
Nerimas sergant somatinėmis ligomis

A. Deksnytė
R. Aranauskas

*Respublikinė Vilniaus
psichiatrijos ligoninė*

Santrauka. Vienas iš dažniausių psichikos fenomenų, sergant somatinėmis ligomis, yra nerimas. Nerimo priežastys gali būti skirtingos. Psichogeninis arba reakcinis nerimas išsivysto kaip emocinė reakcija į somatinę ligą, į gyvenimo pakitimus, susijusius su liga. Somatogeninis arba organinis nerimas yra susijęs su somatinės ligos patofiziologija ir dažniausiai reiškiasi endokrininių sutrikimų metu. Šiame straipsnyje apžvelgiamos dažniausios nerimo formos, sutinkamos somatinėje medicinoje, dažniausios ligos, kurių metu pasireiškia nerimas, taip pat pateikiama psichogeninio ir somatogeninio nerimo diferenciacija.

Raktažodžiai: organinis nerimo sindromas, somatogeninis nerimas, nerimo formos.

Neurologijos seminarai 2005; 9(24): 97–101

Nerimas somatinėje medicinoje. Nerimas – dažniausia emocija, mus lydinti nuo gimimo iki mirties. Jis gali pasireikšti įvairiomis formomis, tokiomis kaip nenustygimas vietoje, nemiga, hiperaktyvumas, dirglumas, daugiažodžiavimas ar pyktis [1]. Sergantiems somatine liga nerimas būna kur kas dažnesnis nei fiziškai sveikiems žmonėms. Hospitalizuotų pacientų nerimas gali pasiekti net panikos lygį. Tuomet jį lydi hiperventiliacija, tremoras, krečia šaltis, būna šaltos ir prakaituotos rankos, pacientai skundžiasi dėl širdies, kvėpavimo, virškinamojo trakto bei šlapimo sistemų sutrikimų. Dažnai nemalonūs pojūčiai krūtinėje gydytojų įvertinami kaip širdies ligos, o skubūs tyrimai, tokie kaip EKG, dar padidina pacientų nerimą.

Harter'is, su bendraautoriais tyręs 262 pacientus, sirgusius įvairiomis somatinėmis ligomis, nustatė, kad dažniausiai nerimo simptomai reikšėsi sergantiems migrena (šansų santykis (ŠS)=5,0), širdies ligomis (ŠS=4,6), urogenitalinės sistemos ligomis (ŠS=3,5), hipertenzija (ŠS=2,4) ir virškinamojo trakto ligomis (ŠS=2,4) [2].

Nerimo simptomų išraiška daugeliu atvejų yra panaši ir beveik nepriklauso nuo to, kas juos sukėlė – ar išgąstis, ar ilgalaikis nesaugumas, ar somatinė liga. Ir pacientus, ir gydytojus gali klaidinti įvairūs pacientų gyvenimo įvykiai, kurie įvertinami kaip nerimo priežastys. Tokiose situacijose somatinė liga nenustatomą, ir skiriamas neteisingas gydymas. Daugybė ligų koegzistuoja su nerimu. Tačiau nerimas, besireiškiantis somatinių ligų klinikoje, ne visada yra somatogeninis. Pvz., Tsivil'ko su bendraautoriais nustatė, kad sergantieji reumatoidiniu poliartritu dažnai skundžiasi nerimu, tačiau jis labiau susijęs su judėjimo apribojimais ir dismorfofobija, nei su pačia liga [3]. O Zorzon'as, su bendraautoriais tyręs 95 pacientus, sirgusius išsėtine skleroze, nenustatė ryšio tarp nerimo ir magnetinio rezonanso to-

mografijos pokyčių. Autoriai padarė išvadą, kad išsėtinės sklerozės metu stebimas nerimas dažniausiai yra psichologinis, labiau susijęs su gyvenimo kokybės pakitimais ir nėra sukeltas pačios ligos [4].

Neretai nerimas slepiasi už piktnaudžiavimo alkoholiu. Kiekvienas, vartojantis alkoholį, mažiausiai keletą kartų gėrė tam, kad sumažintų nerimą, dažniausiai socialinį. Apskritai alkoholio (taip pat ir kitų, pripratimą sukeliančių medžiagų) vartojimas yra glaudžiai susijęs su nerimu, tiek neuroziniu, tiek somatogeniniu. Tarp alkoholiu piktnaudžiaujančių asmenų 4 kartus dažnesni panikos sutrikimai, 3,5 karto – obsesinis-kompulsinis sutrikimas, 2,5 – fobinis sutrikimas [5].

Taigi nerimas kaip simptomas gali būti susijęs su daugeliu psichikos ir somatikos ligų, taip pat gali būti savarankiškas psichikos sutrikimas, imituojantis somatinę ligą. Todėl būtinas pacientų ne tik somatinis, bet ir psichiatrinis tyrimas. Jei gydytojas nustatė somatinę patologiją, kuri, kaip žinoma, linkusi sukelti nerimą, jis turi kruopščiai ir išsamiai įvertinti visus veiksnius, leidžiančius susieti šias dvi patologijas. Nors nėra absoliučių kriterijų, tačiau kai kurie aspektai gali būti svarbūs. Pirmas: ar somatinė liga ir nerimas prasidėjo, paūmėjo ar praėjo tuo pačiu laiku? Antras: ar esančiam nerimui būdingos netipinės savybės – paciento amžius, neuroziniais sutrikimais neapsunkinta anamnezė? Mat savarankiški nerimo sutrikimai dažniausiai debiutuoja iki 35 metų. Trečias: ar yra tyrimais pagrįstų, literatūroje aprašytų duomenų, jog stebima somatinė liga linkusi sukelti nerimą?

Diagnozuodamas gydytojas turėtų stengtis atmesti tikimybę, jog stebimas nerimas yra savarankiško psichikos sutrikimo simptomas. Pvz., neretai nerimas būna delirinio sąmonės sutrikimo metu, tačiau tai nėra pagrindinis šio sutrikimo simptomas [6]. Daugelio tyrimų duomenimis, „grynas“ somatogeninis arba organinis nerimas dažniausiai būna esant pažeistai endokrininei sistemai. Hall'as, su bendraautoriais tyrinėdamas nefrologinėmis ir endokrininėmis ligomis sergančius pacientus, nustatė, jog pusė jų sirgo somatogeniniu nerimu [7].

Adresas:

*Aušra Deksnytė
Respublikinė Vilniaus psichiatrijos ligoninė
Parko g. 15, LT-2048 Vilnius
Tel. (8-5) 267 07 31, el. paštas: deksnytei@one.lt*

1 lentelė. Pagrindinės nerimo formos

Nerimo sindromas	Klinika
Generalizuotas nerimas	Nuolat išreikštas nerimas, nerimavimas dėl daugybės įvairių reiškinų ar įvykių
Panikos atakos	Panikos priepuoliai su dusuliu, tachikardija, kraujospūdžio pakilimu, poliurija ir kitais priepuolinio pobūdžio fenomenais
Obsesiniai-kompulsiniai simptomai	Fobijos, įkyrios mintys, įkyrūs veiksmai, ritualai

Patofiziologija. Trys didžiosios teorijos, kuriomis remiantis bandoma paaiškinti nerimo kilmę, yra psichoanalitinė, bihevioristinė ir biologinė. Anot biologinės teorijos, per didelę psichologinę reakciją kažkokiu būdu padidina katecholaminų lygį, kurie ir yra svarbiausi nerimo fiziologijoje. Taip pat manoma, kad patologinis nerimas atsiranda tada, kai būna pažeidžiama smegenų žievė, ypač limbinė sistema (pagumburys, Amono ragas, migdoliniai kūnai, juostinis vingis), kitos struktūros (gumburas, dantytasis vingis, smegenėlių branduoliai) bei sutrinka ryšiai tarp šių struktūrų. Neurotransmiteriai, labiausiai susiję su nerimu, yra noradrenalinai, gama-amino sviesto rūgštis (GABA) ir serotoninas [1, 6].

Nerimas, susijęs su somatinėmis ligomis. Organinis nerimo sindromas ir nerimas, susijęs su somatinėmis ligomis (arba nerimas, sukeltas somatinių ligų) daugelio autorių laikomi sinonimais. Tačiau kai kurie mano, kad „nerimas, susijęs su somatinėmis ligomis“ yra kiek platesnis apibrėžimas, nes esant ligoms, galinčioms sukelti nerimą, gali pasireikšti ir psichogeninis nerimas. Todėl jie siūlo atsisakyti „organinio nerimo sindromo“ pavadinimo ir vadinti „nerimu, susijusiu su somatinėmis ligomis“. Be to, žodis „organinis“ psichiatrijoje dažniausiai rodo esant negrįžtamam smegenų pakitimui, tačiau šiuolaikiniai tyrimai rodo, kad daugelis vadinamuoju organiniu nerimu sirgusių pacientų sėkmingai pasveiko.

TLK-10 klasifikacijoje [8], kuri pasižymi griežtesnėmis kategorijomis nei DSM-IV [9], organinis nerimas yra atskirtas nuo kitų nerimo sutrikimų, klasifikuojamų neurozinių sutrikimų grupėje. Tuo tarpu DSM-IV klasifikacijoje visi nerimo sutrikimai klasifikuojami nerimo sutrikimų grupėje. Beje, šioje klasifikacijoje išskiriamas ne tik „nerimas, susijęs su somatinėmis ligomis“, bet ir „medžiagų sukeltas nerimas“.

Gydytojui praktikui patogiausia nerimą skirstyti į tris atskiras nozologines kategorijas, atsižvelgiant į tai, kokia forma jis pasireiškia.

Nerimas, sukeltas somatinių ligų. Daug somatinių ligų ir būklių gali sukelti nerimą (2 lentelė), tačiau dažniausiai somatogeninis nerimas nustatomas sergant endokrininėmis ligomis. Tai – hipertiroidizmas, hipotiroidizmas, hipoglikemija, hipoparatiroidinės būklės. Feochromocitoma, produkuojanti adrenaliną, sukelia nerimo paroksizmus. Pastebėta, kad nerimas dažnai kyla vartojant estrogenus, progesteroną, skydliaukės preparatus, insuliną, steroidus ir kontraceptikus. Kai trūksta vitamino B12, taip pat dažnai atsiranda nerimas. Tam tikrų smegenų sričių pažeidimai bei poencefalitinės būklės sukelia simptomus, identiškus obsesiniam-kompulsiniam sutrikimui. Kai kurios

kitos būklės, kaip širdies aritmijos, gali sukelti panikos priepuolius. Toksikologinių ligų klinikoje irgi dažnai susiduriama su somatogeniniu nerimu. Pitsburgo universiteto atliktos studijos metu nustatyta, jog po apsinuodijimo tirpikliais nerimas diagnozuotas 22 iš 38 (58%) tiriamiesiems, tuo tarpu kontrolinėje grupėje atitinkamai 3 iš 39 (7%) [10]. Hall'as su bendraautoriais nustatė, jog nerimas, sukeltas skydliaukės patologijos (hiper- ir hipotiroidizmo, tiroidito), itin dažnai klaidingai diagnozuojamas kaip pirminis susirgimas [11].

Diagnostika. Įtariant, kad nerimas yra susijęs su somatine liga, pirmiausia būtina išsiaiškinti, kokia tai nerimo forma: generalizuotas nerimas, panikos atakos ar obsesinis-kompulsinis sutrikimas. Klinikiniais-laboratoriniais metodais turi būti nustatyta liga, priklausanti nerimą sukeliančių ligų grupei. Reikia nustatyti, ar šis nerimas nėra kito psichikos sutrikimo simptomas (pavyzdžiui, adaptacijos sutrikimo, sergant sunkia somatine liga), ar nerimas nesusijęs su delyrinio sąmonės sutrikimu (t. y., stebimas ne tik jo metu) [7, 11].

Cukrinis diabetas. Lustman'as, su bendraautoriais tyrinėdamas I ir II tipų diabetu sergančius pacientus, nustatė, kad fobiniais sutrikimais sirgo 26,5% pacientų, o generalizuotu nerimo sutrikimu – 41% [12]. Šie rodikliai 6–7 kartus didesni negu bendroje populiacijoje. Be to, šis autorius atskleidė, jog kuo sunkiau valdoma gliukozės koncentracija, tuo didesnė psichiatrinės patologijos tikimybė. Popkin'as, su bendraautoriais tyrinėjęs I tipo diabetu sergančius pacientus, nustatė, kad 51% šių pacientų turėjo vieną ar kelis išreikštus psichikos sutrikimus [13]. Generalizuotas nerimo sutrikimas nustatytas 31,7% pacientų. Tai 3 kartus dažnesnis sutrikimas negu tarp šių pacientų pirmos eilės giminaičių (9,5%). Tas pats Lustman'as su bendraautoriais ištyrė 58 pacientus, sirgusius cukriniu diabetu bei kentėjusius dėl sunkiai koreguojamos gliukozės koncentracijos. 16-kai (27,6%) buvo nustatyta generalizuoto nerimo simptomatika. Šie pacientai buvo įtraukti į randomizuotą, dvigubai aklą, placebo kontroliuojamą aštuonių savaičių trukmės studiją, kurioje aktyviaja medžiaga buvo pasirinktas alprazolamas. Tyrėjai nustatė, jog diabetikams, vartojusiems veikliąją medžiagą, statistškai patikimai sumažėjo gliukozilinto hemoglobino koncentracija [12]. Analogiškus rezultatus gavo ir japonų mokslininkai (Okada su bendraautoriais). Jie tyrė 20 pacientų – 10 vyrų ir 10 moterų, sergančių II tipo diabetu [14]. Atrankai ir tolesnei klinicinei būklei įvertinti buvo naudojamos nerimo skalės, o veikliąją medžiagą pasirinktas fludiazepamas. Tyrėjai nustatė, kad skalių verčių pakitimai buvo patikimai susiję su gliukozilinto hemoglobino mažėjimu [15].

2 lentelė. Somatinės ligos ir būklės, sukeliančios nerimą

<p>Neurologiniai sutrikimai: Smegenų augliai (ypač smilkininės sritys ir trečiojo skilvelio) CNS traumos Smegenų hipoksija Migrena Encefalitas Smegenų aterosklerozė Parkinsono liga Handingtono chorėja Subarachnoidinės hematomos Smegenų sifilis Vilsono liga Epilepsija</p> <p>Hipoksinės būklės dėl: Širdies vainikinių kraujagyslių ligos Širdies nepakankamumo, aritmijų Kvėpavimo sistemos nepakankamumo Anemijos</p> <p>Endokrininė patologija: Kankorėžinės liaukos disfunkcija Skydliaukės disfunkcija Prieskydinių liaukų disfunkcija Antinksčių disfunkcija Feochromocitoma Moterų virilizacija Cukrinis diabetas</p>	<p>Medžiagų sukeltos: Alkoholio ir vaistų nutraukimas Amfetaminai Kokainas Simpatomimetikai Kofeinas ir jo nutraukimas Penicilinas Lidokainas Sulfonilamidai Kanapės Arsenas Gyvsidabris Fosforo organiniai junginiai Aspirino netoleravimo būklės</p> <p>Uždegiminės ligos: Sisteminė raudonoji vilkligė Reumatoidinis artritas Mazginis poliarteriitas Temporalinis arteriitas</p> <p>Kitos: Vitamino B₁₂ trūkumas Pelagra Bruceliozė Kolagenozės Dviburio vožtuvo prolapsas Hipoglikemija, hiperinsulinemija Kasos vėžys</p>
--	---

Skydliaukės ligos. Dažniausiai nerimą sukelia skydliaukės ligos. Psichiatrinė simptomatika neretai yra pirmas skydliaukės hipofunkcijos požymis ir sudaro nuo 2% iki 12% visų atvejų. Dažniausi psichikos sutrikimai – nerimas ir psichinių procesų sulėtėjimas. Nerimo intensyvumas yra tiesiogiai susijęs su skydliaukės hormonų koncentracijos mažėjimo greičiu. Tačiau psichiatriniai simptomai yra panašūs, nepaisant to, ar hipotiroidinę būklę sukėlė autoimuniniai procesai, tiroidektomija, radioaktyvaus jodo poveikis, ar skydliaukės vėžys. „Miksedeminis pamišimas“ dabar yra daug retesnis nei 1880-aisiais, kai buvo stebima net 50% atvejų, o šiuo metu pasitaiko vienam iš penkiolikos pacientų (~6,7%) [16]. Tačiau nerimo sutrikimai gerokai dažniau nustatomi (nuo 30% iki 40%) ligoniams, kenčiantiems nuo ūmios skydliaukės hipofunkcijos. Šių atvejų būdingiausia simptomatika – intensyvus nerimas su psichomotoriniu sujaudinimu. Be to, tokius ligonius gali ištikti progresuojanti dezorientacija, persekiojimo klaidės, gilus miego ir ypatingo sujaudinimo kaita. Tokie pacientai dažnai būna ypač dirglūs, užvaldyti klaidėsių, patiriantys klausos ir regos haliucinacijas. Apskritai hiperseksualumas, dirglumas, klaidės, dėmesio koncentracijos sutrikimai, silpstanti atmintis yra išskirtiniai ūmiai besivystančios skydliaukės patologijos požymiai.

Lėtai besivystantis skydliaukės funkcijos nepakankamumas pasireiškia lėtiniu nerimu, augančiu nuovargiu bei psichomotoriniu sulėtėjimu. Tiriant Hašimoto tiroiditą, nerimas buvo ryškiausias simptomas diagnozės nustatymo momentu. Be nerimo, stebėtas ir nuotaičių labilumas, kasdieninės veiklos sutrikimai dėl suglumimo, o sunkiais at-

vejais – psichomotorinis sujaudinimas, dezorientacija ir persekiojimo klaidės. Hipotiroidinių būklių sukeltas nerimas paprastai išblėsta per kelis mėnesius nuo somatinės patologijos gydymo pradžios [17].

Skydliaukės hiperfunkcija – vienas dažniausių endokrininių sutrikimų. Ja dažniausiai serga moterys nuo 20 iki 40 metų. Greivso (Bazedovo) ligos atveju generalizuotas nerimas stebimas dviems trečdaliams pacientų [18]. Apskritai dažniausi Bazedovo ligos simptomai yra nerimas, nuovargis, dirglumas, šilumos netoleravimas, smulkus tremoras, negalėjimas nustygti vietoje, nemiga, jaudrumas, nuotaiikos labilumas, nervingumas, svorio kritimas, padidėjęs prakaitavimas, širdies plakimas, sutrikusi koordinacija, abejonės ir nuolatinė baimė. Nuo 1% iki 20% pacientų, sergančių skydliaukės hiperfunkcija, pasireiškia psichozės reiškiniai. Šiuolaikiniai tyrimai rodo, kad 5% pacientų psichozės reiškiniai yra pirmieji hipertiroidizmo simptomai. Nerimas, nervingumas, nenustygimas vietoje būna 30%–40% pacientų. Ettigi's ir Brown'as pastebi, jog hipertiroidizmas beveik neišvengiamai susijęs su psichikos pakitimais [19]. Tokie pacientai dažnai atrodo kaip hiperaktyvios asmenybės, besiskundžiančios nerimu, kurį apibūdina kaip „nervingumą“. Jų artimieji taip pat pastebi pacientų pasikeitimus, tai apibūdinami kaip dirglumą ir emocijų labilumą. Jefferson'as ir Marshall'as atkreipia dėmesį, jog nervingumas esant padidėjusiai skydliaukės funkcijai skiriasi nuo nervingumo, kai nerimas yra savarakiškas psichikos sutrikimas. Jie sako, kad somatogeniniam nerimui, kai yra skydliaukės hiperfunkcija, būdingas nenustygimas vietoje, nekantrumas, susilpnėjusi valinga

dėmesio koncentracija, tuo tarpu esant psichiniam nerimui pacientai labiau akcentuoja dvasinius išgyvenimus [20].

Jungtinėse Amerikos Valstijose kasmet nustatoma 300 tūkstančių naujų skydliaukės hiperfunkcijos atvejų. Jei duomenys, kad skydliaukės hiperfunkcija 60–75% pacientų ligos pradžioje pasireiškia nerimu, yra teisingi, tai didelė dalis pacientų pirmiausia patenka pas psichiatrą. Pasak Hall'o, tokiais atvejais hipertiroidizmas klaidingai diagnozuojamas kaip generalizuotas nerimo sutrikimas dėl to, kad pradinėje stadijoje skydliaukės hiperfunkcija gali pasireikšti tik nerimu, padidėjusiu dirglumu, emociniu labilumu bei asmenybiniais pakitimais [7, 11].

Skydliaukės patologija susijusi ir su kitomis nerimo formomis – panikos atakomis su agorafobija ar be jos. Tai įrodė Orenstein'as, tirdamas 144 pas psichiatrą besilankančias pacientes ir jų artimuosius. Skydliaukės hiperfunkcija nustatyta išskirtinai toms, kurios patirdavo panikos atakas su ar be agorafobijos [21]. Emanuele ir bendraautorai aprašė keturis pacientus, sirgusius agorafobija ir hipertiroidizmu. Šie pacientai skundėsi uždarytų patalpų baime, nerimu, kuris atsiranda vykstant iš namų ar kitų saugių vietų, bei panikos atakomis. Visiems pacientams kliniškai ir laboratoriniais tyrimais buvo nustatyta Basedovo liga. Įdomu tai, kad visiems prieš hipertiroidizmo priepuolį būdavo agorafobijos priepuolis. Jį lydintis nerimas būdavo stabilus, nekintantis, tuo tarpu pacientų, sergančių savarankišku nerimu su agorafobija sutrikimu, nerimas būna svyruojantis, susijęs su tam tikromis situacijomis. Tirtiems pacientams tachikardija atsirasdavo nuolat, taip pat ir nakties metu, tuo tarpu neurozinius pacientus tachikardija ištikdavo tik nerimo priepuolio metu. Hipertiroidinių pacientų oda būdavo šilta ir drėgna, skirtingai nuo neurozinių pacientų, kuriems būdinga šalta ir lipniai drėgna oda. Jų tremoras buvo dažnesnis ir mažesnės amplitudės. Šiems pacientams sėkmingai pasveikus nuo skydliaukės patologijos, agorafobija pranyko net ir be specifinio psichotropinio gydymo [22].

Kitos ligos. Generalizuotas nerimas ypač dažnas Sjogreno sindromo atvejais. Tai gali būti susiję su šio sindromo poveikiu žievės, požievio funkcijoms bei skydliaukės sistemai.

Obsesinė-kompulsinė simptomatika, literatūros duomenimis, dažnai stebima išsėtinės sklerozės ir Sydenhamo chorėjos atvejais. O panikos atakas patiria didžioji dauguma kardiomiopatijomis sergančių pacientų. Net 83% sergančių kardiomiopatija pacientų iki širdies persodinimo patyrė panikos priepuolius. Parkinsono ligos ir obstrukcinio bronchito atvejais panikos priepuolius patiria 25% pacientų. Jie dažni esant dirglios žarnos sindromui, lėtiniam skausmui, biliarinei cirozei, epilepsijai [23].

Sergant ligomis, turinčiomis specifinių simptomų ar ypatingų fiziologinių mechanizmų, pasitaiko ir specifinių fobijų. Pvz., sergantieji miastenija gali bijoti užspringti ar uždusti miego metu. Todėl jiems nerimas gali pasireikšti rijimo baime bei naktinio miego baime arba tiesiog nemiga. Jie taip pat gali skųstis ilgalaikiu nerimu, tačiau dėl raumenų sistemos pakenkimo šie pacientai stokoja fizinės nerimo išraiškos. Sergantieji kraujagyslių ligomis rizikuoja

mirti staiga, todėl jie daug dažniau bijo susirgti ir numirti nuo infarkto, insulto ar plaučių kamieno tromboembolijos. Sergantieji sisteminėmis jungiamojo audinio ligomis neretai kenčia dėl išvaizdos pasikeitimo. Be to, jie privalo vartoti steroidinius hormonus, kurie taip pat keičia išvaizdą. Be to, šie preparatai sukelia nerimą. Todėl dažniausias psichikos fenomenas po nerimo šiems pacientams būna dismorfofobija [3].

Eiga ir prognozė. Nuolat išgyvenamas nerimas neišvengiamai veikia visas gyvenimo sritis: socialinę, profesinę ir psichologinę. Negydomas nerimas gali paskatinti žmogų net savizudybei [5].

Jei nerimo lygis pakinta staiga, pacientas kur kas aktyviau ieško medicininės ar psichologinės pagalbos, negu tais atvejais, kai nerimas auga lėtai ar būna psichologiškai neryškus. Veiksmingai gydant somatinę ligą, paprastai nerimas mažėja, tačiau kartais jis tęsiasi ir po išgydytos somatinės ligos (pavyzdžiui, encefalito atveju). Be to, kai kurios nerimo formos, kaip obsesinis-kompulsinis sindromas, trunka ilgiau negu generalizuotas nerimas ar panikos atakos. Jei nerimas tęsiasi ir po išgydytos somatinės ligos, jis turi būti gydomas tais pačiais principais, lyg būtų savarankiškas psichikos sutrikimas [2].

Jei somatinė liga yra lėtinė, tikimybė, kad somatogeninis nerimas praeis visiškai, yra nedidelė. Prie pradžioje buvusios tik nerimo simptomatikos gali prisidėti afektiniai sutrikimai ar dar sunkesnė psichopatologija. Tokiais atvejais turėtų būti gydoma somatiniais ir psichotropiniais medikamentais, atsižvelgiant į somatinės ligos sunkumą ir psichopatologinio sindromo sudėtingumą [1].

Gauta:
2005 04 29

Priimta spaudai:
2005 06 23

Literatūra

1. Hsu K. Anxiety. eMedicine World Medical Library. 2005. <http://www.emedicine.com/emerg/topic35.htm> eMedicine
2. Harter MC, Conway KP, Merikangas KR. Associations between anxiety disorders and physical illness. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2003; 253(6): 313–20.
3. Tsvil'ko MA, Melent'ev AS, Korkina MV, Lopes M, Kirsanova GF, Burdo KA. Characteristics of mental disorders in patients with rheumatoid arthritis. *Zh Nevrol Psikhiatr Im S S Korsakova*. 1999; 99(2): 9–11.
4. Zorzon M, de Masi R, Nasuelli D, Ukmar M, et al. Depression and anxiety in multiple sclerosis. A clinical and MRI study in 95 subjects. *J Neurol* 2001; 248(5): 416–21.
5. Wacker HR. Diagnosis, epidemiology and comorbidity of anxiety disorders. *Ther Umsch* 1997; 54(10): 559–63.
6. Hall RCW. Anxiety. In: *Psychiatric Presentations of Medical Illness*. Hall RCW, ed. New York: Spectrum, 1980; 13–35.
7. Hall RCW, Stickney S, Beresford TP. Endocrine disease and behavior. *Integr Psychiatry* 1986; 4: 122–35.
8. The ICD–10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Diagnostic criteria for research. WHO Geneva; 1993.
9. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Washington DC: American Psychiatric Press, 1994; 7.
10. Morrow LA, Gibson C, George R, Bagovich BA, Stein L, Condray R, Scott A. Increased incidence of anxiety and de-

- pressive disorders in persons with organic solvent exposure. *Psychosomatic Medicine* 2000; 62: 746–50.
11. Hall RCW. Psychiatric effects of thyroid hormone disturbance. *Psychosom* 1983; 24(1): 7–22.
 12. Lustman PJ, Griffith LS, Clouse RE, et al. Psychiatric illness and diabetes mellitus: relationship to symptoms and glucose control. *J Nerv Ment Dis* 1986; 174: 735–42.
 13. Popkin MK, Callies AL, Lentz RD, et al. Prevalence of major depression, simple phobia, and other psychiatric disorders in patients with longstanding type 1 diabetes mellitus. *Arch Gen Psychiatry* 1988; 45: 64–8.
 14. Okada S, Ichiki K, Tanokuchi S, et al. Improvement of stress reduces glycosylated haemoglobin levels in patients with type 2 diabetes. *J Int Med Res* 1995; 23(2): 119–22.
 15. Okada S, Ichiki K, Tanokuchi S, et al. The effect of an anxiolytic on lipid profile in non-insulin-dependent diabetes mellitus. *J Int Med Res* 1994; 22(6): 338–42.
 16. Savage GH. Myxedema and its nervous symptoms. *J Ment Sci* 1980; 25: 517–9.
 17. Hall RCW, Popkin MK, DeVaul R, et al. Psychiatric manifestations of Hashimoto's thyroiditis. *Psychosomatics* 1982; 23(4): 337–42.
 18. Trzepacz PT, McCue M, Klein I. A psychiatric and neuropsychological study of patients with untreated Graves' disease. *Gen Hosp Psychiatry* 1988; 10: 39–55.
 19. Ettigi TG, Brown GM. Brain disorders associated with endocrine dysfunction. In: *Psychiatric clinics of North America symposium on brain disorders: clinical diagnosis and management*. Hendrie HC, ed. Philadelphia: W. B. Saunders, 1979; 120.
 20. Jefferson JW, Marshall JR, eds. *Neuropsychiatric features of medical disorders*. New York: Plenum, 1981; 6–7.
 21. Orenstein H, Peskind A, Raskind MA. Thyroid disorders in female psychiatric patients with panic disorder or agoraphobia. *Am J Psychiatry* 1988; 145(11): 1428–30.
 22. Emanuele MA, Brooks MH, Gordon DL, et al. Agoraphobia and hyperthyroidism. *Am J Med* 1989; 86: 484–6.
 23. Hoehn-Saric R. Psychic and somatic symptoms and physiological changes. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 1998; 393: 32–8.

A. Deksnytė, R. Aranauskas

ANXIETY IN THE CLINIC OF SOMATIC DISEASES

Summary

One of the most common psychiatric disorders during somatic illness is anxiety. The causes of anxiety in somatic patients may be different. Psychogenic or reactive anxiety manifests as a reaction to a serious somatic disease, when a patient is worried about the changes of his life. Organic anxiety or anxiety disorder due to a general medical condition is caused by specific pathophysiological changes during somatic disorder. There also can be a combination of those anxieties. This article describes the most common forms of organic anxiety induced by somatic disorders. Authors also present differential aspects between psychogenic and somatogenic anxiety.

Keywords: organic anxiety syndrome, somatogenic anxiety, forms of anxiety.