



Psycholog dla medyka



LĘKI I ZABURZENIA LĘKOWE



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój



Rzeczpospolita
Polska



Ministerstwo
Zdrowia

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Sfinansowano w ramach reakcji Unii na pandemię COVID-19

Tytuł: Lęki i zaburzenia lękowe

Autor: prof. Dominika Dudek

Zdjęcia: iStock

ISBN: 978-83-67802-24-6

COPYRIGHT © 2023 Ministerstwo Zdrowia

ul. Miodowa 15
00-952 Warszawa

Przygotowanie merytoryczne i graficzne materiałów w ramach projektu POWR.07.01.00-00-0006/22 pn. „*Program wsparcia psychologicznego kadry medycznej*” finansowanego przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój w ramach Działania 7.1 Osi priorytetowej VII Wsparcie REACT-EU dla obszaru zdrowia.

Wszelkie prawa zastrzeżone zgodnie z Ustawą o Prawie Autorskim i Prawach Pokrewnych z dnia 4 lutego 1994 roku (Dz.U.94 Nr 24 poz. 83, sprost.: Dz.U.94 Nr 43 poz.170).

Warszawa 2023



Lęk jest odczuciem dobrze znanym każdemu. Jego elementy składowe obejmują objawy **emocjonalne** (np. uczucie obawy, przerażenia), **poznawcze** (np. myśli o zagrożeniu, niebezpieczeństwie), **behavioralne** (np. ucieczka lub zastyganie, agresja, wycofanie, unikanie) i **somatyczne** (np. tachykardia, pocenie się, duszność, ściskanie w gardle, drżenie mięśni, zaburzenia żołądkowo-jelitowe).

Te przykre doznania mają – podobnie jak ból – znaczenie adaptacyjne.

Są sygnałem niebezpieczeństwa, wyrazem mobilizacji organizmu do ucieczki lub walki. Niejednokrotnie umożliwiają przetrwanie.

Jednak w pewnych okolicznościach stają się objawem patologicznym, zaburzającym prawidłowe funkcjonowanie. Dzieje się tak, **gdy lęk pojawia się bez realnego zagrożenia, utrzymuje się nieadekwatnie długo po ustąpieniu niebezpieczeństwa lub jest nieproporcjonalnie intensywny**. Jest on jednym z najpowszechniejszych objawów w psychiatrii. Pojawia się w większości zaburzeń i chorób psychicznych, a przede wszystkim stanowi centralny element zaburzeń nerwicowych.



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój



Rzeczpospolita
Polska



Ministerstwo
Zdrowia

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Często występującym zaburzeniem jest **zespół lęku napadowego**. Jego istotę stanowi intensywne odczucie strachu, pojawiające się nagle. Towarzyszą mu dodatkowe objawy fizyczne (np. kołatanie serca, ból lub dyskomfort w klatce piersiowej, pocenie się, duszność, uczucie dławienia w gardle, omdlewanie). Najczęściej nie da się przewidzieć jego napadu i występuje on w okolicznościach, w których brak jest obiektywnego zagrożenia.

Pomiędzy napadami paniki, trwającymi zazwyczaj 20-30 minut, następuje względne uwolnienie się od jej objawów, chociaż może też pojawiać się „lęk przed lękiem”. Chory stara się unikać sytuacji, w których taki atak wystąpił lub w których nikt nie mógłby mu udzielić pomocy, przez co, np. boi się wychodzić z domu, znaleźć się w tłumie, korzystać z środków lokomocji (taki stan opisuje się jako agorafobię z napadami lęku). Ze względu na nasilenie objawów somatycznych **pacjenci w trakcie napadu paniki często mają przekonanie o zagrożeniu życia** (np. z powodu zawału), **śmierci, poważnej choroby**. Z tego powodu korzystają – nieraz wielokrotnie – z pomocy doraźnej, domagają się przeprowadzenia badań diagnostycznych.



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój



Rzeczpospolita
Polska



Ministerstwo
Zdrowia

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny





Kolejnym zaburzeniem jest **zespół lęku uogólnionego (GAD)**. U osób cierpiących na to schorzenie objawy niepokoju dominują przez większość czasu i obejmują ciągłe obawy, zamartwianie się, napięcie ruchowe, wzmożoną aktywność układu autonomicznego (na przykład zawroty głowy, pocenie się, tachykardia, ucisk w nadbrzuszu i klatce piersiowej). W większości przypadków lęk uogólniony ma charakter chroniczny (do rozpoznania wymagany jest wówczas okres co najmniej sześciu miesięcy utrzymywania się jego objawów), jednak jego natężenie zależy od sytuacji zewnętrznej i poziomu stresu, w jakim znajduje się pacjent. Uogólnione zaburzenia lękowe często współistnieją z innymi zespołami lękowymi oraz z depresją.

Z kolei w **zaburzeniach depresyjnych i lękowych** mieszanych u pacjenta równocześnie występują objawy depresji oraz lęku, jednak żadne z nich nie spełnia oddzielnie kryteriów diagnostycznych zaburzeń depresyjnych lub któregoś z zespołów lękowych. Depresja ma zwykle niewielkie nasilenie. Charakteryzuje się uporczywie utrzymującym się obniżeniem nastroju, przygnębieniem, utratą zainteresowań, zmniejszeniem napędu psychoruchowego, zmęczeniem, zaburzeniami snu, trudnościami w koncentracji uwagi itp.

Natomiast lęk przyjmuje postać uogólnionego zamartwiania się, niepokoju, napięcia, bezzasadnych, nieokreślonych obaw. Ani komponenta depresyjna, ani lękowa nie są wyraźnie dominujące i obie występują równocześnie, przybierając podobne nasilenie.



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój



Rzeczpospolita
Polska



Ministerstwo
Zdrowia

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny





Zaburzenia o charakterze **fobii** polegają na występowaniu silnego lęku ograniczonego do pewnych konkretnych sytuacji, przedmiotów, zjawisk itp. Lęk ten jest nieproporcjonalny do realnego zagrożenia, jakie stwarza obiekt fobii. Pacjent zdaje sobie sprawę z irracjonalności swojego strachu, jednak stara się za wszelką cenę uniknąć sytuacji lękorodnej. Obiektem wywołującym niepokój mogą być zwierzęta (np. pająki – *arachnofobia*), przedmioty, zjawiska przyrody (np. ciemność – *nyktofobia*, grzmot – *keraunofobia*, wiatr – *anemofobia* itp.), sytuacje (np. znalezienie się w zamkniętym pomieszczeniu – *klaustrofobia*, lęk wysokości – *akrofobia*). Często są fobie dotyczące zachorowania (*nozofobia*) na przykład na chorobę nowotworową (*karcinofobia*), śmierci (*tanatofobia*), bólu (*algofobia*). Ze względu na duże znaczenie kliniczne spośród specyficznych fobii wyróżniono **agorafobię i fobię społeczną**.



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój



Rzeczpospolita
Polska



Ministerstwo
Zdrowia

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Termin **agorafobia** w ścisłym znaczeniu oznacza lęk przed znalezieniem się na otwartej przestrzeni, lecz we współczesnym rozumieniu rozszerzył się na sytuacje **wyjścia z domu, podróżowania środkami komunikacji miejskiej, znalezienia się w tłumie itp.** Pacjenci często uzasadniają swój strach tym, że w razie jakiegoś nieszczęścia lub zagrożenia (np. zasłabnięcie, omdlenie) nie da się udzielić im pomocy, czy też znajdą się w krępującej dla nich sytuacji. Niekiedy agorafobia rozwija się wtórnie do napadu paniki, jaki wystąpił w jakimś konkretnym miejscu (np. zatłoczonym autobusie). Zaburzenie to bywa powodem inwalidyzacji pacjentów, którzy są wręcz uwięzieni w domu przez swój lęk.

W przypadku **fobii społecznej**, rozwijającej się zazwyczaj już w okresie adolescencji, lęk pojawia się w określonej sytuacji społecznej (np. wystąpienie publiczne, jedzenie w obecności innych ludzi, zawieranie nowych znajomości). Lękorodne mogą być też wszelkie sytuacje związane z kontaktami międzyludzkimi, a osoby dotknięte tym zaburzeniem są postrzegane jako patologicznie nieśmiałe, wycofujące się, nietowarzyskie.

Zaburzenie to powoduje w dalszym życiu znaczne deficyty umiejętności społecznych, a cierpiący na nie częstokroć osiągają niższe wykształcenie i status społeczny w stosunku do posiadanych zdolności czy inteligencji.



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój



Rzeczpospolita
Polska



Ministerstwo
Zdrowia

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Większość pacjentów cierpiących na zaburzenia lękowe rozpoczyna swoje leczenie od wizyty u lekarza niepsychiatry. Jest to uwarunkowane znaczną ilością i nasileniem objawów somatycznych towarzyszących lękowi, oporem chorego przed udaniem się do psychiatry, jak również częstym występowaniem lęku w chorobach somatycznych (przede wszystkim schorzeniach układu sercowo-naczyniowego, pokarmowego i oddechowego).

Choroba wzbudza lękowe reakcje, wytrącając pacjenta z dotychczasowej równowagi psychicznej.

Zapoczątkowany proces uruchamia mechanizmy obronne służące zredukowaniu strachu. Zależnie od rodzaju i siły reakcji obronnej mamy do czynienia z różnorodnym obrazem klinicznym: od ataków silnego, panicznego lęku powiązanego ze strachem przed śmiercią, poprzez uczucie niepokoju o różnym natężeniu, aż do wynikającego z nieświadomie stosowanego mechanizmu zaprzeczania – nieuzasadnionego optymizmu. Pomiędzy tymi reakcjami znajduje się cała gama objawów lękowych oraz przejawów działania mechanizmów obronnych.



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój



**Rzeczpospolita
Polska**



**Ministerstwo
Zdrowia**

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny





Stąd wynika potrzeba umiejętności radzenia sobie z objawami lękowymi przez lekarzy różnych specjalności. Niestety często osoby z objawami lękowymi spotykają się ze zniecierpliwieniem lekarza, który, komunikując, że „to tylko nerwica”, bagatelizuje problemy pacjenta lub, przepisując przy każdej kolejnej wizycie leki uspokajające, naraża chorego na uzależnienie.

Prawidłowe postępowanie wymaga terapeutycznego podejścia do pacjenta, ze wsłuchaniem się w jego problemy, empatią i nielekceważeniem cierpienia, z jakim przychodzi. Należy pamiętać, że już sama uważna, cierpliwa rozmowa redukuje poziom lęku i napięcia, zwiększa zaufanie pacjenta do lekarza i stanowi podstawę do podjęcia procesu diagnostyczno-leczniczego.

Objawy lękowe mogą być wtórne do szeregu schorzeń somatycznych i psychicznych. Należy to uwzględnić w diagnostyce różnicowej, wykluczając najczęstsze choroby somatyczne wywołujące lęk (jak na przykład niektóre choroby endokrynologiczne, układu krążenia, zatrucia, zespoły abstencyjne, choroby infekcyjne, urazy, zaburzenia na podłożu organicznego uszkodzenia centralnego systemu nerwowego i inne).



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój



**Rzeczpospolita
Polska**



**Ministerstwo
Zdrowia**

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



W dalszym etapie, po przeprowadzeniu badania psychiatrycznego i fizykalnego, należy **ocenić sytuację psychologiczno-społeczną pacjenta, ewentualny związek objawów z wydarzeniami życiowymi, obecność źródeł wsparcia**. Zawsze należy zapytać o myśli lub tendencje samobójcze – dotyczy to zwłaszcza pacjentów ze współistniejącymi objawami depresji.

W leczeniu farmakologicznym stosuje się szereg leków z różnych grup: selektywne inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny (SSRI), inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny i noradrenaliny, pregabalinę, opipramol, buspiron, hydroksyzynę, betablokery (np. propranolol) i inne.

Leki z grupy SSRI (fluwoksamina, fluoksetyna, paroksetyna, sertralina, citalopram, escitalopram) są aktualnie zalecane jako terapia pierwszego rzutu w większości zaburzeń lękowych. Ich popularność wynika między innymi z szerokiego zakresu terapeutycznego, ze znikomego działania cholinolitycznego i przeciwhistaminowego, co warunkuje dobrą tolerancję oraz małe ryzyko toksyczności. Istotną zaletą jest wysoki stopień bezpieczeństwa stosowania leków z tej grupy u pacjentów ze współistniejącymi chorobami somatycznymi.



Najczęstsze objawy niepożądane obejmują:

- zaburzenia żołądkowo-jelitowe,
- bóle głowy,
- dysfunkcje seksualne.

Większość z nich występuje na początku leczenia i ma charakter przemijający. Należy podkreślić, że występują pewne istotne różnice pomiędzy przedstawicielami grupy SSRI. Różnice te dotyczą budowy chemicznej, farmakokinetyki, selektywności wychwytu zwrotnego, drugorzędowych właściwości farmakologicznych.

W związku z tym rysują się odmienne profile objawów ubocznych, zróżnicowana efektywność i użyteczność w poszczególnych jednostkach chorobowych oraz wchodzenie w interakcje z innymi lekami. Lekarze psychiatry uwzględniają te różnice, dobierając lek indywidualnie do potrzeb danego pacjenta.

W przeszłości ważną pozycję w terapii zaburzeń lękowych zajmowały benzodiazepiny, działające *przeciwłękowo, nasennie, uspokajająco, przeciwdrgawkowo, miorelaksacyjnie, amnestycznie oraz obniżające metabolizm i zapotrzebowanie tlenowe organizmu*. Benzodiazepiny działają szybko, są tanie i mają niewielką toksyczność. Mają jednak duży potencjał **uzależniający** i często są nadużywane (zjawisko niestety powszechne wśród pracowników ochrony zdrowia).

Podawanie tych leków jest uzasadnione jedynie w celu doraźnego uspokojenia i w leczeniu krótkoterminowym. Ważne jest także, aby były one stosowane w najmniejszej skutecznej dawce.



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój



Rzeczpospolita
Polska



Ministerstwo
Zdrowia

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Dłuższa farmakoterapia benzodiazepinami jest mało skuteczna ze względu na rozwój tolerancji na lek oraz uzależnienia.

Coraz częściej mówi się, że benzodiazepin nie należy stosować u osób w wieku podeszłym ze względu na zwiększanie ryzyka upadków, złamań oraz niekorzystny wpływ na funkcje poznawcze. Pamiętać należy o różnicach pomiędzy poszczególnymi preparatami benzodiazepin – największe zagrożenie uzależnieniem występuje w trakcie terapii benzodiazepinami o krótkim okresie działania (np. alprazolam). W przypadku ich stosowania należy zachować daleko idącą ostrożność. Trzeba też pamiętać, że **gwałtowne odstawienie dłużej stosowanych leków uspokajających może wywołać znaczne nasilenie objawów lękowych, a u osób uzależnionych zespół abstynencyjny, łącznie z zaburzeniami świadomości i napadami drgawkowymi.**

Odstawianie długotrwale przyjmowanych benzodiazepin powinno odbywać się stopniowo, pod kontrolą lekarza psychiatry i może wymagać zastosowania dodatkowych leków i/lub zastąpienia benzodiazepin krótko działającymi lekami o dłuższym okresie półtrwania.

U osób z zaburzeniami lękowymi zawsze należy rozważyć wskazania do **psychoterapii**, która w wielu przypadkach jest metodą z wyboru. **Przyjmuje się, że farmakoterapia łagodzi objawy, przynosi niewątpliwą ulgę, jednak dopiero dotarcie do istoty wewnętrznych konfliktów i źródeł lęku, które dokonuje się w procesie psychoterapii, daje szansę wyzdrowienia.**



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój



Rzeczpospolita
Polska



Ministerstwo
Zdrowia

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny





Osobnej uwagi wymagają zaburzenia lękowe u pracowników ochrony zdrowia. Stałe narażenie na stres, kontakt z cierpieniem i śmiercią, niejednokrotnie trudne warunki pracy czynią tę grupę szczególnie podatną na występowanie różnego rodzaju objawów nerwicowych, zaburzeń stresowych czy po prostu wypalenia zawodowego. To ostatnie nie jest samo w sobie rozpoznaniem medycznym, ale może prowadzić do znacznej dysregulacji emocjonalnej oraz wystąpienia wielu objawów psychopatologicznych.

Obszarem częstych niejasności są stany związane z przeżywanym zmęczeniem, smutkiem, niechęcią do codziennej aktywności. Wielu osobom – i najbliższemu otoczeniu – trudno rozróżnić, czy przeżywane stany psychiczne to smutek czy depresja, zmęczenie czy wypalenie zawodowe, gorszy humor czy objawy nerwicy. Wiedza w tym zakresie wymaga uporządkowania i doprecyzowania, aby móc skutecznie doradzać, wspierać i udzielać pomocy pacjentom, którzy zgłaszają się z różnymi wątpliwościami w tym zakresie.



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój



**Rzeczpospolita
Polska**



**Ministerstwo
Zdrowia**

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Zaburzenia lękowe u pracowników ochrony zdrowia stały się szczególnie palącym problemem w okresie pandemii COVID-19

Jedną z najliczniejszych badanych grup był personel medyczny: stan jego zdrowia psychicznego i poziom doświadczanego stresu. W większości badania dotyczyły lekarzy oraz zespołów pielęgniarских. Dostępne są również doniesienia o analizach porównawczych personelu pracującego w stałym kontakcie z pacjentami z COVID-19 (personelu pierwszej linii) oraz personelu medycznego, niemającego takiego kontaktu. **W grupie medyków pracujących w Wuhanie 63% miało objawy zaburzeń psychicznych.**

Na początku maja 2020 ukazała się pierwsza metaanaliza 13 badań (łącznie liczba respondentów – 33062) dotyczących stanu zdrowia pracowników medycznych w czasie COVID-19. Autorzy wykazali, że łączne rozpowszechnienie depresji wynosiło 22,8%, a lęku 23,21%.

Wykazano, że wśród różnych medycznych grup zawodowych to praca pielęgniarki wiąże się z ryzykiem wystąpienia zaburzeń lękowych w czasie epidemii. Ponadto ryzyko to jest większe u kobiet. Ryzyko wystąpienia zaburzeń lękowych i depresyjnych było też większe u osób, które z powodu obaw przed epidemią rozważały uniknięcie obowiązku pracy.

Istotne jest zatem stworzenie dobrych warunków pracy w czasie epidemii, gdyż satysfakcja z wykonywanych obowiązków jest czynnikiem protekcyjnym przed wystąpieniem zaburzeń lękowych i depresyjnych.



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój



Rzeczpospolita
Polska



Ministerstwo
Zdrowia

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



LITERATURA

1. Aleksandrowicz J.W., *Psychopatologia zaburzeń nerwicowych i osobowości*, Wyd. 1, Kraków, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 2002
2. Anczewska M., *Depresja i lęk jako problem medyczny i społeczny* [W:] M. Jarema (red), *Depresja i zaburzenia lękowe. Rozpoznawanie i leczenie*, Wyd. 1, Warszawa, PZWL, 2021, s. 11- 32
3. Araszkiewicz A., *Zaburzenia lękowe* [W:] Araszkiewicz A (red): *Lęki białych kołnierzyków*, Wyd. 1, Milanówek, ER Investment, Milanówek, s. 101-130
4. Dudek D., Cyranka K., *Depresja i lęk – kiedy i jak leczyć?* [W:] M. Jarema (red), *Depresja i zaburzenia lękowe. Rozpoznawanie i leczenie*, Wyd. 1, Warszawa, PZWL, 2021, str. 108- 149
5. Dudek D., Cyranka K., *Przepracowanie, zmęczenie, brak humoru* [W:] J. Heitzman *Moja psychiatria – wiedza, którą wykorzystasz*, Wyd. 1, Poznań, Termedia, 2021, str. 81-92
6. Gawrych M., *Zdrowie psychiczne pracowników medycznych w czasie pandemii COVID-19 – przegląd literatury*, *Psychiatria Polska*, 2022, nr 56(2), s. 289–296
7. Kępiński A., *Psychopatologia nerwic*, Wyd. 4, Warszawa PZWL, 1986
8. Mosiołek A., *Leczenie zaburzeń lękowych – przewodnik. Psychiatria po Dyplomie* [online], 2018, nr 5, <https://podyplomie.pl/psychiatria/31429,leczenie-zaburzen-lekowych-przewodnik>
9. Podwalski P., Szczygieł K., Tyburski E., Samochowiec A., Samochowiec J., *Obawy, postawy i porównanie wpływu epidemii COVID-19 na stan psychiczny pracowników medycznych oraz osób niewykonujących zawodu medycznego*. *Psychiatria Polska*, 2022; nr 56(2), s. 277–288
10. Rosenhan D.L., Seligman M.E.P., *Psychopatologia. Tom I*, Wyd. 1, Warszawa, Polskie Towarzystwo Psychologiczne, 1994, str. 223



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój



**Rzeczpospolita
Polska**



**Ministerstwo
Zdrowia**

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



O autorce



prof.Dominika Dudek

Specjalista psychiatra. Kierownik Kliniki Psychiatrii Dorosłych w Krakowie. Ukończyła studia z wyróżnieniem na Wydziale Lekarskim Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie. Aktualnie prezes-elekt Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (PTP). Jest Redaktorem Naczelnym czasopisma Psychiatria Polska oraz członkiem Rady Naukowej Instytutu Psychiatrii i Neurologii. Jej dorobek obejmuje kilkaset publikacji naukowych i szereg książek i rozdziałów w podręcznikach poświęconych psychiatrii. Zajmuje się nauczaniem psychiatrii zarówno lekarzy, jak i studentów. Jest kierownikiem Kliniki Psychiatrii Dorosłych Collegium Medicum UJ. Prowadzi liczne wykłady szkoleniowe, organizuje ogólnopolskie konferencje, na które przyjeżdżają setki słuchaczy. Jest współautorem obowiązujących w Polsce standardów leczenia zaburzeń psychicznych.