

Γενικευμένη αγχώδης διαταραχή: Επιδημιολογικά δεδομένα

Αν και το γενικευμένο, επίμονο και ελεύθερα επιπλέον άγχος έχει περιγραφεί από τον Freud το 1894, ο διαγνωστικός όρος Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή (ΓΑΔ) εμφανίζεται για πρώτη φορά στη διαγνωστική ταξινόμηση του DSM-III το 1980, όπου και διαχωρίζεται από τη διαταραχή πανικού, με την οποία συνέθεταν μαζί τον όρο «αγχώδης νεύρωση». Στις επόμενες διαγνωστικές κατατάξεις, το DSM-III-R και το DSM-IV, καθώς και στο ICD-10, ο όρος ΓΑΔ διατηρείται, αλλά κάθε φορά αλλάζουν σε σημαντικό βαθμό τα διαγνωστικά κριτήρια. Η συνέπεια των συχνών αυτών αλλαγών είναι να μην υπάρχουν πολλά και σε βάθος χρόνου συγκρίσιμα επιδημιολογικά στοιχεία.

Ο επιπολασμός της ΓΑΔ π.χ. εξαρτάται σε σημαντικό βαθμό από τη χρήση του διαγνωστικού ταξινομικού συστήματος που χρησιμοποιεί κάθε μελέτη. Γενικά, οι μελέτες που χρησιμοποιούν το DSM-III αναφέρουν μεγαλύτερα ποσοστά σε σχέση με εκείνες που χρησιμοποιούν το DSM-III-R, οι οποίες με τη σειρά τους καταγράφουν υψηλότερα ποσοστά σε σύγκριση με τις έρευνες που βασίζονται στα διαγνωστικά κριτήρια του DSM-IV. Επιπροσθέτως, μεγαλύτερες αναλογίες αναφέρονται με τη χρήση του ICD-10, τόσο σε σχέση με το DSM-III-R όσο και σε σχέση με το DSM-IV. Τα κριτήρια του DSM-IV είναι τα «αυστηρότερα», μια και υπάρχει το κριτήριο ότι ο ασθενής είναι δύσκολο να ελέγξει τη βιούμενη ανησυχία και το κριτήριο της υποκειμενικής ενόχλησης ή μείωσης της λειτουργικότητας, που δεν υπάρχουν στα άλλα ταξινομικά συστήματα, ενώ επιπροσθέτως δεν υπάρχουν τα συνοδά συμπτώματα από το αυτόνομο νευρικό σύστημα.

Ο επιπολασμός της ΓΑΔ στο γενικό πληθυσμό κυμαίνεται από 2,3-10,5% ως διάγνωση σ' όλη τη ζωή, από 1,1-5% ως διάγνωση ενός έτους και από 0,8-4,5% ως τρέχουσα διάγνωση. Σε σύγκριση με τις άλλες αγχώδεις διαταραχές, η ΓΑΔ στην κοινότητα είναι συχνότερη σε σύγκριση με τη διαταραχή πανικού και την ψυχαναγκαστική-καταναγκαστική διαταραχή, ενώ συγκριτικά με την αγοραφοβία και την κοινωνική φοβία υπάρχουν αντικρουόμενα στοιχεία που έχουν σχέση και πάλι με τα χρησιμοποιούμενα ταξινομικά συστήματα. Σύμφωνα με μελέτες που χρησιμοποιούν τα κριτήρια DSM-III, η ΓΑΔ εμφανίζεται συχνότερα από τις δύο προαναφερθείσες διαταραχές, ενώ το αντίστροφο προκύπτει από μελέτες που βασίζονται στα κριτήρια του DSM-III-R.

Η ΓΑΔ είναι πολύ συχνή σε μονάδες πρωτοβάθμιας περίθαλψης, με επιπολασμό που κυμαίνεται από 2,9-22,6% ως τρέχουσα διάγνωση. Και στην πρωτοβάθμια περίθαλψη οι διαφοροποιήσεις που υπάρχουν εξαρτώνται από τη χρήση των διαγνωστικών κριτηρίων, με τις μελέτες που χρησιμοποιούν τα κριτήρια ICD-10 να παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά. Πέρα όμως από αυτό, φαίνεται να παίζουν ρόλο και άλλοι παράγοντες που έχουν σχέση πιθανώς με πολιτισμικά χαρακτηριστικά ή/και με τον τρόπο που είναι οργανωμένες οι υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης σε κάθε χώρα. Όπως προκύπτει από τη συντριπτική πλειονότητα των ερευνών, η ΓΑΔ είναι η συχνότερη αγχώδης διαταραχή στην πρωτοβάθμια φροντίδα.

Τόσο στο γενικό πληθυσμό όσο και στην πρωτοβάθμια περίθαλψη υπάρχει ένα όχι ευκαταφρόνητο ποσοστό ασθενών που δεν πληροί όλα τα κριτήρια της ΓΑΔ και ανήκει στην κατηγορία της «υπο-ουδικής» (sub-threshold) ΓΑΔ. Ο ετήσιος επιπολασμός της «υπο-ουδικής» ΓΑΔ στην κοινότητα, σύμφωνα με πρόσφατη μελέτη και με τα κριτήρια

του DSM-IV, είναι 2,1%, ενώ, αν μειωθεί και το κριτήριο της διάρκειας από 6 σε 1 μήνα, ανεβαίνει στο 7,8%. Αντίστοιχα στην πρωτοβάθμια φροντίδα ως τρέχουσα διάγνωση και με τα κριτήρια του ICD-10 ανέρχεται σε 4,1%. Τα ποσοστά αυτά έχουν ιδιαίτερη σημασία, διότι τα άτομα αυτά παρουσιάζουν σημαντικού βαθμού κοινωνική δυσλειτουργικότητα, που είναι μεγαλύτερη από εκείνη που παρουσιάζουν ασθενείς με χρόνιες σωματικές παθήσεις. Ένα πρόβλημα που υπάρχει στις μονάδες πρωτοβάθμιας περίθαλψης είναι τα μικρά ποσοστά ανίχνευσης της ΓΑΔ από τους γιατρούς (< 50%). Τα ποσοστά αυτά είναι αρκετά μικρότερα από εκείνα της διαταραχής πανικού (62%). Οι ασθενείς προβάλλουν συνήθως σωματικά συμπτώματα, όπως μυϊκή τάση, αϋπνία, κεφαλαλγίες ή συμπτώματα ευερέθιστου εντέρου, και το στοιχείο αυτό σε συνδυασμό με τη συχνή συνύπαρξη της ΓΑΔ με σωματικές νόσους - π.χ. η συνύπαρξη ΓΑΔ με αρτηριακή υπέρταση είναι διπλάσια του αναμενομένου - δυσχεραίνει την ανίχνευση, μια και ο γιατρός επικεντρώνεται στη σωματική νόσο. Επιπρόσθετος βέβαια παράγων είναι η ελλιπής εκπαίδευση των γιατρών της πρωτοβάθμιας φροντίδας.

Αντίθετα από τις μονάδες πρωτοβάθμιας περίθαλψης, στις μονάδες ψυχικής υγείας η ΓΑΔ αποτελεί τη λιγότερο συχνή αγχώδη διαταραχή.

Ως προς τα δημογραφικά στοιχεία, φαίνεται ότι η ΓΑΔ στο γενικό πληθυσμό εμφανίζεται σε διπλάσιο ποσοστό στις γυναίκες, σε σχέση με τους άνδρες, ενώ επίσης σε μεγαλύτερη αναλογία υπάρχει στους ανέργους, τις νοικοκυρές και τους διαζευγμένους-χωρισμένους ή χήρους. Η ηλικία έναρξης της ΓΑΔ είναι συνήθως νωρίς στη ζωή του ατόμου. Οι μισοί από τους προσερχόμενους για θεραπεία αναφέρουν ηλικία έναρξης στην εφηβική ηλικία. Βέβαια, δεν αποκλείεται και η έναρξη στην ενήλικη ζωή. Έχει διατυπωθεί η άποψη ότι τα άτομα με πρώιμη έναρξη αναφέρουν στο ιστορικό τους προβλήματα στην οικογενειακή ζωή τους, είναι παιδιά συνεσταλμένα, με περισσότερους φόβους και δυσκολία στις διαπροσωπικές σχέσεις. Αντίθετα, η όψιμη έναρξη σχετίζεται με την ύπαρξη στρεσογόνου γεγονότος στη ζωή του ατόμου. Η ύπαρξη τέτοιου γεγονότος τριπλασιάζει την πιθανότητα ανάδυσης ΓΑΔ τον επόμενο χρόνο.

Η πορεία της ΓΑΔ είναι χρονία, με διακυμάνσεις όμως ως προς την ένταση των συμπτωμάτων που χειροτερεύουν σε περιόδους stress. Ο υψηλότερος επιπολασμός ως διάγνωση σ' όλη τη διάρκεια της ζωής εμφανίζεται σε ηλικίες άνω των 45 ετών, ενώ ο τρέχων επιπολασμός εμφανίζεται σε μεγαλύτερο ποσοστό στο ηλικιακό φάσμα 25-34 ετών.

Ένα σημαντικό χαρακτηριστικό της ΓΑΔ είναι η υψηλή συννοσηρότητα που εμφανίζει με άλλα κλινικά σύνδρομα, μεγαλύτερη από ό,τι οι άλλες αγχώδεις διαταραχές. Η μεγάλη αυτή συωσηρότητα προκύπτει τόσο από μελέτες στην κοινότητα όσο και από μελέτες στην πρωτοβάθμια περίθαλψη ή σε μονάδες ψυχικής υγείας και κυμαίνεται από 65-78% όσον αφορά σε τρέχουσα συνυπάρχουσα διάγνωση και μέχρι 98% ως διάγνωση σ' όλη τη διάρκεια της ζωής. Φαίνεται ότι οι γυναίκες εμφανίζουν σημαντικά μεγαλύτερη συννοσηρότητα της ΓΑΔ με άλλα κλινικά σύνδρομα σε σύγκριση με τους άνδρες. Η πιο συχνή συνυπάρχουσα διάγνωση είναι η μείζων κατάθλιψη. Η ΓΑΔ συνήθως έχει μικρότερη ηλικία έναρξης από τις συνυπάρχουσες διαταραχές, με εξαίρεση την κοινωνική φοβία και τις ειδικές φοβίες. Η πιθανότητα για συννοσηρότητα αυξάνεται σημαντικά με την πρόοδο του χρόνου π.χ., η συνύπαρξη μείζονος κατάθλιψης σε ΓΑΔ από 39% ανήλθε στο 65% μετά από 4 χρόνια και στο 75% μετά από 8 χρόνια. Η συννοσηρότητα έχει σημαντική κλινική σημασία, διότι συνεπάγεται βαρύτερη συμπτωματολογία και συνολική ψυχοπαθολογία, μεγαλύτερη δυσλειτουργικότητα, περισσότερα προβλήματα στις διαπροσωπικές σχέσεις, χειρότερη πρόγνωση και λιγότερο ευνοϊκή θεραπευτική απάντηση.

Συμπερασματικά, η ΓΑΔ είναι συχνή αγχώδης διαταραχή στην κοινότητα, η πιο συχνή αγχώδης διαταραχή στην πρωτοβάθμια φροντίδα και όχι τόσο συχνή σε ψυχιατρικές υπηρεσίες. Ο επιπολασμός της δεν είναι απολύτως γνωστός, διότι εξαρτάται από τα διαγνωστικά κριτήρια που χρησιμοποιούνται και με δεδομένο τις

συχνές αλλαγές στα κριτήρια αυτά δεν είναι δυνατόν να έχουμε πλήρως συγκρίσιμα και σε βάθος χρόνου στοιχεία. Εμφανίζεται σε διπλάσιο ποσοστό σε γυναίκες, κυρίως συνυπάρχοντας σ' αυτές με άλλα σύνδρομα. Η έναρξή της είναι στις περισσότερες περιπτώσεις νωρίς στη ζωή του ατόμου, έχει πορεία χρόνια, με διακυμάνσεις βέβαια των συμπτωμάτων, ενώ ο μεγαλύτερος τρέχων επιπολασμός είναι στις ηλικίες 25-34 ετών. Εμφανίζει υψηλή συννοσηρότητα με άλλα κλινικά σύνδρομα, κυρίως με κατάθλιψη. Τέλος, έχει σημαντική αρνητική επίπτωση στη συνολική λειτουργικότητα του ατόμου, που είναι μεγαλύτερη στις περιπτώσεις που υπάρχει συννοσηρότητα.

Γ. Γαρυφαλλος

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Wittchen HU, Hoyer J. Generalized anxiety disorder: Nature and course. *J Clin Psychiatry* 2001, 62 (Suppl 11):15-19
2. Ustun T, Sartorius N. Mental Illness in General Health Care: An International Study. John Wiley & Sons, Chichester, 1995.
3. Maier W, Gansicke M, Freyberger H, et al. Generalized anxiety disorder (ICD-10) in primary care from a cross-cultural perspective: a valid diagnostic entity? *Acta Psychiatr Scand* 2000, 101:29-36.
4. Carter R, Wittchen HU, Pfister H, Kessler R. One year prevalence of subthreshold and threshold DSM-IV generalized anxiety disorder in a national representative sample. *Depression and Anxiety* 2001, 13:78-88.
5. Weiller E, Bisslerbe J, Maier W, Lecrubier V. Prevalence and recognition of anxiety syndromes in five European primary care settings. A report from the WHO study on psychological problems in general health care. *BrJ Psychiatry* 1998, 173 (Suppl 34):8-23.
6. Hoehn-Saric R, Hazlett R, McLeod D. Generalized anxiety disorder with early and late onset of anxiety symptoms. *Compr Psychiatry* 1993,34:291-298.
7. Garyfallos G, Adamopoulou A, Karastergiou A, et al. Psychiatric comorbidity in Greek patients with generalized anxiety disorder. *Psychopathology* 1999, 32:308-318.
8. Bruce S, Machan J, Dyck I, Keller M. Infrequency of "pure" GAD: Impact of psychiatric comorbidity on clinical course. *Depression and Anxiety* 2001, 14:219-225.