie, 14 (15,6%) 2 schorzenia, 10 (11,1%) 3 schorzenia, 4 (4,4%) osoby po 4 i więcej schorzeń. W grupie mężczyzn 19 (70,4%) osób nie miało schorzeń somatycznych, po 4 (14,8%) osoby miały odpowiednio po 1 i 2 schorzenia.

Wyniki. Oszacowana grupa pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi przy porównaniu z ogólną populacją Polski nie prezentowała wyższego współwystępowania chorób somatycznych. W badanej przez autorów grupie chorych najwyższą współchorobowość z zaburzeniami nerwicowymi wykazywały choroby przewodu pokarmowego i schorzenia neurologiczne.

słowa kluczowe: zaburzenia nerwicowe, współchorobowość chorób somatycznych

PIŚMIENNICTWO

1. Smith G.C. The future of consultation-liaison psychiatry. Aust. N. Zealand J. Psychiatr. 2003; 37: 150–157.
2. Rogers M.P., White K., Warshaw M.G. Prevalence of medical illness in patients with anxiety disorders. Int. J. Psychiatry Med. 1994; 24: 83–96.
3. Tükel R., Kora K., Hekim N., Oguz H., Alagol F. Thyrotropin stimulating hormone response to thyrotropin releasing hormone in patients with anxiety disorders. Psychoneuroendocrinology 1999; 24: 155–160.
4. Marangell B., Callahan A. M. Mood disorders and thyroid axis. Curr. Opin. Psychiatry 1998; 11: 67–70.
5. Jackson I.M. The thyroid axis and depression. Thyroid. 1998; 8: 951–956.
6. Simon N.M., Blacker D., Korbly N.B. i wsp. Hypothyroidism and hyperthyroidism in anxiety disorders revisited: new data and literature review. J. Affect. Dis. 2002; 69: 209–217.
7. Engum A., Bjero T., Mykkluten A., Dahl A.A. An association between depression, anxiety and thyroid function — a clinical fact or an artefact? Acta Psychiatr. Scand. 2002; 106: 27–34.
8. Carter C., Servant-Schreiber D., Perlstein W. Anxiety disorder and the syndrome of chest pain with normal coronary arteries: prevalence and pathophysiology. J. Clin. Psychiatr. 1997; 58: 70–73.
9. Potts S., Bass C.M. Psychological morbidity in patients with chest pain and normal or near normal coronary arteries: a long-term follow-up study. Psychol. Med. 1995; 25: 339–347.
10. Fleet R.P., Dupuis G., Marchand A., Burelle D., Arseneault A., Beitmann B. D. Panic disorder in emergency department chest pain patients: prevalence, comorbidity, suicidal ideation and physician recognition. Am. J. Med. 1996; 101: 371–380.
11. Dammen T., Arnesen H., Ekeberg Ø., Husebye T., Friis S. Panic disorder in chest pain patients referred for cardiological outpatients investigation. J. Int. Med. 1999; 245: 497–507.
12. Verburg K., Griez E., Meijer J., Pols H. Respiratory disorders as a possible predisposing factor for panic disorder. J. Affect. Dis. 1995; 33: 129–134.
13. Kroenke K., Hoffman R.M., Einstadter D. How common are various causes of dizziness? A critical review. South. Med. J. 2000; 93: 160–167.
14. Persoons P., Luyck K., Desloovere C., Vandenberghe J., Fischler B. Anxiety and mood disorders in otorhinolaryngology outpatients presenting with dizziness: validation of the self-administered PRIME-MD Patient Health Questionnaire and epidemiology. Gen. Hosp. Psychiatr. 2003; 25: 316–323.
15. Najważniejsze elementy sytuacji zdrowotnej w Polsce. Państwowy Zakład Higieny. Warszawa 2002.
16. Leder S. Nerwice. W: Dąbrowski S., Jaroszyński J., Puzyński S. (red.). Psychiatria. PZWL, Warszawa 1989: 160–210.
17. Global burden of coronary heart disease. www.who.int/cardiovascular_diseases/en/cvol_Atlas_13_coronary_HD.pdf
18. Występowanie chorób przewlekłych wśród osób dorosłych. GUS. Warszawa 1996.