

## Spis treści

<b>1. Wprowadzenie</b>	<b>3</b>
<b>2. Co to jest lęk?</b>	<b>4</b>
<b>3. Rodzaje zaburzeń lękowych</b>	<b>5</b>
3.1. Zespół lęku uogólnionego	5
3.2. Zespół lęku napadowego	6
3.3. Zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne	6
3.4. Fobie proste	7
3.5. Fobia społeczna	8
3.6. Zespół stresu pourazowego	8
<b>4. Zaburzenia somatyczne związane z lękiem</b>	<b>9</b>
<b>5. Konieczność i zakres badań dodatkowych</b>	<b>9</b>
<b>6. Leczenie zaburzeń lękowych</b>	<b>11</b>
6.1. Psychoterapeutyczne metody leczenia lęku	11
6.2. Farmakoterapia lęku	12
6.2.1. Benzodiazepiny	12
6.2.1.1. Uzależnienie od benzodiazepin	12
6.2.2. Leki przeciwdepresyjne	13
6.2.2.1. Trójpierścieniowe leki przeciwdepresyjne	14
6.2.2.2. Selektywne inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	14
6.2.2.3. Inne leki przeciwdepresyjne	15
6.2.3. Inne leki stosowane w terapii lęku	15
<b>7. 10 rad dla pacjentów i ich rodzin</b>	<b>15</b>
7.1. Rady dla pacjenta z zaburzeniami lękowymi	15
7.2. Rady dla rodziny i przyjaciół chorego	16



## 1. Wprowadzenie

Z dużym prawdopodobieństwem można założyć, że każdy lub niemal każdy doznał kiedyś uczucia lęku. Niektórzy sądzą nawet, że właśnie występowanie tej emocji różni człowieka od zwierząt, choć nie wydaje mi się, żeby można to było udowodnić. Z drugiej jednak strony bardzo trudno jest odpowiedzieć na pytanie, czym właściwie jest lęk. Ktoś mógłby powiedzieć, że ustalenie definicji lęku nie ma szczególnego znaczenia, skoro jest to uczucie dobrze wszystkim znane. Nie jest to jednak prawda, wydaje się bowiem, że bardzo wielu ludzi doznając uczucia lęku nie zdaje sobie z tego sprawy i przypisuje odczuwany przez siebie dyskomfort zupełnie innym przyczynom – najczęściej jakiejś poważnej chorobie somatycznej. Osoby te zgłaszają się ze swoimi problemami do lekarzy ogólnych, nie skarżą się na dolegliwości natury psychicznej i w związku z tym nie są z tego powodu leczone. Objawy lęku ulegają nasileniu utwierdzając pacjenta, jego otoczenie i jego lekarza w przekonaniu, że należy poszukiwać somatycznych źródeł złego samopoczucia – błędne koło zaczyna się zamykać. Mówi się nawet o występowaniu „lęku psychicznego” i „lęku somatycznego” - tak naprawdę jest tylko jeden lęk, natomiast wielu ludzi nie zdaje sobie sprawy z jego przeżywania.

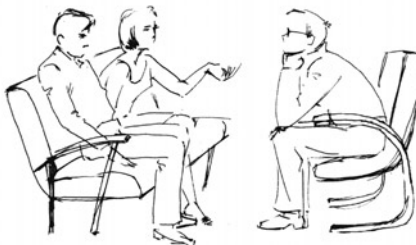
Dlatego bardzo ważne jest zastanowienie się, nawet na bardzo ogólnym poziomie, czym właściwie jest i jak może się manifestować lęk. Doprowadzi to również do odpowiedzi na pytanie jak można radzić sobie z zaburzeniami wywołanymi przez lęk. Tym zagadnieniom będzie poświęcona dalsza część tego poradnika.

*Lukasz Świącicki*

*Ordynator Oddziału Chorób Afektywnych II Klinika Psychiatryczna  
Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie*

## 2. Co to jest lęk?

W większości podręczników trudno znaleźć odpowiedź na to pytanie. Ich autoryzacy zaczynają zwykle od wyliczenia objawów mogących wskazywać na występowanie lęku oraz zaburzeń psychicznych uznawanych za wywołane lękiem. Ale czym jest sam lęk? Niekiedy przeciwstawia się uczucie lęku innemu, pokrewnemu stanowi emocjonalnemu - strachowi.



Mówi się, że strach występuje w reakcji na konkretny bodziec, natomiast lęk jest takim specjalnym strachem, którego przyczyną pacjent (albo po prostu „osoba, która doznaje lęku”, bo przecież nie musi to być pacjent) nie potrafi podać. W niektórych przypadkach takie określenie lęku wydaje się zupełnie słuszne. Tak jest na przykład w zespole lęku napadowego (w napadach paniki) lub w zespole lęku uogólnionego. Natomiast osoby z fobią społeczną niewątpliwie potrafią podać źródło swojego lęku - jest nim np. konieczność publicznego wystąpienia - a mimo to emocję, której doznają nazywa się lękiem. Podobnie jest w przypadku zespołu obsesyjno-kompulsyjnego (zespołu natręctw), a już zupełnie wyraźnie uwidocznia się to w przypadku zespołu stresu pourazowego. To ostatnie zaburzenie jest spowodowane przeżyciem jakiejś bardzo przykrych, strasznej, traumatycznej sytuacji, która później niejako odżywa w wyobraźni osoby chorej. Wydaje się więc, że w zaburzeniach z tej drugiej grupy lęku nie można tak łatwo przeciwstawić strachowi. Jest to raczej inny, dziwny rodzaj strachu - z jednej strony długotrwały, czy też powtarzający się wielokrotnie, z drugiej strony w pewien sposób bezsensowny. Używa się czasem określenia „nieprzystosowawczy” - bo źródła strachu można w jakiś rozsądny sposób uniknąć, źródła lęku - nawet jeśli wydaje się znane - zazwyczaj nie. Można sobie oczywiście wyobrazić kogoś, kto przez całe życie unika wszelkich wystąpień publicznych, jednak życie takiej osoby z pewnością trudno byłoby uznać za udane. Tak więc odczuwanie strachu pomogłoby przeżyć, ponieważ pozwala na sensowne unikanie i przewidywanie niebezpieczeństwa, natomiast odczuwanie lęku utrudniałoby życie, wyraźnie pogarszając jego jakość. Jest tu oczywiście jakaś cienka granica pomiędzy takim strachem przechodzącym już w lęk, który jeszcze żyć pomaga, a takim, który zaczyna już przeszkadzać. I ta granica jest prawdopodobnie różna dla różnych ludzi, ale także różna dla różnych sytuacji - inaczej jest przecież wówczas, gdy wyjeżdżamy na patrol transporterem w Afganistanie, a inaczej gdy autobusem wyjeżdżamy do biura. W tej pierwszej sytuacji nawet spora dawka lęku wydaje się uzasadniona i może pomóc w przeżyciu, a w drugiej nawet niewielki lęk może być zupełnie bezzasadny i zatruwający życie.

Już z samych tych wstępnych rozważań wynika, że lęk jest zjawiskiem o wielu twarzach, wielu postaciach, trudnym do zdefiniowania i w jakiś sposób powiązany ze znanym wszystkim uczuciem strachu.

### 3. Rodzaje zaburzeń lękowych

Tak jak różnie można definiować lęk, tak też i różnie może się on przejawiać, stąd też wyróżniamy kilka różnych zaburzeń lękowych.

Rodzaje zaburzeń lękowych:

- Zespół lęku uogólnionego
- Zespół lęku napadowego (napady paniki)
- Zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne (zespół natręctw)
- Fobie proste
- Fobia społeczna
- Zespół stresu pourazowego

Ogólnie rzecz biorąc zaburzenia lękowe należą do najczęściej występujących zaburzeń psychicznych, prawdopodobnie dotyczą ponad 20% wszystkich ludzi. W USA wyliczono np., że w jakimś okresie życia zaburzenia lękowe występują u 26,9 milionów Amerykanów. W 1990 roku koszty związane z zaburzeniami lękowymi wyniosły w USA 46,6 miliardów dolarów i stanowiły 31,5% wszystkich kosztów związanych z zaburzeniami psychicznymi. Częstość występowania różnych zaburzeń lękowych zostanie omówiona w dalszej części poradnika.

#### 3.1. Zespół lęku uogólnionego

W okresie całego życia zespół lęku uogólnionego występuje u około 5% ludzi, zaburzenie jest dwukrotnie częstsze u kobiet, niż u mężczyzn. Najważniejszym objawem zaburzenia jest występujące przewlekłe zamartwianie się, „tworzenie katastroficznych scenariuszy” - jak to często określają pacjenci. Niemal każda sytuacja z codziennego życia może stać się przyczyną rozważań - co to będzie, co może się nie udać, co się stanie jeśli coś się wydarzy itd. Przedmiotem zmartwienia bywa bardzo często zdrowie członków rodziny i własne, ewentualne problemy finansowe, ale także sprawy drobne, jak ryzyko spóźnienia się na spotkanie. Zamartwianiu się towarzyszy stałe, nurtujące poczucie wewnętrznego niepokoju (nieвозмоść znalezienia sobie miejsca), drażliwość, zaburzenia snu i napięcie mięśni, odczuwane jako fizyczna bolesność kończyn, karku lub głowy. Uspokojenie się w jednej sprawie nic nie pomaga, ponieważ natychmiast powstaje nowe zmartwienie, stąd starania bliskich, aby uspokoić osobę chorą zwykle spełzają na niczym. Osobom bliskim może się nawet wydawać, że pacjent „na łałość” znajduje sobie nowe zmartwienia - „ledwo mu się coś przetłumaczy, to już coś innego wynajduje” - jednak tak naprawdę nie ma w tym żadnej złej woli. Po prostu silne wewnętrzne poczucie lęku szuka ujęcia - jest to paradoksalna sytuacja, w której skutek poszukuje swojej przyczyny, ponieważ tak naprawdę to lęk jest w tej sytuacji pierwotny, a uzasadnienie tego lęku zostaje nieświadomie dorobione później.

### 3.2. Zespół lęku napadowego

Częstość występowania zespołu lęku napadowego szacuje się na 1,5 do 3,0%. Zaburzenie występuje 2-3 krotnie częściej u kobiet niż u mężczyzn. Zespół lęku napadowego jest zaburzeniem lękowym, które robi największe wrażenie na otoczeniu chorego. Podczas napadu paniki pacjenci mają poczucie bardzo ciężkiej choroby, umierania, domagają się natychmiastowej pomocy, wzywają pogotowie, pojawiają się w izbach przyjęć szpitali. Napadowi lęku towarzyszą zwykle duszności, poczucie zaburzeń rytmu serca, pocenie się, ucisk w gardle, chęć ucieczki. Sam napad, choć niezwykle dramatyczny, trwa zwykle krótko - od kilku do kilkunastu minut i początkowo ustępuje całkowicie bez śladu, jednak w miarę trwania choroby napady występują coraz częściej, niekiedy kilka, kilkanaście razy dziennie, a w okresach między napadami chorzy z niepokojem i napięciem oczekują następnego epizodu. Na tym etapie choroby przebieg zespołu lęku napadowego zaczyna przypominać zespół lęku uogólnionego. Większość pacjentów z zespołem lęku napadowego, przynajmniej w początkowym okresie choroby jest przekonana o tym, że źródłem problemów jest jakaś choroba somatyczna (najczęściej choroba serca), osoby te nawet nie podejrzewają psychicznych przyczyn swoich dolegliwości.

### 3.3. Zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne

Zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne kiedyś nazywane było zespołem natręctw. W ciągu całego życia zaburzenie to występuje u około 3% osób, jest tak samo częste u kobiet i u mężczyzn, choć u mężczyzn rozpoczyna się zwykle wcześniej. Podstawowe objawy tego zaburzenia to myśli natrętne (obsesje) i czynności natrętne (kompulsje). Myśli natrętne występują w tym zaburzeniu zawsze, czynności natrętne mogą im towarzyszyć, ale może także ich nie być. Myśli natrętne to bardzo szczególnie i dziwny objaw. Osoba, u której występują zdaje sobie zawsze sprawę, że są to myśli chore, nie akceptuje ich i nie chce ich mieć, a mimo to, ma wrażenie, że nie jest w stanie kontrolować ich występowania. Treść myśli natrętnych może być bardzo różna. Najczęstsze są obawy przed zabrudzeniem, przed zrobieniem krzywdy, najczęściej osobie bliskiej i najbardziej kochanej, a także przed utratą kontroli, możliwością dopuszczenia się jakiegoś szczególnie nieakceptowanego i niewłaściwego czynu. U osób religijnych często pojawiają się myśli o treści bluźnierczej. Często zdarza się tak, że myśli natrętne dotyczą tego, co dla danej osoby jest szczególnie obce i czego osoba ta u siebie szczególnie nie akceptuje. Próba zahamowania myśli natrętnych poprzez nakazanie sobie, żeby nie myśleć prowadzi często jedynie do zwiększenia ich nasilenia.

Z myśli natrętnych mogą wynikać natrętne czynności, kompulsje, stanowiące realizację myśli. Osoba, która szczególnie boi się zabrudzenia może na przykład bardzo często i dokładnie myć ręce, a nawet sterylizować je spirytusem. Zdarzają się jednak czynności natrętne bardzo dziwne i trudne do zrozumienia. Na przykład jeden z pacjentów domagał się od swoich rodziców, aby zakładali koszule tył do

przodu, ponieważ z trudnych do wyjaśnienia przyczyn nie był w stanie znieść widoku guzików. Z kolei widok guzików „zmuszał” go do wykonywania rytuałów związanych z myciem (nie tylko rąk).

Myśli natrętne są sprawą niezwykle wstydliwą. Większość chorych nie przyznaje się do nich, chyba że w gronie osób najbliższych. Trudno się temu dziwić zważywszy, że pacjenci są w pełni świadomi chorobliwego charakteru swoich objawów. Można więc podejrzewać, że częstość występowania tych zaburzeń jest w rzeczywistości większa niż się szacuje, ponieważ wiele osób nie zgłasza się do lekarza, albo nie ujawnia wszystkich swoich problemów. Czynności natrętne zajmują niekiedy ogromną ilość czasu. Zdarza się, że pacjent poświęca większą część dnia na ich wykonywanie, a niekiedy wręcz nie starcza mu doby. Wielu chorych potrafi się powstrzymać przed wykonywaniem czynności natrętnych, jednak pochłanianie to tak wiele energii, że nie wystarcza jej nawet na elementarne codzienne funkcjonowanie.

Na pierwszy rzut oka może się wydawać, że zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne wcale nie jest zaburzeniem lękowym, jednak w rzeczywistości, u podstawy zarówno myśli jak i czynności natrętnych tkwi lęk. Myśli dotyczą wyłącznie spraw, których pacjent się boi, do których nigdy nie chciałby dopuścić. Z kolei czynności stanowią rytualny sposób zapobiegania temu, aby to co pojawiło się w myślach, naprawdę się stało. Pacjent uważa, że jeśli wykona odpowiednią sekwencję czynności (na przykład sprawdzających), to pozwoli mu to na uniknięcie złych wydarzeń, których się obawia. Jednak wykonanie czynności musi być perfekcyjne, pacjent właściwie nigdy nie jest zadowolony z tego co zrobił i ma poczucie, że powinien to jeszcze raz powtórzyć. W fazie zaawansowanej choroby liczbę powtórzeń ogranicza jedynie zmęczenie i brak czasu - pacjent mógłby sprawdzać bez końca, ale po prostu fizycznie nie jest w stanie.

### 3.4. Fobie proste

Fobia prosta to nadmierny i niewytłumaczalny lęk przed różnymi przedmiotami, zwierzętami, zjawiskami. Fobii takich jest bardzo wiele. Mogą dotyczyć pajaków, szczurów, piorunów, padającego śniegu, a nawet liczby trzydzieści. Tego typu nieracjonalne lęki można właściwie traktować jako pogranicze normy, ponieważ występują one u bardzo wielu osób i najczęściej nie powodują żadnych istotnych zaburzeń codziennego funkcjonowania. Osoba, która odczuwa tego rodzaju lęk uczy się, po prostu w ciągu swojego życia unikania jego źródeł - zwłaszcza w warunkach współczesnej cywilizacji, szczególnie miejskiej, unikanie pajaków, czy szczurów nie jest zazwyczaj szczególnie trudne. Niemal każdy człowiek mógłby chyba znaleźć w swojej świadomości jakąś rzecz, której bez wyraźnej przyczyny bardzo się brzydzi lub obawia.



Szczególnym rodzajem fobii, właściwie formalnie jedynie zaliczanym do fobii prostych, jest lęk przed otwartą lub zamkniętą przestrzenią (agorafobia i klaustrofobia). Tak naprawdę przestrzeń jest tym czego nie można w żaden sposób unikać, ani nawet łatwo zdefiniować. Stąd też u osób z agorafobią (a często także z klaustrofobią) występują najczęściej objawy w znacznym stopniu zbliżone do zespołu lęku napadowego (wyodrębnia się zresztą zespół lęku napadowego z agorafobią, zwykle trudniejszy do leczenia niż zwykły zespół lęku napadowego).

### 3.5. Fobia społeczna

Częstość występowania fobii społecznej ocenia się bardzo zmiennie, od 3 do 13%. Także ten rodzaj zaburzeń lękowych, jak niemal wszystkie, z wyjątkiem zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych i zespołu stresu pourazowego, występuje częściej u kobiet, niż u mężczyzn. Osoby z fobią społeczną odczuwają lęk przed różnego rodzaju sytuacjami, kiedy mogłyby być zmuszone do występowania przed innymi ludźmi i starają się takich sytuacji unikać. Najczęściej chodzi po prostu o publiczne zabieranie głosu, wygłaszanie referatów, odpowiadanie na pytania. Jednak lęk może dotyczyć także takich czynności jak jedzenie w towarzystwie innych osób, a nawet pisanie w sytuacji, kiedy ktoś na piszącego patrzy. W sytuacji, kiedy osoby dotknięte fobią społeczną są z jakiegoś względu zmuszone do wystąpienia w sytuacji wywołującej u nich lęk, odczuwają coś w rodzaju napadu paniki, któremu najczęściej towarzyszy czerwienienie się, nadmierne pocenie i uczucie silnej suchości w ustach. Napadom paniki często towarzyszy silna obawa przed zwymiotowaniem. Objawy fobii społecznej zwykle bardzo zmniejszają się lub całkowicie ustępują po wypiciu alkoholu. Stąd też u osób z tym zaburzeniem bardzo często obserwuje się tendencje do nadużywania alkoholu. To, co początkowo wydaje się dobrym lekarstwem, na dłuższą metę może się stać przyczyną kolejnej choroby.

### 3.6. Zespół stresu pourazowego

Zespół stresu pourazowego występuje u osób, które doznały szczególnie silnego urazu psychicznego - uczestników działań wojennych, osób, które przeżyły katastrofy. W tej grupie osób częstość występowania zaburzeń ocenia się na 3 do 58%. Tak duża rozbieżność zależy prawdopodobnie głównie od tego, że różnego rodzaju wydarzenia traumatyczne, w różnym stopniu, wpływają na występowanie zespołu stresu pourazowego.

Głównym objawem zespołu stresu pourazowego jest powtarzające się, wielokrotne przeżywanie strasznego wydarzenia, które stało się przyczyną wystąpienia zaburzeń. Jest to coś w rodzaju wyobrażenia, ale tak plastycznego i realnego, że pacjentowi często trudno je odróż-



nić od rzeczywistości. Ponownym przeżywaniem towarzyszy unikanie wszelkich sytuacji, które kojarzą się, często w bardzo luźny sposób, z sytuacją traumatyczną oraz nadmierna reaktywność na różne bodźce.

#### 4. Zaburzenia somatyczne związane z lękiem

Zaburzenia lękowe, niekiedy bardzo przypominające te, których przyczyny są jedynie psychiczne, mogą towarzyszyć różnym chorobom somatycznym. Najczęściej wymienia się tu takie zaburzenia jak:

- Choroba Alzheimera
- Zaburzenia rytmu serca
- Zaburzenia krążenia mózgowego
- Guzy ośrodkowego układu nerwowego
- Hipoglikemia
- Wypadanie płątka zastawki mitralnej
- Choroba Parkinsona
- Guz chromochłonny nadnerczy
- Padaczka w okresie napadu i po napadzie drgawkowym
- Krwiałk podpajęczynówkowy
- Zaburzenia funkcjonowania tarczycy
- Zawroty głowy (o różnych przyczynach)

Dokładne omówienie związków między lękiem a wspomnianymi zaburzeniami somatycznymi znacznie przekracza zakres tego poradnika. Trzeba jednak pamiętać, że często obserwuje się równoczesne występowanie chorób somatycznych i zaburzeń lękowych, co w praktyce oznacza, że samo wyleczenie choroby somatycznej może nie wystarczyć dla wyleczenia lęku. Innymi słowy choroba somatyczna może stanowić jedną ale wcale nie jedyną z przyczyn lęku. Może się także zdarzyć tak, że lęk wywołany początkowo przez chorobę somatyczną zaczyna żyć własnym życiem i wcale nie znika po ustąpieniu pierwotnej przyczyny.

#### 5. Konieczność i zakres badań dodatkowych



Na podstawie samych objawów klinicznych często nie można ostatecznie określić, czy przyczyną złego samopoczucia pacjenta jest choroba somatyczna, lęk czy też może jedno i drugie. Stąd też jeśli lekarz mówi choremu, że jego dolegliwości są związane z lękiem, to wcale nie znaczy, że „lekceważy możliwość występowania choroby somatycznej”. Wiele osób sądzi, że lekarz powinien najpierw wykonać „wszystkie

możliwe" badania, żeby wykluczyć inne przyczyny dolegliwości, zanim określi ich przyczynę jako lęk. Z kilku względów jest to niemożliwe i niepraktyczne:

- „Wszystkich” badań jest w tej chwili naprawdę niezwykle dużo, część z nich jest bardzo kosztowna, a co gorsza, fakt iż uda się stwierdzić „jakieś” nieprawidłowości niczego ostatecznie nie przesądza. Nikt nie jest idealnie zgodny z ideałem zdrowia zdefiniowanym przez podręczniki, ponadto w wielu zakresach ludzkiej fizjologii istnieje co najmniej kilka różnych stanów, które z równym powodzeniem można określić jako prawidłowe. Stąd też, jeśli wykonuje się zbyt wiele nieuzasadnionych badań, to któreś z nich przyniosą wreszcie, niemal na pewno, wyniki, które będzie można interpretować jako oznakę „choroby”, choć tak naprawdę wcale taką oznaką nie będą. Osoba nie zdająca sobie z tego sprawy może jednak łatwo dojść do przekonania, że właśnie stwierdzona nieprawidłowość jest wynikiem „całego zła”. Wychodząc z takiego niestusznego założenia pacjent może prosić o wykonywanie dalszych badań i odmawiać zgody, na przykład, na psychoterapię lub wizytę u psychiatry z wielką szkodą dla siebie. Dobrym przykładem takiego zjawiska jest np. stwierdzenie torbiele w obrębie czaszki. Tego typu torbiele zwykle nie powodują żadnych objawów i nie wymagają interwencji. Trudno powiedzieć, że są stanem prawidłowym, ale też nie są stanem chorobowym - są odchyleniem od normy nie mającym znaczenia klinicznego. Kiedyś zmian takich zazwyczaj nie ujawniano, ponieważ nie było wystarczająco dobrych metod diagnostycznych - obecnie często wykonuje się np. tomografię komputerową mózgu, stąd też częstość występowania tego typu zaburzeń wydaje się większa.
- Wykonywanie wielu badań jest niekiedy zbędne ze względu na bardzo charakterystyczne objawy związane z lękiem. Na przykład napadom paniki, w przebiegu zespołu lęku napadowego, towarzyszą tak charakterystyczne objawy, że często sam ich opis wystarczy do rozpoznania. Oczywiście, że napady lęku mogą być związane z chorobami somatycznymi - na przykład ich pierwotną przyczyną może być nadczynność tarczycy, jednak nie zmienia to istoty rzeczy - w takich sytuacjach konieczne będzie zapewne nie tylko leczenie tarczycy, ale także terapia lęku.
- Nawet stwierdzenie istotnych odchyleń od stanu zdrowia, w badaniach dodatkowych, w rzeczywistości nie wyklucza rozpoznania lęku. Ponieważ zaburzenia lękowe, jak już wspomniano, występują bardzo często, stąd też nie należy do rzadkości ich pojawienie się u osób, które skądinąd są chore na jakąś chorobę somatyczną wcale bezpośrednio z lękiem niezwiązaną.



Podsumowując - wbrew przekonaniu bardzo wielu pacjentów, wykonywanie badań dodatkowych, nawet bardzo skomplikowanych, drogich i trudno dostępnych, nie pozwala samo w sobie, na ostateczne ustalenie czy przyczyną dolegliwości jest lęk, czy choroba somatyczna. To, że badanie jest drogie i trudno dostępne wcale nie musi znaczyć, że w konkretnym przypadku wniesie jakieś istotne dane do procesu diagnostycznego. Co więcej, niezależnie od wyniku badań dodatkowych, występowanie typowych objawów lęku oznacza, że nawet w przypadku stwierdzenia współwystępowania choroby somatycznej, lęk jako taki również wymaga specjalistycznego leczenia!

## 6. Leczenie zaburzeń lękowych

Zwykle omawia się leczenie zaburzeń lękowych w odniesieniu do każdego z nich osobno, ale uważny czytelnik tego typu podręczników musi dojść do wniosku, że wiele metod powtarza się z męczącą regularnością. Tak naprawdę można więc opisać je łącznie.

Najogólniej rzecz biorąc metody leczenia lęku można podzielić na farmakoterapię i interwencje nie wymagające stosowania leków (chodzi tu głównie o różne formy psychoterapii).

### 6.1. Psychoterapeutyczne metody leczenia lęku

Jeszcze kilkadziesiąt lat temu uważano, że lęk powinien być leczony głównie przy pomocy psychoterapii. Jedną z przyczyn takiego stanu rzeczy był zresztą brak skutecznych leków o działaniu przeciwłękowym (takie działanie nazywa się fachowo „anksjolitycznym“). Obecnie sytuacja uległa dużej zmianie. Nadal jednak psychoterapie (powinno się o nich mówić w liczbie mnogiej, ponieważ są bardzo różne metody oddziaływania, które można w ten sposób określić) odgrywają bardzo ważną rolę.

Metody psychoterapeutyczne nie pozwalają zwykle na opanowanie ostrego napadu lęku - w takich sytuacjach zdecydowanie skuteczniejsze są leki benzodiazepinowe o szybkim początku działania, są jednak skuteczne jeśli chodzi o zapobieganie lękowi na dłuższą metę, a przynajmniej pozwalają zmniejszyć nasilenie dolegliwości związanych z lękiem.

Stosowanych jest wiele form psychoterapii, ich szczegółowe omówienie przekracza zakres tego poradnika. Trzeba sobie jednak uzmysłowić, że wyobrażenie wielu osób na temat tego czym jest i jak przebiega psychoterapia, kształtowane głównie na podstawie amerykańskich filmów jest z reguły bardzo, bardzo nieściśle. Wiele osób może poczuć się dziwnie, kiedy terapeuta nie każe im się kłaść na skórzanym otomaniu, ani nie będzie pytał o wydarzenia z wczesnego dzieciństwa lub szczegóły dotyczące życia seksualnego. Znaczna większość psychoterapii wcale takich działań nie wymaga! Nie jest też prawdą, że każda psychoterapia musi trwać latami, ponieważ często równie skuteczne są terapie krótkoterminowe, trwające kilka tygodni i mające na celu rozwiązanie jednego, jasno sprecyzowanego pro-

blemu. Trudno jednak opowiedzieć komuś na czym polega psychoterapia. To tak jak nie da się opowiedzieć muzyki, trzeba wziąć udział i przekonać się, wtedy człowiek może wyrobić sobie zdanie i powiedzieć czy to jest dla niego dobre. Nie da się tego określić z góry i nie można powiedzieć, jak to się czasem dzieje - „a na mnie takie rzeczy nie działają”, ponieważ psychoterapia nie jest żadną formą oddziaływań magicznych, które na jednego człowieka mogą działać, a na innego już nie.

Do najpopularniejszych obecnie i najczęściej stosowanych form psychoterapii zalicza się terapię poznawczą (poznawczo-behawioralną, często stosowany skrót to CBT) oraz interpersonalną. Inny podział psychoterapii to podział na terapię indywidualną - w której uczestniczy tylko pacjent i terapeuta oraz grupową, w której uczestniczy grupa pacjentów i jeden lub kilku terapeutów.

**Psychoterapia nie jest magią. Każdy pacjent z zaburzeniami lękowymi powinien przynajmniej raz w życiu „dać szansę” tej metodzie leczenia, pamiętając, że fakt, iż ktoś brał kiedyś udział w psychoterapii, która mu nie pomogła o niczym nie przesądza.**

Zdarza się przecież, że komuś nie pomaga jakiś lek, a mimo to zwykle nie rezygnuje ze stosowania leków w ogóle. Wbrew pozorom, zupełnie tak samo jest z psychoterapią - w zależności od jej rodzaju i od osobowości terapeuty. To co jednemu pacjentowi pomaga, na drugiego może zupełnie nie działać.

## 6.2. Farmakoterapia lęku

### 6.2.1. Benzodiazepiny

Wprowadzenie w latach 50-tych XX wieku benzodiazepinowych leków anksjolitycznych (przeciwłękowych) rozbudziło nadzieje na „ostateczne” wyeliminowanie lęku. Niestety, na dłuższą metę okazało się, że nie tylko nie rozwiązano starych problemów, ale stworzono nowe. Rzeczywiście benzodiazepiny, zwłaszcza o krótkim czasie działania, takie jak lorazepam czy alprazolam, pozwalają na niezwykle skuteczne likwidowanie, czy przynajmniej znaczne zmniejszanie nasilenia ostrego lęku. Leki te są zazwyczaj bardzo dobrze tolerowane przez znaczną większość pacjentów. Niestety, wydaje się, że nie pozwalają one na wyleczenie zaburzeń lękowych, mają jedynie działanie doraźne. Co gorsza, u wielu osób stosunkowo szybko pojawia się tolerancja – dawki leku dotychczas skuteczne przestają działać i pacjenci stwierdzają, że dla uzyskania tego samego efektu muszą łykać coraz więcej tabletek. Taka sytuacja jest najczęściej oznaką rozpoczynającego się uzależnienia.

#### 6.2.1.1. Uzależnienie od benzodiazepin

Benzodiazepiny są lekami uzależniającymi. Oznacza to, że u części osób, które takie leki przyjmują dochodzi do szybkiego zwiększenia się tolerancji, co prowadzi do samowolnego zwiększania dawek, a także wystąpienia bardzo przykrych obja-

wów abstynencyjnych w przypadku odstawienia leku, a czasem już po niewielkim zmniejszeniu dotychczas stosowanej dawki. Objawy abstynencyjne przypominają zwykle objawy lękowe, z powodu których pacjent zaczął przyjmować dany lek. Stąd też wiele osób ulega mylnemu przekonaniu, że problemem jest choroba, podczas gdy w rzeczywistości głównym problemem staje się lek.

Wcale nie jest tak, że wszyscy ludzie uzależniają się od benzodiazepin. Wręcz przeciwnie, doświadczenie kliniczne wskazuje, że u większości chorych przyjmujących leki z tej grupy nie dochodzi do uzależnienia mimo przyjmowania leków nawet przez całe lata. U osób tych odstawienie leku jest zwykle możliwe bez żadnych większych problemów, nie dochodzi także u nich do zwiększenia tolerancji. Problem polega na tym, że z góry, czyli na początku leczenia, nie sposób powiedzieć kto do której grupy należy. Tymczasem u osób skłonnych do uzależnienia występuje ono często bardzo szybko - niekiedy już po miesiącu przyjmowania anksjolityku. Stąd też środki ostrożności, które wielu pacjentom wydają się przesadzone. Chorzy mają niekiedy wrażenie, że lekarz, starannie licząc zapisywane przez siebie tabletki, żałuje im środka, który „naprawdę” pomaga. W rzeczywistości jednak lekarze boją się po prostu o bezpieczeństwo pacjentów i nie chcą dopuścić do utraty kontroli nad kuracją. Zdarza się nierzadko, że pacjenci chodzą do różnych lekarzy i proszą ich o recepty na leki uspokajające, nie ujawniając, że otrzymali już takie recepty od innego specjalisty. To bardzo niebezpieczna sytuacja, której należy zdecydowanie unikać.

**Na krótką metę leki benzodiazepinowe są bardzo skuteczne i bezpieczne, nie należy się ich obawiać i odmawiać przyjmowania w obawie przed uzależnieniem. Jednak na dłuższą metę benzodiazepiny nie leczą zaburzeń lękowych i mogą prowadzić do uzależnienia.**

Należy więc unikać przesady w obie strony – nie jest uzasadniony chorobliwy lęk przed lekami z tej grupy (częściej występujący zresztą u rodzin niż u samych pacjentów), ale co najmniej równie nieuzasadnione jest nadmierne zaufanie do leków z tej grupy. W celu wyważenia między jedną a drugą postawą należy zdać się na opinię lekarza prowadzącego, który dobrze zna ryzyko i będzie umiał go unikać, jeśli pacjent będzie z nim współpracował.

### 6.2.2. Leki przeciwdepresyjne

**W chwili obecnej podstawę leczenia zaburzeń lękowych stanowią leki przeciwdepresyjne.**

Ich nazwa jest zresztą w tej sytuacji myląca. Zdarza się, że pacjenci z zaburzeniami lękowymi nie chcą przyjmować leków przeciwdepresyjnych tłumacząc, że przecież nie chorują na depresję. Tymczasem niemal wszystkie leki przeciwdepresyjne mają także, mniej lub bardziej wyraźne, działanie przeciwłękowe. Jeśli się nad tym zastanowić, to trudno się dziwić, biorąc pod uwagę, że lęk niezwykle często (niektórzy mówią

nawet, że niemal zawsze) towarzyszy depresji. Tak więc skuteczne leczenie depresji wymaga także leczenia lęku. Te leki wykazują to samo działanie przeciwlękowe także u osób, które wcale na depresję nie chorują. Stąd też jeśli lekarz zaleci pacjentowi z lękiem lek przeciwdepresyjny to wcale nie oznacza, że coś mu się pomyliło albo, że „dodatkowo” rozpoznał depresję.



### **W odróżnieniu do benzodiazepin leki przeciwdepresyjne nie uzależniają.**

Które leki przeciwdepresyjne są najlepsze w terapii lęku?

Niemal wszystkie leki przeciwdepresyjne, z wyjątkiem tych, które działają silnie aktywizująco, były badane pod kątem działania przeciwlękowego i wyniki badań na ogół potwierdzają, że działanie takie występuje. Rzadko prowadzi się bezpośrednio porównania między lekami, to znaczy, że zwykle nie można powiedzieć, że lek A jest bezwzględnie lepszy od B i gorszy od C. Jest raczej tak, że różne leki mają swoją specyfikę i różnie sprawdzają się w różnych rodzajach lęku. Właściwy dobór leku należy do lekarza i powinien być dokonany na podstawie znajomości objawów występujących u pacjenta oraz profilu dobieranego leku.

#### **6.2.2.1. Trójpierścieniowe leki przeciwdepresyjne**

Pierwszymi lekami przeciwdepresyjnymi stosowanymi w terapii lęku były trójpierścieniowe leki przeciwdepresyjne. Jeden z nich - klomipramina - nadal jest uważany za jeden z najskuteczniejszych w leczeniu zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych.

**Dużym minusem związanym ze stosowaniem leków należących do tej grupy jest jednak ich zła tolerancja. Leki te mogą wywoływać cały szereg różnych objawów niepożądanych takich jak spadki ciśnienia krwi, omdlenia, suchość w ustach, zaparcia, uczucie oszołomienia, mogą mieć także niekorzystny wpływ na układ krążenia.**

Na szczęście okazało się, że także inne leki działające tak jak klomipramina na układ serotoninericzny wywierają wyraźne działanie przeciwlękowe.

#### **6.2.2.2. Selektywne inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny**

Do leków tych zalicza się przede wszystkim środki należące do grupy selektywnych inhibitorów wychwytu zwrotnego serotoniny (SSRI). Właściwie każdy lek z tej grupy jest stosowany w terapii różnych zaburzeń lękowych.

**Ze względu na bezpieczeństwo i małe ryzyko interakcji poleca się szczególnie citalopram i escitalopram. Ten ostatni ma szersze spektrum wskazań w leczeniu zaburzeń lękowych.**

Najstarsze leki z tej grupy takie jak fluoksetyna i fluwoksamina są obciążone znacznie większym ryzykiem interakcji, dodatkową niedogodnością związaną ze stosowa-

niem fluoksetyny jest bardzo długi okres półtrwania - to znaczy, że lek utrzymuje się we krwi przez wiele dni, mimo że pacjent przestał go już przyjmować. Inny lek należący do tej grupy - paroksetyna - wywołuje wprawdzie silne działanie przeciwlękowe, ale jego odstawienie może być przyczyną zaostrzenia dolegliwości.

### 6.2.2.3. Inne leki przeciwdepresyjne

Oprócz leków z grupy SSRI w terapii lęku stosuje się także inne leki przeciwdepresyjne takie jak mianseryna, wenlafaksyna czy moklobemid. Dokładne omawianie tych leków przekracza jednak znacznie zakres tego poradnika.

Trzeba zdawać sobie sprawę z tego, że działanie leków przeciwdepresyjnych ma charakter długofalowy. Nie wywierają one bezpośredniego działania, a nawet niektóre z nich mogą w pierwszych dniach leczenia nasilać lęk. Trzeba przetrwać ten pierwszy kryzys, aby osiągnąć tym lepszy efekt za kilka, kilkanaście dni. Leki przeciwdepresyjne nie uzależniają.

### 6.2.3. Inne leki stosowane w terapii lęku

Są także leki stosowane doraźnie, które nie pozwalają na wyleczenie zaburzeń lękowych, ale dość często przynoszą ulgę w ostrym lęku. Są to leki mniej skuteczne niż benzodiazepiny, ale za to nie stwarzające ryzyka uzależnienia. Przykładem takiego leku może być hydroksyzyna. W przypadku hydroksyzyny nie trzeba się obawiać ryzyka uzależnienia. Innym lekiem przeciwlękowym, pozbawionym działania uzależniającego, jest buspiron.



## 7. 10 rad dla pacjentów i ich rodzin

### 7.1. Rady dla pacjenta z zaburzeniami lękowymi

- Pamiętaj, że lęk może przybierać bardzo różną postać. Choć wydaje się to nieprawdopodobne, przejawami lęku mogą być różnego rodzaju klucia, drętwienia, osłabnięcia kończyn, pieczenia, bicia serca itp. Oczywiście trzeba wykluczyć somatyczne przyczyny takich zjawisk, ale jeśli ewidentnych przyczyn nie ma to rzeczywiście lęk może takie objawy wywoływać.
- Pamiętaj, mimo, że różne przejawy lęku bywają bardzo przykre, tak naprawdę nie stanowią zagrożenia. Nie można umrzeć ani stracić przytomności nawet z powodu bardzo przykrych objawów lęku. Nie ma realnego niebezpieczeństwa, że coś się stanie.
- Pamiętaj, nie ma takiego leku, który pozwoliłby na natychmiastowe ustąpienie wszystkich objawów. Po niektórych benzodiazepinach lęk wyraźnie

się zmniejszy, ale na dłuższą metę ten sposób leczenia nie stanowi rozwiązania.

- Pamiętaj, jeśli masz poczucie, że stosowany przez Ciebie benzodiazepinowy lek przeciwłękowy działa coraz słabiej i musisz przyjmować coraz większe dawki, to najprawdopodobniej zaczyna się proces uzależnienia. Trzeba o tym porozmawiać z lekarzem.
- Pamiętaj, że nie ma wyników badań, które pozwoliłyby na obiektywne stwierdzenie, że przyczyną dolegliwości są lęki. Charakterystyczny obraz kliniczny często wystarczy do rozpoznania. Celem badań jest wykluczenie istotnych chorób somatycznych.
- Pamiętaj, że picie alkoholu lub przyjmowanie narkotyków nie jest dobrym sposobem radzenia sobie z lękiem. Wręcz przeciwnie nasilenie objawów lękowych u osób przyjmujących te substancje zwykle wyraźnie się zwiększa, a ich leczenie jest u takich osób trudniejsze.



## 7.2. Rady dla rodziny i przyjaciół chorego

- Choć pacjent z lękiem może sprawiać wrażenie osoby, która rozkłada się nad sobą, a nawet „udaje”, to w rzeczywistości jest osobą prawdziwie i mocno cierpiącą. Nie powinien wywoływać zniecierpliwienia, a raczej współczucia.
- Mimo, że część chorych z lękami ma poczucie, że zaraz umrą, ich życiu w rzeczywistości nic nie zagraża. Okazanie współczucia i zrozumienia wcale nie oznacza pełnego utożsamienia z pacjentem i wpadania razem z nim w panikę. To w niczym nie pomoże - przeciwnie utrudni jedynie sytuację - np. w trakcie wizyty u lekarza osoba bliska, która jest nadmiernie przejęta nie potrafi zdać lekarzowi obiektywnej relacji.
- Należy zwracać uwagę na przyjmowane przez pacjentów z lękiem leki. Czy nie jest ich za dużo? Czy są to rzeczywiście leki zalecone przez lekarza? Czy nie pojawiło się zjawisko „na każdy objaw muszę natychmiast wziąć jakiś lek”? W przypadku jakichkolwiek wątpliwości należy szybko porozumieć się z lekarzem.
- Próba odwrócenia uwagi, zwłaszcza jeśli przeprowadzona zręcznie i delikatnie, może bardzo pomóc osobie cierpiącej z powodu ostrego lęku. W przypadku hiperwentylacji (bardzo często i głębokiego oddychania spowodowanego lękiem i prowadzącego do zawrotów głowy a niekiedy nawet omdleń) bardzo często pomaga przyłożenie do ust foliowej torebki. W torebce szybko gromadzi się dwutlenek węgla, który powoduje odruchowe zwolnienie oddechu. Oczywiście torebkę należy lekko przyłożyć do ust, nie można nią pacjenta dusić.
- W przypadku zaburzeń lękowych osobami, do których należy się zwrócić z prośbą o pomoc są psychologowie i psychiatry, nawet wtedy, gdy pacjent jest przekonany, że potrzebuje jedynie wizyty u kardiologa!