

- redukcja nierealistycznych obaw;
- identyfikowanie mocnych stron;
- udzielanie informacji zwrotnych;
- wspieranie;
- budowanie nadziei.

5.3. KOMUNIKOWANIE SIĘ Z CHORYM Z ZABURZENIAMI LĘKOWYMI

5.3.1. CHARAKTERYSTYKA ZABURZEŃ

Badania nad epidemiologią zaburzeń lękowych nie są łatwe, co odzwierciedla się w stosunkowo niewielkiej liczbie doniesień na ten temat. Na tę trudność składają się różne czynniki, a badania ograniczają się do populacji pacjentów poszukujących pomocy u psychiatry i lekarzy innych specjalności. W psychiatrii przez długi czas statystyki obejmowały najczęściej jedynie pacjentów hospitalizowanych, a chorzy z zaburzeniami nerwicowymi zawsze stanowili wśród nich niewielki odsetek osób istotnie cierpiących z powodu lęku.

Badania epidemiologiczne pacjentów z tymi zaburzeniami leczonych ambulatoryjnie również często nie spełniają kryteriów rzetelności i trafności z następujących względów [32]:

- Tacy pacjenci często nie trafiają do lekarza, uważając swoje dolegliwości za rodzaj słabości, którą należy pokonywać samemu. Dotyczy to szczególnie zaburzenia lękowego uogólnionego. Być może tego rodzaju tendencja, zwłaszcza u mężczyzn, wpływa na różnice płci obserwowane w tym zakresie.
- Pacjenci z zaburzeniami lękowymi trafiają najczęściej nie do psychiatry, ale do internistów i lekarzy innych specjalności (kardiologów – zwłaszcza pacjenci z lękiem napadowym), gastrologów, reumatologów (najczęściej z powodu somatycznych objawów lęku uogólnionego).
- Problemy diagnostyczno-klasyfikacyjne, wynikające z jednej strony z różnych tradycji diagnostycznych, a z drugiej wiążące się z naturalnym przebiegiem zaburzeń nerwicowych, które mają często, zwłaszcza w początkowym okresie choroby albo też przy mniejszym nasileniu objawów, postać zaburzeń mieszanych.

Za najbardziej miarodajne wyniki dotyczące występowania poszczególnych zaburzeń lękowych uważane są badania epidemiologiczne na populacjach ogólnych. Dane te jednak również podlegają pewnym zafałszowaniom w zależności od stosowanych metod badawczych (np. kwestionariusze objawów lub dane dotyczące korzystania z usług medycznych) i od okresu obejmowanego pytaniem (występowanie objawów w ciągu całego życia czy np. tylko ostatniego roku). Metody są nadal doskonalone, a stosuje się je dopiero od kilkunastu lat. W interpretacji wcześniejszych danych trzeba też uwzględniać nowe klasyfikacje psychiatryczne. Choć przy interpretacji danych należy pamiętać o powyższych zastrzeżeniach, z większości badań epidemiologicznych wynika, że zaburzenia lękowe są często spotykane i występują w podobnych proporcjach w różnych kulturach.

Występowanie **napadów paniki** o nasileniu zbyt słabym lub o częstotliwości zbyt małej do rozpoznania zaburzenia lęku napadowego stwierdzono w ciągu 6 miesięcy u 3% populacji ogólnej, a w ciągu całego życia – u 5,6% badanych. Powtarzającą się w badaniach cechą jest brak ścisłego rozróżnienia napadów paniki niespełniających kryteriów tego zaburzenia i tych jej napadów, które owe kryteria spełniają.

Odrębny problem epidemiologiczny stanowią **zaburzenia mieszane depresyjno-lękowe**. Współwystępowanie objawów z obu grup jest tym większe, im bardziej łagodnie są objawy. W badaniach wykonanych na populacji ogólnej wśród osób spełniających kryteria diagnostyczne zaburzeń lękowych 28% również spełniało kryteria zaburzeń depresyjnych łagodnych, a dalsze 21% – zaburzeń depresyjnych o znacznym nasileniu.

Lęk jest reakcją przystosowawczą lub odpowiedzią na bezpośrednie niebezpieczeństwo, konflikt lub stres. Natomiast **lęk wtórny** stanowi objaw innych zaburzeń somatycznych lub psychiatrycznych.

W diagnostyce lęku przydatny jest jego podział na cztery typy [11]:

1. Lęk jako reakcja przystosowawcza lub odpowiedź na bezpośrednie niebezpieczeństwo, konflikt lub stres.
2. Izolowany lęk związany z określonym bodźcem, mający niewspółmiernie duże natężenie i prowadzący do unikania kontaktu z budzącymi zagrożenie bodźcami, co ma miejsce w fobiach.
3. Lęk pierwotnie autonomiczny, niezwiązany, przynajmniej przez pewien czas, z żadnymi wyraźnymi warunkami, co występuje w napadach paniki.
4. Lęk wtórny występujący jako objaw innych zaburzeń somatycznych i psychiatrycznych.

Komunikowanie się z pacjentem w lęku należy rozpocząć od zebrania informacji na temat psychologicznych okoliczności jego wystąpienia u tej osoby i jego diagnozowania, które można realizować według następujących kryteriów:

I. Wykluczenie podłoża somatycznego.

Stosunkowo częste somatyczne przyczyny lęku to:

- choroby układu krążenia (np. zagrażający zawał serca, napadowa przed-sionkowa tachykardia, zator tętnicy płucnej);
- choroby endokrynologiczne (np. nadczynność tarczycy, guz chromo-chłonny nadnerczy);
- reakcja anafilaktyczna;
- hipoglikemia;
- hipoksja;
- hipowolemia (np. krwotok wewnętrzny);
- zespół abstynencyjny (np. alkoholowy, z odstawienia benzodiazepin);
- stany majaczeniowe;
- zatrucia (np. amfetamina, kofeina);
- zespół psychoorganiczny.

II. Wykluczenie, że lęk jest objawem ubocznym stosowanych leków.

III. Wykluczenie, że dolegliwości zgłaszane przez pacjenta są objawami zaburzeń nastroju (depresji bądź manii) lub schizofrenii, zaburzeń typu schizofrenii lub urojeniowych.

IV. Ocena związku lęku ze stresującymi problemami:

A. Ewidentny związek:

- naturalna reakcja na chorobę;
- zaburzenia adaptacyjne;
- ostra reakcja na stres;
- zaburzenia stresowe pourazowe.

B. Brak prostego związku:

- zaburzenia lękowe uogólnione;
- zaburzenia lękowe z napadami lęku (lęk napadowy);
- zaburzenia lękowe w postaci fobii;
- zaburzenia obsesyjno-kompulsywne;
- zaburzenia depresyjne i lękowe mieszane;
- inne zaburzenia nerwicowe.

W przypadku stwierdzenia wtórnego lęku należy podjąć odpowiednie działanie ukierunkowane na jego przyczyny (leczenie choroby somatycznej,

psychicznej, korekta farmakoterapii powodującej lękowe objawy uboczne). W pozostałych przypadkach powinno się podjąć wstępne interwencje psychoterapeutyczne, a w razie ich niezadowalających efektów rozpocząć leczenie farmakologiczne.

Mówi się, że lęk jest jednym z najbardziej przykrych objawów. Taki atak lękowy pozostawia ślad w psychice chorego. Znając podstawy psychiatrii, wiadomo, że „lęk, jak powstał, tak i mija bez uchwytniej przyczyny” [21]. Nie-dopuszczalne jest zatem zbagatelizowanie przez osobę pomagającą odczuć chorego. Jego lęk jest bowiem wszechobecny, a chory ma poczucie zagrożenia, które występuje ze wszystkich stron. Dlatego tak ważne jest poczucie bezpieczeństwa, a „w ataku lękowym obecność drugiego człowieka zwykle przynosi ulgę” [20].

Osoba pomagająca, wykazując zainteresowanie stanem chorego, zachęca go do opisu przeżyć. W zaufaniu podopieczny przekaże wszystkie swoje doznania. Jest to dla niego korzystne, ponieważ uświadamia sobie własne lęki. W takim kontakcie można również zachęcać do porównań. To wszystko pozwoli na zebranie informacji, w jakich okolicznościach pojawiają się ataki lękowe.

Towarzysząc choremu w lęku, zauważa się jego bezradność, słabość, a zwrócenie się do lekarza lub pielęgniarki świadczy o wzmożonej potrzebie kontaktu z osobą, która jest w stanie pomóc. Podopieczny przyjmuje postawę dziecka. Chce, aby za niego przejął inicjatywę i pokierował nim. „Stąd gorączkowe szukanie oparcia w kimś silniejszym” [21].

Obecność pielęgniarki jest może nawet bardziej pożądana niż lekarza, a wynika to z faktu ciągłego towarzyszenia choremu na oddziale. Zaufana osoba pomagająca swoją empatyczną postawą i tolerancyjnością komunikuje choremu, że rozumie jego sytuację. Spokojny ton głosu, spojrzenie lub dotyk dłoni mogą w znacznym stopniu obniżyć poziom lęku, ponieważ jest to „namacalny dowód” obecności drugiego człowieka.

Chory w lęku opisuje swoje doznania, osoba pomagająca zatem musi wykazać się aktywnym słuchaniem. Werbalizacja tego, co usłyszała, pozwala choremu jeszcze raz zastanowić się nad przeżywanymi uczuciami i być może ukierunkować na źródło i okoliczności powstawania lęku. Stanowi także formę interpretowania wypowiedzi chorego. Niemniej jednak należy mówić o tym, co powiedział pacjent, unikając własnych interpretacji na dany temat.

Momentem, który może niwelować lęk, jest nawiązanie przez chorego stosunku uczuciowego z otoczeniem. Stąd korzystnie wpływa świadomość

życzliwej osoby, opiekuna. Generalnie pomocą dla chorego jest obecność pielęgniarki wyrozumiałej, ale jednocześnie opanowanej i pewnej swojego działania. Jest to ważne, bo nic nie działa gorzej na pacjenta, niż świadomość bliskości osoby, która nie jest mu w stanie pomóc. Kiedy minie atak lękowy, pielęgniarka również pozostaje w kontakcie z chorym, informując o swojej pomocy. Zapewnia warunki do wypoczynku lub snu, a kiedy chory powróci do dawnej dyspozycji, rozmawia z nim o sposobach redukcji lęku i zachęca do osławiania się z czynnikami, które mogą predysponować do powstania lęku.

Chory z silnym lękiem może wzbudzić podobne uczucia u osoby pomagającej. Dlatego w kontakcie z takimi pacjentami przydatne są **samoobserwacja** i **samokontrola**. Bezradny wobec irracjonalnego lęku chory może denerwować innych ludzi. Niepokój osoby pomagającej może z kolei potęgować lęk chorego.

W celu zapewnienia **terapeutycznego kontaktu** pomocne są:

- Cierpliwość i spokój. Dzięki spokojnemu i zdecydowanemu działaniu osoby pomagającej pacjent nabiera zaufania do jej kompetencji oraz przekonania, że dolegliwości mogą być zdiagnozowane i odpowiednio leczone. Spokojna postawa redukuje niepokój chorego i umożliwia uniknięcie pomyłek, jakie zdarzać się mogą w trakcie działania w pośpiechu.
- Aktywność i zdecydowanie. Chory w silnym niepokoju wymaga zdecydowanej postawy, która stwarza mu poczucie bezpieczeństwa. Okazując niezdecydowanie i niepewność, a zwłaszcza bezradność, osoba pomagająca potęguje niepewność chorego.
- Chęć zrozumienia chorego. Empatia, czyli umiejętność wczucia się w sytuację pacjenta, wyobrażenie sobie, co on czuje, zakomunikowanie pacjentowi (czyli zwerbalizowanie tego, co dzieje się w jego emocjach) gotowości niesienia pomocy i sposobu rozwiązania problemów.
- Wysłuchanie i uwzględnienie tego, czego chce pacjent. Kontakt jest znacznie łatwiejszy, gdy pacjent widzi, że jego zdanie się liczy i że osoba pomagająca stara się nawiązać z nim dialog.

5.3.2. ZALECANE TECHNIKI KOMUNIKOWANIA

Zalecane techniki komunikowania się z pacjentem z zaburzeniami lękowymi:

- wzmocnienie poczucia bezpieczeństwa;
- oferowanie siebie;
- okazanie empatii i zrozumienia;