

PRACE ORYGINALNE • ORIGINAL PAPERS

Lęk u pacjentów z chorobami przewlekłymi: istotny a marginalizowany problem

Anxiety in patients with somatic diseases: important but marginalized problem

KATARZYNA NOWICKA-SAUER^{1, A-F}, MAŁGORZATA PIETRZYKOWSKA^{2, C-F},
IZABELA STAŚKIEWICZ^{3, 4, B, D, F}, MARIOLA EJDYS^{5, 6, A, B}, ZENOBIA CZUSZYŃSKA^{7, B, D},
ANDRZEJ MOLISZ^{1, C, D}, MAGDA TOMASZEWSKA^{8, B, F}

¹ Zakład Medycyny Rodzinnej, Katedra Medycyny Rodzinnej Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego Oddział Kardiochirurgii, Swissmed, Gdańsk

² Katedra Medycyny Rodzinnej Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

³ Klinika Rehabilitacji Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego

⁴ Zakład Pielęgniarstwa Ogólnego Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

⁵ Katedra Pielęgniarstwa Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie

⁶ Klinika Dermatologii, Chorób Przenoszonych Drogą Płciową i Immunologii Klinicznej Miejskiego Szpitala Zespołowego w Olsztynie

⁷ Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych, Chorób Tkanki Łącznej i Geriatrii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

⁸ Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Janusza Korczaka w Słupsku

A – przygotowanie projektu badania, **B** – zbieranie danych, **C** – analiza statystyczna, **D** – interpretacja danych, **E** – przygotowanie maszynopisu, **F** – opracowanie piśmiennictwa, **G** – pozyskanie funduszy

Streszczenie **Wstęp.** Lęk jest jedną z najczęstszych reakcji emocjonalnych wśród pacjentów z rozpoznaniem choroby przewlekłej. Przegląd literatury wskazuje, że problem lęku współistniejącego z chorobą somatyczną jest bagatelizowany.

Cel pracy. Ocena poziomu lęku i depresji oraz częstości występowania lęku o nasileniu patologicznym wśród pacjentów z chorobami przewlekłymi.

Materiał i metody. Badanie przeprowadzono wśród 131 pacjentów (69 kobiet i 62 mężczyzn, średni wiek: $53,41 \pm 13,1$, zakres: 20–85 lat). Osoby badane to pacjenci z reumatoidalnym zapaleniem stawów – 40 osób, toczeniem rumieniowatym układowym – 36, po zawale mięśnia sercowego – 35, po udarze mózgu – 20 osób. W badaniu wykorzystano Szpitalną Skalę Depresji i Lęku (HADS).

Wyniki. Poziom lęku w badanej grupie chorych był istotnie wyższy niż poziom depresji – mediana wyniosła odpowiednio 7 i 4 punkty ($p < 0,01$). Podwyższony poziom lęku (powyżej 7 punktów w skali HADS) zaobserwowano u 42,7% (56 badanych), podwyższony poziom depresji u 26,7% (35 chorych). Patologiczny poziom lęku (11 punktów i powyżej) zanotowano u 23,7% (31 osób), zaś patologiczny poziom depresji – u 10,7% (14 pacjentów). Podwyższony i patologiczny poziom lęku był statystycznie istotnie częściej obserwowany niż podwyższony/patologiczny poziom depresji (odpowiednio $p = 0,006$ i $p = 0,005$). Poziom depresji i lęku nie korelował z wiekiem ($p \leq 0,05$) i był wyższy wśród kobiet (odpowiednio: $p = 0,002$ i $p = 0,015$).

Wnioski. 1. W badanej grupie osób z chorobami przewlekłymi wysoki poziom lęku stanowił częstszy problem niż nasilone objawy depresyjne, szczególnie wśród kobiet i niezależnie od wieku. 2. Otrzymane wyniki pozwalają uznać za uzasadnione dokonywanie oceny poziomu lęku oraz skriningu w kierunku zaburzeń lękowych wśród pacjentów z chorobami przewlekłymi.

Słowa kluczowe: lęk, depresja, choroba przewlekła, HADS.

Summary **Background.** Anxiety is one of the most often emotional reaction among patients with chronic diseases. Literature review indicates that a problem of anxiety coexisting with somatic disease is still underestimated.

Objectives. The aim of the present study was to assess a level of anxiety and depression and to examine the prevalence of pathological anxiety among patients with chronic diseases.

Material and methods. The study involved 131 patients (69 women, 62 men, mean age: 53.41 ± 13.1 ; range 20–85) diagnosed with rheumatoid arthritis – 40 patients, systemic lupus erythematosus – 36, myocardial infarction – 35, stroke – 20 patients. Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) was used.

Results. The level of anxiety was significantly higher than depression level – median was 7 and 4 points respectively ($p < 0.01$). Increased anxiety level (7 points and above in HADS) was observed in 42.7% (56 patients), increased level of depression in 26.7% (35 patients). Pathological anxiety level (11 points and above) was noted in 23.7% (31 patients), pathological level of depression in 10.7% (14 patients). Increased and pathological level of anxiety was statistically significantly more often observed than those of depression ($p = 0.005$ and $p = 0.006$ respectively). Anxiety and depression levels were not correlated with age ($p \leq 0.05$) and were higher in women ($p = 0.002$ and $p = 0.015$ respectively).

Conclusions. 1. In the studied group of patients with chronic diseases increased level of anxiety was more common than increased depressive symptoms, especially in women and irrespective of age. 2. Results justify the assessment of anxiety level and screening for anxiety disorders among chronically ill patients.

Key words: anxiety, depression, chronic disease, HADS.

Wstęp

U znaczącego odsetka chorych przewlekłe obserwuje się zaburzenia psychiczne [1]. Coraz częściej mówi się o współwystępowaniu depresji i schorzeń przewlekłych [2, 3], natomiast mniej badań dotyczy lęku, mimo że stanowi on jedną z najczęstszych emocjonalnych reakcji na chorobę. Rozpowszechnienie zaburzeń lękowych współtowarzyszących chorobom przewlekłym sięgać może nawet 50% [1, 4], a u chorych po zawale serca objawy lękowe związane są z podwyższonym ryzykiem incydentów wieńcowych oraz śmierci [5].

Cel pracy

Celem badania była ocena poziomu lęku i depresji oraz częstości występowania lęku o nasileniu patologicznym wśród pacjentów z chorobami przewlekłymi.

Materiał i metody

Badaniem objęto 131 pacjentów (69 kobiet i 62 mężczyzn) z rozpoznaniem choroby przewlekłej. Grupę badanych stanowili chorzy kolejno przyjmowani na oddział szpitalny (w przypadku chorych z zawałem i udarem) lub wizyty w poradni specjalistycznej (w przypadku chorych z reumatoidalnym zapaleniem stawów (RZS) i toczeniem rumieniowatym układowym (TRU)). Charakterystykę grupy przedstawiono w tabeli 1.

Charakterystyka	Wartość (n (%))
Kobiety, n (%)	69 (52,7)
Mężczyźni, n (%)	62 (47,3)
Średni wiek (SD); zakres 20–85 lat	53,41 (13,1)
Reumatoidalne zapalenie stawów, n (%)	40 (30,5)
Toczeń rumieniowaty układowy, n (%)	36 (27,5)
Zawał mięśnia sercowego, n (%)	35 (26,7)
Udar niedokrwienny mózgu, n (%)	20 (15,3)

SD – odchylenie standardowe.

W badaniu wykorzystano Szpitalną Skalę Depresji i Lęku (*Hospital Anxiety and Depression Scale*, HADS) [6]. Skala HADS składa się z 14 pytań: 7 z nich dotyczy objawów depresyjnych, 7 – lękowych. Wynik do 7 punktów w każdej z podskal oznacza normę, wynik między 8 a 10 punktów to wynik graniczny, świadczący o występowaniu umiarkowanych objawów lękowych/depresyjnych, wynik 11 i powyżej oznacza patologiczny poziom lęku/depresji [6]. Badanie było anonimowe. Na jego przeprowadzenie uzyskano zgodę pacjentów oraz podmiotów medycznych, pod których

opieką byli badani pacjenci. Badania finansowane były ze środków własnych autorów.

Dla zobrazowania charakterystyki grupy oraz wyników wykorzystano średnią \pm odchylenie standardowe (SD), medianę oraz odsetki w przypadku zmiennych kategoryalnych. Poziomy lęku i depresji porównano za pomocą testu par Wilcozona. Do analizy zależności poziomu depresji i lęku od wieku wykorzystano współczynnik korelacji Spearmana. Wykonano także analizę zależności poziomu depresji i lęku od płci przy wykorzystaniu testu U Manna-Whitneya. Przyjęto poziom istotności $\alpha = 0,05$. Do analizy statystycznej zastosowano pakiet STATISTICA PL v. 10.

Wyniki

Analiza statystyczna wykazała, że poziom lęku był statystycznie istotnie wyższy niż poziom depresji. Ponadto zarówno podwyższony, jak i patologiczny poziom lęku był istotnie statystycznie częściej obserwowany niż podwyższony i patologiczny poziom depresji. Wyniki przedstawiono w tabeli 2.

Tabela 2. Porównanie poziomu lęku i depresji oraz liczby i odsetka pacjentów z poszczególnych kategorii diagnostycznych HADS

	Lęk	Depresja	p
Wynik w skali HADS, mediana, (min; maks)	7 (0; 17)	4 (0; 15)	0,00000
Wynik graniczny, n (%)	56 (42,7)	35 (26,7)	0,006
Poziom patologiczny, n (%)	31 (23,7)	14 (10,7)	0,005

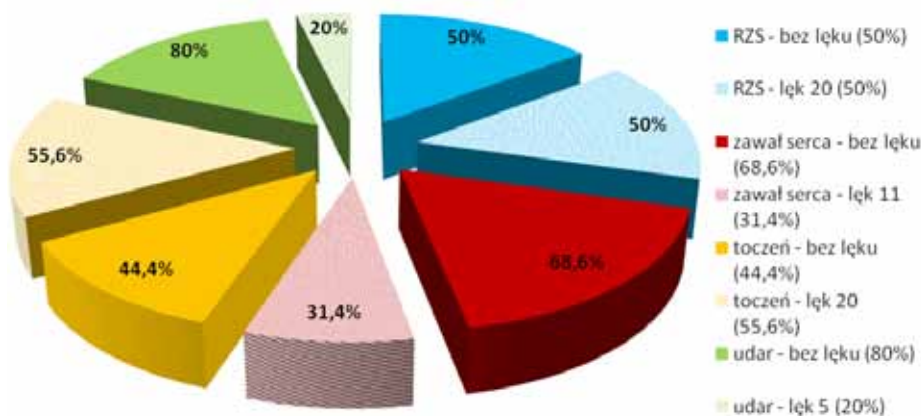
Min, maks – wartość minimalna i maksymalna; HADS – *Hospital Anxiety and Depression Scale*.

Częstość występowania podwyższonego poziomu lęku w poszczególnych grupach chorych prezentuje rycina 1.

Przeprowadzono także analizę korelacji poziomu lęku i depresji z wiekiem badanych. Nie stwierdzono istotnej statystycznie zależności między badanymi zmiennymi, bowiem współczynniki korelacji wyniosły odpowiednio dla lęku: $r = -0,163$, dla depresji $r = -0,008$ ($p \leq 0,05$). Poziom depresji wśród kobiet wyrażony za pomocą mediany wyniósł 5 punktów i był statystycznie istotnie wyższy niż wśród mężczyzn – 4 punkty ($p = 0,015$). Również poziom lęku był istotnie wyższy wśród kobiet i wyniósł 8 punktów vs. 5,5 wśród mężczyzn ($p = 0,002$).

Dyskusja

W piśmiennictwie coraz więcej uwagi poświęca się współistnieniu zaburzeń psychicznych z chorobami so-



Rycina 1. Występowanie podwyższonego poziomu lęku wśród badanych chorych

matycznymi [1, 7]. Eksploracja bazy PubMed za pomocą słów kluczowych (Medical Subject Headings) „lęk/depresja + choroba przewlekła” ujawniła znacząco mniejszą liczbę prac poświęconych problemowi lęku u chorych przewlekle. Zwraca się także uwagę, iż wciąż nieliczne są badania porównujące częstość depresji i zaburzeń lękowych wśród pacjentów z chorobami somatycznymi [7]. Wydaje się, że problem ten jest bagatelizowany, bowiem z badań, jak i doświadczenia własnego wynika, że lęk jest niezwykle częstą reakcją wśród chorych [5, 7–9]. W badaniu niniejszym wykazano, że podwyższony poziom lęku jest częściej obserwowany niż podwyższony poziom depresji. Zarówno objawy lękowe, jak i depresyjne były bardziej nasilone wśród kobiet. Na podobny kierunek różnic w zakresie płci, zarówno w populacji generalnej, jak i wśród chorych somatycznie zwraca uwagę wielu autorów [7, 8, 14, 17].

W badanej grupie nasilony poziom lęku dotyczył niemal co drugiego pacjenta, zaś poziom patologiczny, świadczący o obecności zaburzeń wymagających interwencji terapeutycznej, występował u około jednej czwartej pacjentów. Rezultaty te są zgodne z wynikami innych badań, w których stwierdzono, że lęk stanowi częsty problem wśród pacjentów z chorobami reumatycznymi, w tym z RZS oraz toczeniem [5, 7, 10]. Wyższe nasilenie lęku niż depresji mierzonych testem HADS zaobserwowano wcześniej w licznej grupie pacjentów z toczeniem, neuropsychiatryczną postacią TRU oraz mieszaną chorobą tkanki łącznej [10]. W badaniu z wykorzystaniem skali HADS, Johnston i wsp. stwierdzili wyższy poziom lęku niż depresji wśród pacjentów po zawałe oraz po udarze [11]. Wyższy niż w niniejszym badaniu odsetek pacjentów po udarze z podwyższonym poziomem lęku zaobserwował Broomfield i wsp. – 29% [12], co wynikać może z różnic w liczebności badanych grup. We

wspomnianym badaniu – podobnie jak w niniejszym – odsetek pacjentów z depresją był niższy niż pacjentów z wysokim poziomem lęku [12].

Biorąc pod uwagę fakt, iż lęk jest tak częstą reakcją emocjonalną u osób przewlekle chorych oraz jego udowodnione poważne konsekwencje, szczególnie w przypadku osób z chorobą wieńcową [13], uzasadnione wydaje się prowadzenie badań przesiewowych. Skala HADS jest uznanym narzędziem skriningowej oceny objawów depresyjnych i lękowych wśród chorych somatycznie [11, 14], a prostota i łatwość interpretacji skali pozwalają na jej stosowanie w podstawowej opiece zdrowotnej, nie tylko wśród osób chorych somatycznie, ale także w populacji generalnej [11, 15, 16]. Innymi skalami o udowodnionej przydatności w badaniach przesiewowych w populacji ogólnej dostępnymi w języku polskim są skala *Generalized Anxiety Disorder-7* (GAD-7) [17] oraz test PRIME-MD [18, 19]. Stosowanie powyższych metod mogłoby przyczynić się do wczesnego diagnozowania zaburzeń i ukierunkowania terapii [12, 17], jako że sugeruje się, iż świadomość dotycząca współistnienia zaburzeń lękowych z chorobami somatycznymi jest zbyt niska [20]. Postulowana jest zatem kontynuacja badań w tym zakresie [7].

Wnioski

1. Wśród osób z chorobami przewlekłymi wysoki poziom lęku stanowi częstszy problem niż nasilone objawy depresyjne, szczególnie wśród kobiet i niezależnie od wieku.
2. Otrzymane wyniki pozwalają uznać za uzasadnione dokonywanie oceny poziomu lęku oraz skriningu w kierunku zaburzeń lękowych wśród pacjentów z chorobami przewlekłymi.

Piśmiennictwo

1. Gilli M, Comas A, Garcia-Garcia M, et al. Comorbidity between common mental disorders and chronic somatic diseases in primary care. *Gen Hosp Psychiatry* 2010; 32: 240–245.
2. Menear M, Doré I, Cloutier AM, et al. Chronic physical comorbidity burden and the quality of depression treatment in primary care: A systematic review. *J Psychosom Res* 2015 Jan [cyt.13.03.2015]. doi: 10.1016/j.jpsychores.2015.01.001.
3. Egede LE. Major depression in individuals with chronic medical disorders: prevalence, correlates and association with health resource utilization, lost productivity and functional disability. *Gen Hosp Psychiatry* 2007; 29: 409–416.
4. Cepuch G, Wojtas K, Zych B, et al. Assessment of emotional state of psoriasis patients and the degree of acceptance of the disease. *Fam Med Prim Care Rev* 2014; 16(2): 85–87.
5. Roest AM, Zuidersma M, de Jonge P. Myocardial infarction and generalized anxiety disorder: 10-year follow-up. *Br J Psychiatry* 2012; 200: 324–329.
6. Majkovicz M. *Praktyczna ocena efektywności opieki paliatywnej – wybrane techniki badawcze*. W: De Walden-Gałuszko K, Majkovicz M, red. *Ocena jakości opieki paliatywnej w teorii i praktyce*. Gdańsk: Gdański Uniwersytet Medyczny; 2000: 21–42.
7. Bayat J, Alishiri GH, Salimzadeh A, et al. Symptoms of anxiety and depression: a comparison among patients with different chronic conditions. *Res Med Sci* 2011; 16: 1441–1447.
8. Geenen R, Newman S, Phil D, et al. Psychological interventions for patients with rheumatic diseases and anxiety or depression. *Best Prac Res Clin Rheumatol* 2012; 26: 305–319.
9. Janiszewska J, Lichodziejewska-Niemierko M, Gołębowska J, et al. Determinants of anxiety in patients with advanced somatic disease: differences and similarities between patients undergoing renal replacement therapies and patients suffering from cancer. *Int Urol Nephrol* 2013; 45: 1379–1387.
10. Nowicka-Sauer K, Czuszyńska Z, Majkovicz M, et al. Neuropsychological assessment in mixed connective tissue disease: comparison with systemic lupus erythematosus. *Lupus* 2012; 9: 927–933.
11. Johnston M, Pollard B, Hennessey P. Construct validation of Hospital Anxiety and Depression Scale with clinical populations. *J Psychosom Res* 2000; 48: 579–584.
12. Broomfield NM, Quinn TJ, Abdul-Rahim AH, et al. Depression and anxiety symptoms post-stroke/TIA: prevalence and associations in cross-sectional data from a regional stroke registry. *BMC Neurology* 2014; 14: 198.
13. Szyguła-Jurkiewicz B, Szymik M, Mrozowska B, i wsp. Psychologiczne uwarunkowania i konsekwencje ostrego zawału serca. Lekki psychotropowe u chorych po ostrym zawału serca. *Chor Serca Naczyń* 2011; 8: 62–69.
14. Herrmann C. International experiences with the Hospital Anxiety and Depression Scale: a review of validation data and clinical results. *J Psychosom Res* 1997; 42: 17–41.
15. Haddad M, Walters P, Phillips R, et al. Detecting depression in patients with coronary heart disease: a diagnostic evaluation of the PHQ-9 and HADS in primary care. Findings From the UPBEAT-UK Study. *PlosOne* 2013; 8(10): e78493.
16. Bjelland I, Dahl AA, Haug TT, et al. The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale an updated literature review. *J Psychosom Res* 2002; 52: 69–77.

17. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW, et al. Anxiety disorders in primary care: prevalence, impairment, comorbidity, and detection. *Ann Int Med* 2007; 5: 317-325.
18. Nowicka-Sauer K, Cwaliński T, Pietrzykowska M, i wsp. Badania przesiewowe w kierunku zaburzeń psychicznych w populacji wiejskiej prowadzone w ramach akcji profilaktycznej. *Fam Med Prim Care Rev* 2014; 16: 143-145.
19. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB. Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. Primary Care Evaluation of Mental Disorders. Patient Health Questionnaire. *JAMA* 1999; 282: 1734-1744.
20. Scott KM, Bruffaerts R, Tsang A, et al. Depression-anxiety relationships with chronic physical conditions: results from the World Mental Health Surveys. *J Affect Disord* 2007; 103: 113-120.

Adres do korespondencji:

Dr n. med. Katarzyna Nowicka-Sauer
Katedra Medycyny Rodzinnej GUMed
ul. Dębinki 2
80-211 Gdańsk
Tel.: 58 349-15-79
E-mail: kpsauer@gumed.edu.pl

Praca wpłynęła do Redakcji: 18.03.2015 r.

Po recenzji: 10.04.2015 r.

Zaakceptowano do druku: 21.04.2015 r.