

Leczenie zaburzeń lękowych

Treatment of anxiety disorders

MARIA SIWIAK-KOBAYASHI

Z Kliniki Nerwic IPiN w Warszawie

STRESZCZENIE. *Opracowanie przedstawia zarys aktualnych poglądów na leczenie zespołów lękowych. Uwypuklono potrzebę kompleksowego postępowania leczniczego obejmującego zarówno leczenie farmakologiczne, jak i - zwłaszcza - wykorzystanie zróżnicowanych i adekwatnie dobranych metod i technik psychoterapeutycznych (red.)*

SUMMARY. *Current views on the treatment of anxiety disorders are outlined in the paper, the need was emphasized for a comprehensive therapeutic approach, including not only pharmacotherapy, but also - and above all - diverse, adequately chosen psychotherapeutic methods and techniques (Eds.).*

Słowa kluczowe: lęk / zaburzenia lękowe / leczenie / farmakoterapia / psychoterapia

Key words: anxiety / anxiety disorders / treatment / pharmacotherapy / psychotherapy

Zaburzenia lękowe są najczęściej spotykanymi spośród zaburzeń nerwicowych. Wyróżniają się one tym, że lęk stanowi w nich dominujący objaw, jest najbardziej widoczny i w sposób dość oczywisty możemy go odczytać wśród skarg pacjenta lub u ich podłoża. Przeżycie lęku składa się z trzech komponent, które - w mniej lub bardziej widoczny sposób - przejawiają się w każdym zaburzeniu lękowym. Przeżywaniu uczucia strachu przy mniej lub bardziej określonej treści obaw (na poziomie poznawczym) towarzyszy składowa wegetatywna (objawy pobudzenia układu autonomicznego) - na poziomie biologicznym oraz składowa zachowaniowa (najczęściej zachowania unikające mające na celu uniknięcie sytuacji lękorodnej) - na poziomie behawioralnym. Zaburzenia lękowe mają charakter różnorodny ze względu na charakter objawów i przebieg zaburzenia. Wyróżnia się wśród nich trzy podstawowe postacie:

-
-
- *zaburzenia lękowe napadowe* - z nasilonymi napadami lęku (paniki) o określonej w klasyfikacjach częstotliwości;
 - *zaburzenia lękowe fobiczne*, wśród których szczególnie uciążliwe dla pacjentów i często inwalidyzujące są agorafobia i fobie społeczne;
 - *zaburzenia lękowe uogólnione*, które mają charakter przewlekły z licznymi różnymi obawami i przejawami niepokoju, często również ze sporadycznie występującymi napadami paniki, z długotrwałymi zaburzeniami wegetatywnymi, trudnościami w zasypianiu i w skupieniu uwagi.
-
-

Różny przebieg i symptomatologia tych zaburzeń sprawiają, że wymagają one również zróżnicowanego postępowania terapeutycznego.

PSYCHOTERAPIA

Ze względu na pierwszoplanowe znaczenie mechanizmów psychologicznych w patogenezie zaburzeń nerwicowych, w tym również w

Tablica 1. *Metody i techniki psychoterapeutyczne w leczeniu zaburzeń lękowych*

Metoda	Główne cele kliniczne	Główne wskazania
Psychoterapia indywidualna krótkoterminowa obejmująca: <ul style="list-style-type: none"> - odreagowanie emocjonalne, - wyjaśnienie, - uczenie się rozwiązywania problemów - metody behawioralno-poznawcze 	Zmiana emocjonalna uzyskana w kontakcie dualnym. Uzyskanie wglądu w główne, powtarzające się konflikty wewnętrzne i zewnętrzne, nauczenie się rozwiązywania sytuacji trudnych, w tym problemów bieżących, radzenie sobie ze stresem i lękiem. Uzyskanie poprawy objawowej	Wszystkie zaburzenia lękowe
Psychoterapia grupowa, zwłaszcza oparta na uczeniu społecznym, trening asertywności, trening społeczny w sytuacjach psychodramatycznych	Poprawa kontaktów z innymi, ćwiczenie się w rolach społecznych, uzyskanie wglądu w przyczyny konfliktów, uzyskiwanie wzmocnień społecznych, poprawa samooceny, poprawa objawowa	Zwłaszcza zaburzenia lękowe uogólnione i fobie społeczne

patogenezie zaburzeń lękowych, za metody z wyboru w ich leczeniu uważa się na ogół metody psychologiczne, psychoterapeutyczne. Mają one na celu uzyskanie zmian w sposobach przeżywania pacjenta, w jego schematach percepcyjno-poznawczych i zachowaniach. Terapia taka ma na celu nie tylko zmniejszenie nasilenia czy zniesienie objawów pacjenta, ale również - czy też przede wszystkim - nabycie przez niego bardziej efektywnych sposobów radzenia sobie z sytuacjami trudnymi, stresowymi, bardziej satysfakcjonujących kontaktów z innymi i bardziej twórczego i zadowalającego stylu życia. Dzięki temu terapia taka ma między innymi znaczenie obniżające ogólny poziom lęku, co ma szczególne znaczenie w tego rodzaju zaburzeniach. A więc psychoterapia indywidualna czy grupowa może i powinna być stosowana we wszystkich zaburzeniach lękowych, a zwłaszcza w takich, które mają przewlekły przebieg i występują u osób o cechach osobowości zależnej lub lękliwej.

W zaburzeniach nerwicowych stosowane są różne formy psychoterapii systematycznej, wglądowej, restrukturującej. Zmiany emocjonalne, wgląd w powtarzające się w historii

życia pacjenta schematy przeżywania, oceniania i reagowania na określone kategorie sytuacji zewnętrznych i swoje tendencje do przeżywania określonego typu konfliktów wewnętrznych - pozwalają pacjentowi z jakimkolwiek zaburzeniem nerwicowym zmienić swoje zachowania i reakcje emocjonalne niezależnie od formy, w jakiej przejawia się jego zaburzenie i jego lęk. W zaburzeniach lękowych, w których lęk wskutek dominacji w symptomatologii stanowi jeden z podstawowych problemów terapeutycznych, sposoby oddziaływania leczniczego muszą uwzględniać wiążącą się z tym specyfikę. Leczenie lęku musi się więc odnosić do wszystkich trzech jego składowych: wegetatywno-biologicznej, poznawczej i zachowaniowej. Powinno mieć charakter kompleksowy, obejmujący metody biologiczne i psychologiczne wraz z metodami nacelowanymi na zmianę zachowania.

FARMAKOTERAPIA

Biologiczne metody leczenia zaburzeń lękowych obejmują zarówno farmakoterapię, jak też wplywanie metodami pozafarmakologicznymi na takie elementy fizjologiczne, jak

ogólny stan pobudzenia czy ciśnienie parcjalne CO₂ we krwi. W zaburzeniach lękowych pobudzenie OUN przejawia się np. zaburzeniami w zasypianiu, w skupieniu uwagi, niepokojem psychicznym i fizycznym, jak również napadami nasilonego lęku z silnym pobudzeniem układu wegetatywnego. Leczenie farmakologiczne najczęściej polega więc na uspokojeniu - sedacji.

Bez wielkiego błędu można powiedzieć, że leki uspokajające mają również - szczególnie w większych dawkach - działanie nasenne, a leki nasenne - zwłaszcza w mniejszych dawkach - działanie uspokajające. Najpowszechniej

wykorzystywaną drogą do uspokojenia jest działanie poprzez zwiększanie neuroprzebieżności GABA-ergicznego. GABA jest bowiem najbardziej rozpowszechnionym w OUN neuroprzebieżnikiem hamującym. Zwiększenie więc jego działania wywołuje efekt ogólnego zmniejszenia aktywności.

Największa grupa leków GABA-ergicznych to *po pochodne benzodiazepiny*. Działają one wprost przez wiązanie się z receptorami benzodiazepinowymi, które powiązane są w kompleks z receptorami GABA-ergicznymi. Wszystkie benzodiazepiny mają nagły, szybki początek działania, na ogół w około godzinę po

Tablica 2. *Leki przeciwlękowe*

Typ	Główni przedstawiciele	Główne mechanizmy
Sedatywno-hipnotyczne: - pochodne benzodiazepiny:	Diazepam (Relanium) Temazepam (Signopam) Lorazepam (Temesta, Ativan, Lorafen) Medazepam (Rudotel) Oksazepam (Oxazepam) Klonazepam (Rivotril) Triazolam (Halcion) Alprazolam (Xanax)	GABA-ergiczny
- poch.dwufenylometanu	Hydroksyzyna (Hydroxizinum, Atrax)	
- poch.glikolowe	Meprobamat	
Azapirodekaneidiony	Buspiron (Buspar) Gepiron	Częściowy antagonist receptorów 5-HT _{1A}
Beta-blokery	Propranolol Oksprenolol (Coretal)	Blokada obwodowych receptorów beta-adrenergicznych
Leki antyhistaminowe	Prometazyna (Diphergan) Dimenhydrinat (Aviomarin)	Blokada receptorów histaminowych
Trójcykliczne leki przeciwdepresyjne	Imipramina Klonipramina (Anafranil, Hydiphen) Doksepina (Sinequan) Opipramol (Pramolan)	Hamowanie wychwytu zwrotnego w synapsach NA i 5-HT, pociągające m.in. "down-regulation" beta receptorów
Leki przeciwdepresyjne wybiórczo hamujące wychwyt zwrotny serotoniny	Fluwoksamina (Fevarin, Floxyfral) Fluoksetyna (Prozac)	Hamowanie wychwytu zwrotnego w synapsach 5-HT
Leki przeciwpsychotyczne (neuroleptyczne) poch.tioksantenu	Chloroprotixen	Blokowanie receptorów dopaminowych

podaniu doustnym, a w parę sekund - po iniekcji dożylniej. Są one najbardziej efektywne w doraźnym zwalczaniu nasilonego lęku. Natomiast zarówno środki psychologiczne, jak i leki przeciwdepresyjne są bardziej efektywne w leczeniu mającym trwać powyżej 3 - 4 tygodni (Tyler i in., 1988). Benzodiazepiny mogą więc mieć zastosowanie w doraźnym zwalczaniu lęku i bezsenności. Jednakże mimo szybkiego działania nie przerywają one (podane doustnie) rozwiniętego napadu paniki, w którym lęk osiąga szczytowe nasilenie w ciągu kilku minut od pojawienia się pierwszych objawów. Pochodne benzodiazepiny są też efektywne w leczeniu innych zaburzeń, jak np. niektórych form padaczki, zwłaszcza skroniowej, ostrych stanów zaburzonego zachowania czy ostrej reakcji na stres. Te i inne ich zastosowania wykraczają poza ramy obecnego artykułu.

Leczenie benzodiazepinami niesie ze sobą poważne ryzyko. Z jednej strony jest to ryzyko związane z dłuższym utrzymywaniem się działania powodującego senność i obniżenie sprawności psychomotorycznej, już po ustąpieniu stanu ostrego lęku. Szczególnie dotyczy to pochodnych długo działających. Z drugiej strony poważne ryzyko - to ryzyko uzależnienia - zwłaszcza przy stosowaniu przez okres dłuższy niż maksymalnie 4 tygodnie. Uzależnienie przejawia się głównie poprzez występowanie objawów głodowych przy zmniejszeniu dawek lub przerwaniu podawania leku. Objawy te obejmują:

-
-
- typowe objawy lęku,
 - objawy zaburzeń spostrzegania typu derealizacji, depersonalizacji lub nadwrażliwości na bodźce zewnętrzne (zwłaszcza słuchowe),
 - napady drgawkowe, czasem stany zaburzonej świadomości
 - epizody urojeniowe (rzadko).
-
-

Zależność może rozwinąć się już po paru (najczęściej mówi się o czterech) tygodniach. Mniej zaznaczone są zwykle inne objawy uzależnienia, jak silna potrzeba leku (*craving*) i

poszukiwanie go, podwyższanie dawek i wzmożona tolerancja. Próbuje się wprowadzić rozróżnienie pomiędzy zwykłym nawrotem poprzednich objawów lękowych (*rebound anxiety* lub *rebound insomnia*) po odstawieniu a objawami głodowymi. Wydaje się ono mieć jednak stosunkowo niewielkie znaczenie przy podejmowaniu decyzji terapeutycznej, gdyż nawrót świadczy o braku efektywności na dłuższą metę, a więc i tak stawia pod znakiem zapytania celowość dłuższego podawania leku. Istnieją doniesienia, że silniej działające benzodiazepiny, a szczególnie te o krótszym okresie półtrwania, jak triazolam (Halcion) i lorazepam (Ativan, Lorafen) dają większe ryzyko uzależnienia (Tyler i Murphy, 1987). Objawy odstawienia mogą występować, jak wspomniano, już po czterech tygodniach regularnego przyjmowania leków - już w 24 godziny po przerwaniu leczenia benzodiazepinami krótko działającymi i do 6 dni po odstawieniu leku długo działającego. Mogą utrzymywać się do około 5 tygodni po przerwaniu leczenia. Niektórzy dowodzą też istnienia "zespołu podstawieniowego", gdyż objawy utrzymują się do 2 lat po zniknięciu leków z organizmu (Tyler, 1991). Brak jednak przekonującego różnicowania z przewlekłymi zaburzeniami lękowymi.

Hydroksyzyna działa bezpośrednio na receptory GABA, a *meprobamat* - na kompleks GABA-benzodiazepinowy. Leki te mają podobne zastosowanie kliniczne i podobne ryzyko jak benzodiazepiny.

Buspiron działa przede wszystkim na receptory 5-HT_{1A}, co budziło zainteresowanie tym lekiem jako potencjalnie działającym i przeciwlękowo i przeciwdepresyjnie. Leki tej grupy (azaspirodekanediony) nie powodują rozluźnienia mięśni i nie działają przeciwdrgawkowo. Prawdopodobnie też nie mają działania uzależniającego (Lader, 1988). Z niewyjaśnionych przyczyn pacjenci, którzy byli leczeni pochodnymi benzodiazepiny, źle reagują na buspiron. Być może wynika to z faktu, że początkowe dawki buspironu mają raczej działanie drażniące. Nie jest więc on

efektywny w leczeniu objawów odstawienia benzodiazepin. Czasami stosuje się go w leczeniu stanów lękowych u pacjentów z tendencją do uzależniania się (np. od alkoholu).

Beta-blokery przede wszystkim działają poprzez obwód (receptory beta-adrenergiczne w mięśniu sercowym i mięśniach szkieletowych). Stosowane więc bywają w leczeniu zaburzeń lękowych z wyraźną składową wegetatywną albo też, gdy drżenie mięśniowe jest szczególnie uciążliwe dla pacjenta (np. u skrzypka przed występem).

Leki antyhistaminowe blokują centralne receptory histaminowe H₁. Mają one zastosowanie w łagodniejszych formach zaburzeń lękowych i w bezsenności. Mogą być stosowane u dzieci. Nie można wykluczyć pewnego ryzyka nadużywania i tych leków, choć ich wpływ uzależniający jest znacznie mniejszy. Leki neuroleptyczne mają również pewne działanie antyhistaminowe i to przyczynia się do ich działania sedatywnego.

Leki przeciwdepresyjne, zarówno trójpięścieniowe, jak i należące do nowszej generacji, podobnie jak inhibitory MAO mają efekt zarówno przeciwdepresyjny, jak i przeciwlękowy. Ich działanie przeciwlękowe jest niezależne od ich właściwości sedatywnych, antycholinergicznym. Świadczy o tym fakt, że ich działanie przeciwlękowe i przeciwdepresyjne pojawia się w 3-4 tygodniu leczenia, podczas gdy działanie antycholinergiczne występuje natychmiast. Należy więc odróżniać natychmiastowy, uspokajający efekt tych leków od energizującego i przeciwlękowego działania występującego po kilku tygodniach leczenia. Jedną z prób wyjaśnienia tego zjawiska jest zwrócenie uwagi na fakt, że przewlekłe podawanie leków przeciwdepresyjnych prowadzi do zmniejszenia gęstości i funkcji beta-adrenoreceptorów (zjawisko "down-regulation") (Susler i in., 1978, za Puri i Tyrer, 1992). Zastosowanie imipraminy i jej efektywność w leczeniu zaburzenia lękowego napadowego stała się - jak wiadomo - pierwszym krokiem do wyodrębnienia tego zaburzenia spośród innych zaburzeń lękowych. Następane

lata wykazały, że trójpięścieniowe leki przeciwdepresyjne przynoszą efekty również w leczeniu lęku uogólnionego (Kahn, 1986), napadów paniki (Sheehan i in., 1991) i nerwicy natręctw. Leki przeciwdepresyjne nowej generacji, wybiórczo blokujące wychwyt zwrotny serotoniny, okazały się skuteczne przede wszystkim w leczeniu nerwicy natręctw.

PLANOWANIE LECZENIA

W stosowanym kompleksie metod, wybór metod psycho- i farmakoterapeutycznych musi uwzględniać, która składowa lęku i w jaki sposób dominuje w danym zaburzeniu. Inaczej należy planować leczenie zaburzenia lękowego napadowego, przebiegającego przede wszystkim z objawami napadowego pobudzenia układu wegetatywnego oraz z nagłym poczuciem lęku przed śmiercią czy utratą kontroli, a inaczej - w tych zaburzeniach, w których lęk jest poznawczo przeniesiony na jakąś sytuację, przedmiot czy kategorię sytuacji, jak to ma miejsce w fobiach. Jeszcze inne strategie terapeutyczne będą przeważały w leczeniu lęku uogólnionego, przewlekłego i wielopostaciowego lub "wolno płynącego", amorficznego.

W leczeniu zaburzenia lękowego napadowego (*napadów paniki*) strategie terapeutyczne muszą iść w trzech kierunkach:

-
-
- obniżenie ogólnego poziomu lęku, prowadzące do zmniejszenia liczby napadów,
 - zapobieganie napadom,
 - przerywanie rozpoczynających się napadów.
-
-

Pierwszemu celowi służy psychoterapia podtrzymująca lub krótkoterminowa nacełowana na problem - w wypadku krótkiej anamnezy i wyraźnego czynnika wywołującego, albo też systematyczna, wglądowa - przy długotrwałym, uporczywym utrzymywaniu się dolegliwości. Terapia obejmuje również trening autogenny lub inne formy relaksacji. Po-

Tablica 3. *Metody behawioralno-poznawcze w leczeniu zaburzeń lękowych.*

Metoda	Cele kliniczne	Główne wskazania
Metody behawioralne wpływające na zjawiska fizjologiczne	Obniżenie poziomu lęku, obniżenie napięcia mięśni, zmniejszenie pobudzenia OUN i układu wegetatywnego.	Wszystkie zaburzenia lękowe
Metody relaksacyjne (np. trening autogenny)	Część programu behawioralnego "odczulania" (desensytyzacji).	Agorafobia i inne fobie
Uczenie oddychania torem brzuszny	Zapobieganie napadom paniki związanym z hiperwentylacją	Zaburzenie lękowe napadowe (napady paniki)
Identyfikacja sytuacji lękorodnych	Wprowadzenie do uczenia się rozwiązywania sytuacji trudnych. Wprowadzenie do treningu stopniowej ekspozycji na bodźce lękorodne.	Agorafobia i inne fobie
Stworzenie hierarchii sytuacji lękorodnych	Kolejny etap treningu stopniowej ekspozycji na bodźce lękorodne.	Agorafobia i inne fobie
Stopniowa ekspozycja na bodźce "in vitro" (trening wyobraźniowy)	"Odczulenie" pacjenta na poziomie wyobrażenia.	Agorafobia i inne fobie
Stopniowa ekspozycja na bodźce lękorodne "in vivo"	"Odczulenie" pacjenta, związane z bodźcem lękorodnym z uczuciem innym niż lęk (relaksacja mięśniowa, zadowolenie z braku lęku, z pokonania trudności)	Agorafobia i inne fobie
Uczenie się rozwiązywania problemów	Lepsze radzenie sobie z sytuacjami stresowymi, zmniejszenie lęku przed nimi	Wszystkie zaburzenia lękowe, zwłaszcza uogólnione
Trening asertywności	Zwiększenie pewności siebie, poprawa stosunków interpersonalnych	Zaburzenia lękowe uogólnione, fobie społeczne
Stopniowa ekspozycja na sytuacje społeczne	Zmniejszenie lęku przed oceną, zwiększenie zaufania do siebie, poprawa samooceny i kontaktów społecznych	Fobie społeczne

dobną wartość może mieć leczenie lekami przeciwdepresyjnymi: imipraminą, kломipraminą, opipramolem. Podobny efekt mogą mieć leki beta-adrenolityczne. Metodą pomocniczą jest uczenie pacjenta oddychania torem brzuszny w formie systematycznych ćwiczeń odechowych. Zapobiega to napadom hiperwentylacji, stanowiącym - jak wiadomo - przyczynę części napadów paniki. Zapobieganiu napadom może też służyć krótkotrwała terapia pochodnymi benzodiazepiny, poprze-

dzająca lub rozpoczynana równocześnie z ekspozycją na sytuacje najczęściej wywołujące lęk.

Kolejny problem terapeutyczny w tym zaburzeniu - przerywanie napadu lękowego - musimy rozwiązać przede wszystkim poprzez wpływanie na biologiczne mechanizmy napadu. Jednym z nich jest zmniejszenie ciśnienia parcjalnego dwutlenku węgla we krwi wskutek hiperwentylacji. Nauczenie pacjenta przerywania napadu lękowego poprzez zwiększe-

nie zawartości CO₂ we krwi za pomocą oddechania powietrzem z papierowej torby przeciwdziała temu mechanizmowi. Farmakologicznie napad paniki można zasadniczo przerwać przez dożylne podanie benzodiazepin ze względu na szybkość działania leku podanego tą drogą. Niemniej jednak doustne podanie pochodnej benzodiazepiny w rozpoczynającym się dopiero napadzie może zapobiec rozwinięciu się pełnego napadu paniki. Podobne działanie może mieć w początkowym stadium napadu lek ziołowy o działaniu uspokajającym (np. Validol), mający w tym przypadku przede wszystkim znaczenie placebo.

W leczeniu *zaburzeń lękowych w postaci fobii*, w tym agorafobii, szczególnie skuteczna jest metoda treningu behawioralnego. Program behawioralny opiera się na zasadzie "odczulania", desensytyzacji. Polega on na rozerwaniu patologicznego powiązania sytuacji lękorodnej z reakcją (przeżyciem) lęku, poprzez związanie tej sytuacji (np. znalezienia się samotnie na ulicy) z uczuciem przyjemności płynącym ze stanu relaksacji, jak też - zwłaszcza w miarę postępu terapii - z samego braku lęku i z uczucia satysfakcji z pokonywania trudności. Program desensytyzacji zwykle rozpoczyna się od nauczenia pacjenta jakiejś formy relaksacji oraz od sporządzenia listy - hierarchii sytuacji lękorodnych od najmniej do najbardziej zagrażających. W zaburzeniach tych przeżycie lęku wyprzedza wejście w sytuację (lęk antycypacyjny), powodując jej unikanie. Dlatego często w programie behawioralnym jako działanie wyprzedzające ekspozycję na bodziec "*in vivo*" wprowadza się przeżycie sytuacji lękorodnej najpierw w wyobraźni, "*in vitro*". Następnie pacjent stopniowo wchodzi w sytuacje lękorodne zgodnie ze sporządzoną hierarchią. Zależnie od obrazu zaburzenia i od nasilenia objawów można ten program modyfikować, ograniczając go np. wyłącznie do stopniowej ekspozycji, włączając inne osoby (np. z rodziny) jako "trenerów". Pacjent pokonuje trudność najpierw w towarzystwie trenera, a następnie powtarza samodzielnie, można

też - zwłaszcza na początku terapii lub po krótkiej towarzyszącej farmakoterapii - zalecać pacjentowi noszenie przy sobie jednej tabletki leku jako zabezpieczenia. Pokonanie trudności bez użycia leku jest zwykle dla pacjenta potężnym wzmocnieniem, zwiększa jego wiarę w siebie i w możliwość wyleczenia. Na ogół pojedyncze fobie wymagają leczenia tylko wtedy, gdy wyraźnie przeszkadzają pacjentowi w spełnianiu ważnych życiowych zadań. Często wówczas wystarcza przeprowadzenie terapii behawioralnej. Natomiast agorafobia, stanowiąca zaburzenie bardzo specyficzne i często inwalidyzujące wymaga najczęściej kompleksowego leczenia, obejmującego również psychoterapię nacelowaną na uzyskanie wglądu (co najmniej w sytuację bieżącą stanowiącą istotne źródło lęku oraz w dezadaptacyjne postawy i zachowania), jak również na zdobycie umiejętności rozwiązywania problemów i radzenia sobie ze stresem.

Podobna psychoterapia, ale często prowadzona w kontekście grupowym, wzbogacona o dostarczenie pacjentowi możliwości przeżywania sytuacji społecznych, trenowania umiejętności społecznych w grupie, niekiedy w sytuacjach psychodramatycznych, stanowi wiodącą metodę w leczeniu *fobii społecznych*. Można również stosować formy treningu behawioralnego nastawionego na ekspozycję pacjenta na sytuacje społeczne, których się obawia. Trening prowadzony jest wówczas według zasad opisanych powyżej. Pomocną metodą może tu być trening asertywności, polegający na ćwiczeniu się w umiejętności egzekwowania swych praw bez naruszania dobrych relacji z innymi. Metody te prowadzą do zwiększenia pewności siebie i poprawy samooceny pacjenta, co zmniejsza jego lęk przed oceną innych, leżący u podłoża fobii społecznych.

Psychoterapia indywidualna i grupowa stanowi też metodę z wyboru w leczeniu *zaburzenia lękowego uogólnionego*, którego podłożem często stanowią cechy osobowości lękliwej lub zależnej. Cechy te kształtują się od najwcześniejszych doświadczeń społecznych pacjenta, zaś zaostrenie się ich aż do zabu-

rzenia lękowego zwykle związane jest z sytuacjami trudnymi, stresowymi, z problemami, których nie umie rozwiązać i które postrzega jako zagrażające. Celem psychoterapii, jak w przypadku innych zaburzeń nerwicowych, jest zmiana postaw pacjenta, jego sposobu przeżywania konfliktów wewnętrznych i zewnętrznych oraz nabycie umiejętności bardziej efektywnego rozwiązywania problemów i radzenia sobie w sytuacjach stresowych. Czasem przewlekłe zaburzenie lękowe uogólnione wymaga łączenia psychoterapii z farmakoterapią. Dzieje się tak najczęściej albo w przypadkach współwystępowania napadów paniki, albo nastroju depresyjnego. Najbardziej pomocne bywa wówczas leczenie trójpiersciowymi lekami przeciwdepresyjnymi.

ZNACZENIE DIAGNOSTYKI

W leczeniu zaburzeń lękowych, tak jak i innych zaburzeń nerwicowych, należy pamiętać o starannej diagnozie, zarówno różnicowej, jak i o diagnozie psychologicznej. Pozwala to na odpowiedni, indywidualny w przypadku każdego pacjenta wybór strategii terapeutycznej, składającej się z metod dobranych odpowiednio do zdrowotnych i psychologicznych problemów pacjenta.

PIŚMIENNICTWO

1. Beck A.T.: Cognitive therapy and the emotional disorders. International Universities Press, New York 1976.
2. Beck A.T., Emery G., Greenberg R.: Anxiety Disorders and Phobias. Basic Books Inc. Publishers, New York 1985.
3. Dąbrowski S., Pużyński S., Jaroszyński J. (red.): Psychiatria. PZWL, Warszawa 1987.
4. Downig R.W., Rickels K.: Mixed Anxiety-Depression. Fact of Myth? Arch. Gen. Psychiatr. 1974, 30, 312-317.
5. Fonberg E.: Nerwice a emocje, fizjologiczne mechanizmy. Ossolineum, Wrocław 1979.
6. Gelder M.: Panic Disorder: fact or fiction. Psychological Medicine 1989, 19, 277-283.
7. Kahn R.R.J., McNair D.M., Lipman R.S. et al.: Imipramine and chlordiazepoxide in depressive and anxiety disorders: II. Efficacy in anxious out-patients. Arch. Gen. Psychiatr. 1986, 43, 79.
8. Kępiński A.: Lęk. Sagittarius, Kraków 1992, wyd. III.
9. Lader M.: The practical use of buspirone. In: Lader M. (ed.): Buspirone: a new introduction to the treatment of anxiety. Journal of the Royal Society of Medicine. International Congress and Symposium Series. Number 133, New York 1988.
10. Leder S. (red.): Elementy psychiatrii i psychologii medycznej. CMKP, Warszawa 1987.
11. Leder S.: Nerwice. W: Dąbrowski S., Jaroszyński J., Pużyński S. (red.): Psychiatria. PZWL, Warszawa 1987, s. 160-210.
12. Loosen P.T., Prange A.J.: Serum thyrotropin response ti thyrotropinreleasing hormone in psychiatric patients: a review. Am. J. Psychiatr. 1982, 139, 405.
13. Margraf M., Ehlers A., Roth W.T.: Biological Models of Panic Disorder and Agoraphobia - a review. Reh. Res. Ther. 1986, 24, 553-567.
14. McGlynn T.J., Metcalf H.L.: Diagnosis and Treatment of Anxiety Disorders. A Physician's Handbook. Am. Psychiatric Press, Inc., Washington 1991.
15. Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów, Rewizja Dziesiąta, Rozdział V: Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (FO99), ICD-10. UWM "Vesalius", Kraków 1994.
16. Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób, Urazów i Przyczyn Zgonów. IX Rewizja. Biuletyn IPiN, Warszawa 1983.
17. Puri B.K., Tyrer P.J.: Sciences Basic to Psychiatry. Churchill Livingstone, New York 1992.
18. Pużyński S.: Depresje. PZWL, Warszawa 1988.
19. Pużyński S., Beręsewicz M. (red.): Zasady rozpoznawania i leczenia zaburzeń psychicznych. IPiN, Warszawa 1993.
20. Sartorius N. i in.: Anxiety - Psychobiological and Clinical Perspectives. Hemisphere Publ. Corp. New York, Washington, Philadelphia, London 1990.
21. Siwiak-Kobayashi M.: "Rozpacz i drżenie" po polsku, japońsku i angielsku. Badania transkulturowe nad poznawczymi aspektami zespołów depresyjnych i lękowych. IPiN, Warszawa 1989.
22. Snatih Ph.: Clinical Neurosis. Oxford Univ. Press. Oxford, New York, Tokyo 1991.
23. Spielberger C.D., Garsuch R.L., Lushene R.E.: Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Self-evaluation Questionnaire). Palo Alto, California, Consulting Psychologists Press 1970.
24. Tyrer P., Murphy S.: The place of benzodiazepines in psychiatric practice. Br. J. Psychiatr. 1987, 151, 719.
25. Tyrer P., Seivewright N., Murphy S. et al: The Nottingham study of neurotic disorder: comparison of drug and psychological treatments. Lancet 1988, 11, 235.
26. Wciórka J. (red.): Psychiatria praktyczna dla lekarza rodzinnego. IPiN, Warszawa 1992.