

Małgorzata Rzewuska⁵, Maria Siwiak-Kobayashi²,
Jerzy Aleksandrowicz³, Celina Brykczyńska⁴

Postępy terapii zaburzeń nerwicznych

Advances in the treatment of neurotic disorders

- 1) Samodzielna Pracownia Farmakoterapii Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie
- 2) Klinika Nerwic Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie
- 3) Katedra Psychoterapii Collegium Medicum UJ w Krakowie
- 4) Zakład Promocji Zdrowia Psychicznego Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

Streszczenie

Opracowanie jest konsensusem opinii znaczących polskich ekspertów w zakresie terapii nerwic oraz aktualnych wyników badań klinicznych dokumentujących przydatność określonych leków (z uwzględnieniem dawek i okresu farmakoterapii).

Summary

The paper presents a consensual opinion of outstanding Polish experts on the treatment of neurotic disorders and on results of recent clinical trials indicating usefulness of certain drugs (including the dosage and duration of pharmacotherapy).

Zaburzenia nerwiczne, związane ze stresem i pod postacią somatyczną, opisane w ICD-10 w grupie F40-F48, to zakłócenia czynnościowe, czyli pojawiające się bez uchwytnych (przynajmniej dostępnymi metodami diagnostycznymi) zmian organicznych. Rodzaj zaburzenia nerwicznego określa się zależnie od dominujących objawów: psychicznych (lęk, depresja, rozdrażnienie, nadwrażliwość na bodźce zewnętrzne, myśli i czynności natrętne, zaburzenia uwagi, pamięci i in.), somatycznych (ból głowy, inne bóle, zaburzenia układu vegetatywnego, męczliwość, zaburzenia snu, zaburzenia czucia i ruchu i in.) lub zachowań (unikanie, czynności natrętne). Są one przyczyną dolegliwości i – w odróżnieniu od prawidłowej reakcji na stres – są uznawane przez jednostkę za wyraz istnienia jakiejś choroby. Na ogół zachowany jest krytycyzm (pacjent odróżnia swoje doznania i wyobrażenia od rzeczywistości zewnętrznej). Zachowanie, choć może być znacznie zaburzone, mieści się na ogół w granicach społecznie dopuszczalnych.

Zaburzenia nerwiczne mają, przede wszystkim, przyczyny bezpośrednio lub pośrednio związane z okolicznościami o charakterze psychospołecznym (zwłaszcza sytuacjami stresowymi) oraz z psychologiczną reakcją jednostki na te wydarzenia. Reakcja ta zależy od cech osobowości – często mających wymiar Specyficznego zaburzenia osobowości (F60-69), np. lękliwej (unikającej, neurotycznej), zależnej, anankastycznej, histrionicznej i in.

W zaburzeniach nerwicowych o przewlekłym lub nawracającym przebiegu szczególnie często dostrzega się istnienie sytuacji konfliktowej – zewnętrznej, w środowisku społecznym i/lub wewnętrznej (np. między systemem wartości i normami, a naturalnymi potrzebami i popędami jednostki). Czynnikiem bezpośrednio poprzedzającym wystąpienie objawów bywa nagromadzenie sytuacji trudnych w niedawnej przeszłości. Nawroty lub nasilenia objawów są zazwyczaj konsekwencją aktualnie trudnej sytuacji życiowej. Zaburzenia mające charakter reakcji na stres, zwłaszcza ostrej, są bezpośrednio związane z takimi sytuacjami – występują wkrótce po ich zaistnieniu, a w objawach można dostrzec elementy przeżyć związanych z sytuacją stresową.

W ostatnich latach rośnie liczba doniesień, wskazujących na rolę mechanizmów biologicznych, w tym predyspozycji genetycznych, zwłaszcza w zaburzeniach lękowych uogólnionych, z napadami lęku i obsesyjno-kompulsyjnych. Mimo, że mechanizmy neurobiologiczne i różne zaburzenia funkcji układu neuroprzekątnictwa są coraz lepiej znane, ich znaczenie w zaburzeniach nerwicowych nie jest jeszcze wystarczająco jasne. Badania te wskazują jednak na prawdopodobieństwo udziału różnych biologicznych czynników w patogenezie pewnych zaburzeń, stanowiąc podstawę wskazań do farmakoterapii i wyboru leku.

Postępowanie diagnostyczne powinno doprowadzić do:

- określenia rodzaju zaburzenia, mechanizmów i przyczyn powodujących jego wystąpienie,
- rozpoznania różnicowego,
- rozpoznania innych zaburzeń (somatycznych i psychicznych), które mogą współistnieć. Należy przy tym pamiętać o współwystępowaniu objawów i zaburzeń. Np. lęk może towarzyszyć wielu chorobom układu krążenia, a podobnie lękowi będącemu objawem nerwicowym może towarzyszyć depresja, zaburzenia związane z nadużywaniem substancji czy zaburzenia osobowości.

Postępowanie to obejmuje:

- przeprowadzenie badania lekarskiego,
- wywiad ogólnolekarski, psychiatryczny, społeczny i rodzinny,
- ocenę stanu psychicznego,
- odpowiednie badania uzupełniające (laboratoryjne, konsultacje i inne).

Należy też wykonać badania rutynowe, takie jak: morfologia krwi, badanie ogólne moczu, OB, oznaczenie poziomu glukozy, elektrolitów i cholesterolu w surowicy krwi, próby wątrobowe, itp. Często konieczne jest wykluczenie organicznych zaburzeń o.u.n. (EEG i tomografia komputerowa TK oraz psychologiczne „testy organiczne”) oraz chorób endokrynnych (np. tarczycy). W wielu przypadkach potrzebne jest wykonanie psychologicznej oceny cech osobowości i ich konfiguracji (testy osobowości).

Zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem i przebiegające pod postacią somatyczną powinny być leczone zarówno psychoterapią, jak i odpowiednimi lekami. Większość pacjentów powinna być leczona w podstawowej opiece zdrowotnej, w przypadku niepowodzenia terapii – w leczeniu psychiatrycznym.

W przypadku nieskuteczności leczenia ambulatoryjnego istnieje możliwość terapii w specjalistycznych oddziałach dziennych i całodobowych. Wskazaniem do całodobowego leczenia szpitalnego jest przede wszystkim inwalidyzujący charakter objawów, a także wskazania do okresowej zmiany środowiska (występowanie w środowisku pacjenta czynników podtrzymujących zaburzenie).

W wyborze metod leczenia i związanych z nimi procedur należy się kierować zasadą indywidualizacji postępowania terapeutycznego, oceną specyfiki czynników powodujących aktualne zakłócenia przeżywania i funkcjonowania jednostki. Ocena taka nie może być oparta wyłącznie na założeniach jednej teorii, np. psychoanalitycznej czy poznawczej, jakkolwiek mogą one okazać się bardzo użyteczne w zrozumieniu szczególnej, u każdego chorego nieco innej roli i znaczenia (często ukrytym) zakłóceń czynności (objawów). Podstawowym celem leczenia jest możliwie trwale usunięcie objawów i ich przyczyny, a także zapobieganie nawrotom choroby.

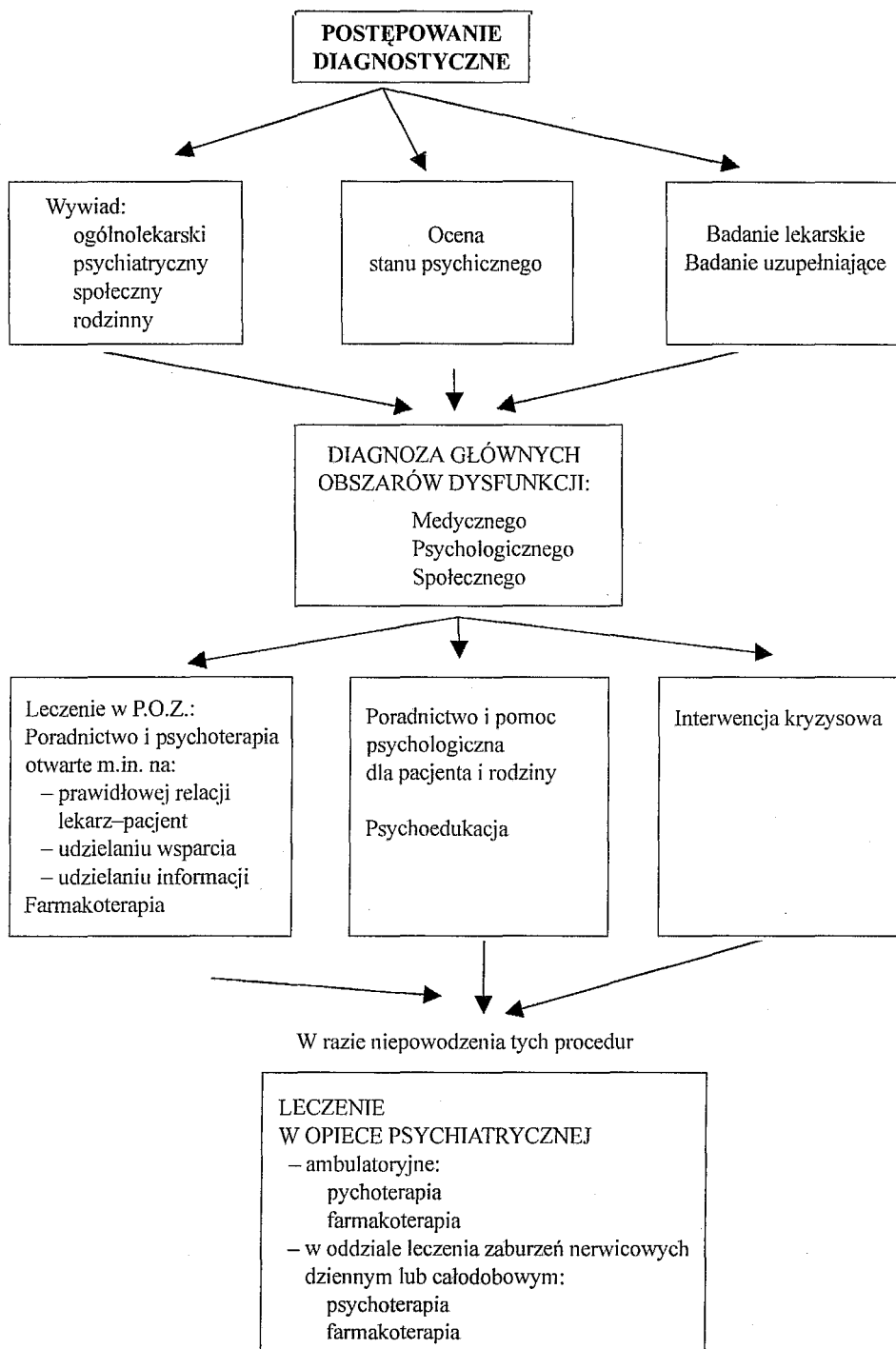
Pierwszym krokiem w leczeniu zaburzeń nerwicowych powinno być zmniejszenie nasilenia objawów poprzez oddziaływania psychospołeczne (zwłaszcza nawiązanie kontaktu między pacjentem a leczącym oraz zbudowanie związku terapeutycznego). Użyteczne są w tym wszelkie działania, odwołujące się do zjawiska niespecyficznych czynników psychospołecznych, takie jak: dostarczenie informacji dotyczących choroby i jej patomechanizmów, informacji stwarzających nadzieję na odzyskanie zdrowia, udzielenie oparcia i podtrzymanie na duchu, umożliwienie wyrażenia emocji i odreagowania itp.

Pośród rozmaitych form oddziaływań psychospołecznych, w leczeniu zaburzeń nerwicowych największe zastosowanie mają dwa rodzaje – pomoc psychospołeczna i psychoterapia. Ich celem jest umożliwienie pacjentowi zrozumienia okoliczności, będących przyczyną objawów i radzenia sobie z tymi sytuacjami. Oddziaływania o charakterze pomocy psychospołecznej mogą mieć charakter rozmowy dotyczącej tych okoliczności, interwencji kryzysowej, psychoedukacji lub stworzenia możliwości uzyskania wsparcia w grupie, spotkań z rodziną itp. Takie procedury, ewentualnie wspomagane farmakoterapią, powinny być preferowane w pierwszym okresie leczenia. Jeśli okażą się niewystarczające, należy rozpocząć systematyczne postępowanie psychoterapeutyczne uzupełnione ewentualnie farmakoterapią.

Psychoterapia – to oddziaływanie psychospołeczne, którego celem jest leczenie. W przypadku zaburzeń nerwicowych zmierza do zmiany psychospołecznych uwarunkowań tych zaburzeń. Zależnie od indywidualnego rozpoznania i postępu terapii, może mieć charakter psychoterapii krótko- lub długoterminowej (indywidualnej, grupowej lub rodzinnej).

W przypadku znacznego nasilenia objawów, nawrotu zaburzeń lub zaostrzenia zaburzeń przewlekłych należy brać pod uwagę potrzebę równoczesnego zastosowania leków psychotropowych.

Przed rozpoczęciem farmakoterapii należy omówić z chorym cel zastosowania leku, możliwości i ograniczenia jego działania, przewidywany okres podawania (w tym czas niezbędny do wystąpienia poprawy), rodzaj i ryzyko wystąpienia objawów ubocznych oraz ustalić wspólnie z pacjentem sposób postępowania. Jest to szczególnie konieczne w przypadku zamiaru podjęcia długotrwałego leczenia, trwającego np. przez 1–2 lata.

ZASADY POSTĘPOWANIA W ZABURZENIACH NERWICOWYCH

Łączenie psychoterapii z farmakoterapią bywa przedmiotem sporów. Nadmierne stłumienie objawów (także procedurami pomocy psychospołecznej) może utrudniać leczenie, m.in. zmniejszając motywację pacjenta. Optymalizacja poziomu napięcia wymaga jednak często interwencji farmakologicznej, doraźnie zmniejszającej stan chwilowego, nadmiernego i również przeszkadzającego psychoterapii, nasilenia objawu.

W toku terapii zaburzeń nerwicowych należy okresowo sprawdzać jej postępy, zarówno w zakresie nasilenia zaburzenia, zmian w przeżywaniu powodującym jego występowanie oraz zmian w zakresie funkcjonowania społecznego. Najczęściej są to oceny zmian jakości życia, satysfakcji z leczenia, subiektywnego poczucia poprawy, itp. oraz ocena efektów dokonywana przez leczącego. Tam, gdzie jest to możliwe, postęp i efekty leczenia powinny być dokonywane metodami pozwalającymi możliwie obiektywnie określić zmianę stopnia nasilenia zaburzenia (np. znormalizowane kwestionariusze objawowe).

W przypadku niepowodzenia lub niedostatecznej skuteczności oddziaływań o charakterze pomocy psychospołecznej lub psychoterapii, należy skierować pacjenta do terapii w specjalistycznym ośrodku. W takich ośrodkach organizowane są różne formy intensywnej terapii, często w oddziałach dziennych lub całodobowych.

W przypadku nieskuteczności leczenia specjalistycznego, wskazane jest postępowanie rehabilitacyjne o charakterze psychoterapii podtrzymującej.

POSTĘPOWANIE W POSZCZEGÓLNYCH ZABURZENIACH

Ze względu na wspomnianą już konieczność indywidualnego traktowania pacjenta, zależnie od diagnozy jego problemów medycznych, psychologicznych (osobowościowych) i społecznych (rodzinnych, zawodowych itp.), użyteczność niżej przedstawionych sposobów postępowania w leczeniu zaburzeń, określonych w kategoriach ICD-10, należy traktować jedynie jako wskazania, sugerujące najczęściej występujące związki (w naszych obecnych warunkach socjokulturowych) między manifestacją zaburzeń a czynnikami etiopatologicznymi.

(F40) Zaburzenia lękowe w postaci fobii:

F40.0 agorafobia

F40.1 fobie społeczne

F40.2 specyficzne (izolowane) postacie fobii

F40.8 inne zaburzenia lękowe w postaci fobii

F40.9 fobie bliżej nieokreślone (BNO)

W zaburzeniach tych lęk występuje w określonych sytuacjach lub przy zetknięciu się z określonymi przedmiotami. Prawie zawsze obecna jest silna potrzeba unikania tych sytuacji czy przedmiotów. W niektórych z tych zaburzeń na występują, a czasem dominują inne objawy, jak wegetatywne lęku (np. w napadach

paniki stanowiących wstęp do lub składową agorafobii czy też np. czerwienienie się w fobii społecznej). Często obecne są lęki antycypacyjne.

LECZENIE

W leczeniu reakcji fobicznych należy na początku zastosować procedury behawioralne oparte na warunkowaniu (np. stopniową ekspozycję na bodziec lękotwórczy, desensytyzację). Są one szczególnie skuteczne w fobiach izolowanych. Procedury te mogą być wspierane farmakoterapią.

Nie ma zbyt wielu informacji o skuteczności leczenia farmakologicznego fobii izolowanych, występujących jako jedyne zaburzenie lękowe. Chociaż wykazano, że benzodiazepiny w izolowanych fobiach znoszą lęk antycypacyjny i fobijne unikanie, to jednak leki z tej grupy stosuje się głównie doraźnie. Wiąże się to nie tylko z ryzykiem uzależnienia, ale także z danymi świadczącymi o częstych i rychłych nawrotach objawów (nawet po powolnym i stopniowym) odstawieniu długotrwale podawanych benzodiazepin.

W fobiach społecznych dostrzegano skuteczność paroksetyny, sertraliny, fluwoksaminy i moklobemidu (poprawa w zakresie ogólnego poziomu lęku, reakcji unikania i nadwrażliwości na ocenę).

Leki o dowiedzionej skuteczności* w fobii społecznej zestawiono w tabeli 1.

Tabela 1. Leki o dowiedzionej skuteczności preferowane w leczeniu fobii społecznej

Leki		Dawka dobową w mg
SSRI	fluwoksamina	100–300
	paroksetyna	50–50
	sertralina	50–150
RIMA	moklobemid	300–600
Gdy powyższe leki są nieskuteczne lub źle znoszone:		
Benzodiazepiny SSRI	klonazepam	1,5–8
	citalopram	20–60
	fluoksetyna	20–40
Inne leki przeciwdepresyjne	wenlafaksyna	150–225
	nefazodon	400–600
Leki w badaniach (korzystne wyniki wstępnych doniesień)		
Przeciwdrgawkowe	gabapentyna	900–3600
	pregabalina	150–600

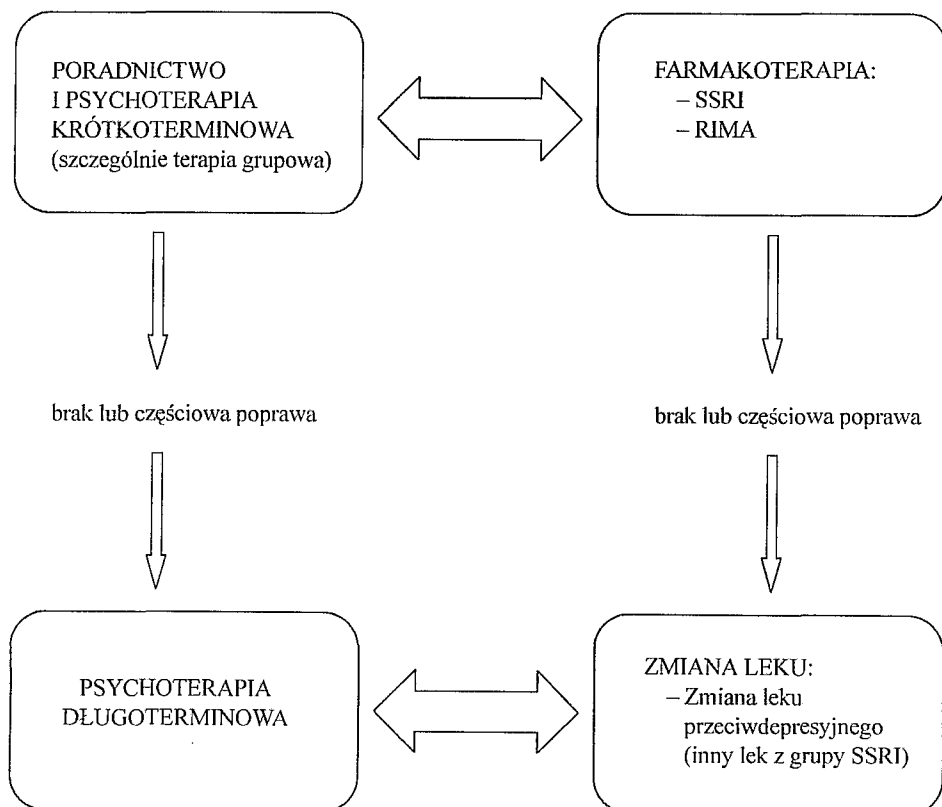
* Stosowane w tekście i tabelach określenie „leki o dowiedzionej skuteczności” oznacza, że dotychczas przeprowadzone badania (przynajmniej trzy duże badania kontrolowane, z losowym doбором chorych, podwójnie ślepe próby) potwierdziły skuteczność leków (istotnie lepszy wynik niż po placebo i nie gorszy niż leku referencyjnego), oraz że w żadnym z opublikowanych badań lek nie działał gorzej lub na równi z placebo.

Dotychczasowe badania przemawiają także za przydatnością innych leków: z grupy SSRI (citalopramu, fluoksetyny) i nowych leków przeciwdepresyjnych (wenlafaksyny, nefazodonu), także klomipraminy, która jednak ze względu na objawy niepożądane nie jest zalecana. U chorych z częściową poprawą skuteczność SSRI może być większa po dołączeniu buspironu. Przy złej tolerancji SSRI można stosować benzodiazepiny. W badaniach otwartych w małych grupach badanych wykazano, po nieskutecznym stosowaniu SSRI, poprawę po leczeniu wenlafaksyną i nefazodonem. Obiecujące wydają się wyniki stosowania leków przeciwdrgawkowych (gabapeptyna, pregabalina), ale leki te wymagają jeszcze dalszej oceny.

W lęku przed publicznym występowaniem („lęk sceniczny”, trema) zastosowane na 1,5–2 godziny przed wystąpieniem beta-blokery (propranolol 10–40 mg, oksyprenolol 40–80 mg, nadolol 10–20 mg) zmniejszają objawy somatyczne lęku (drżenie rąk, tachykardię).

Nieskuteczność procedur behawioralnych i farmakoterapii w okresie 2–4 tygodni oznacza wskazanie do krótkoterminowej psychoterapii indywidualnej lub

ALGORYTM POSTĘPOWANIA TERAPEUTYCZNEGO W FOBIACH SPOŁECZNYCH



grupowej. Celem powinno być odsłonięcie i usunięcie zagrożenia, którego wyrazem jest lęk fobiczny. To ostatnie jest szczególnie istotne w przypadku fobii społecznych. Zalecana jest psychoterapia behawioralna, poznawczo-behawioralna lub psychodynamiczna; w przypadku fobii społecznych – zwłaszcza psychoterapia grupowa. Na ogół psychoterapia umożliwia ustąpienie zaburzeń. Stwierdzenie związku fobii ze współwystępującymi zaburzeniami osobowości może oznaczać konieczność psychoterapii długoterminowej.

(F41) Inne zaburzenia lękowe

F41.0 zaburzenie lękowe z napadami lęku (lęk paniczny)

F41.1 zaburzenie lękowe uogólnione

F41.2 zaburzenie depresyjne i lękowe mieszane

F41.3 inne mieszane zaburzenia lękowe

F41.8 inne określone zaburzenia lękowe (np. histeria lękowa)

F41.9 zaburzenia lękowe, nieokreślone

Zaburzenia lękowe z napadami lęku (lęk paniczny)

W zespole lęku napadowego istotnym kryterium jest występowanie napadów silnego lęku (paniki), nie związanych w sposób stały z określoną sytuacją czy przedmiotem, ani też z wysiłkiem fizycznym czy też zagrożeniem zewnętrznym. W czasie takiego napadu występują nasilone objawy wegetatywne, często towarzyszy im hiperwentylacja i drżenie mięśniowe. Pojawia się poczucie zagrożenia życia lub utraty kontroli nad sobą. Często dochodzi do reakcji unikania sytuacji, w których pojawiły się napady (najczęściej ma to postać agorafobii). Jeśli napady powtarzają się i co najmniej przez miesiąc utrzymuje się lęk przed kolejnymi napadami lub ich skutkami albo gdy wpływają one na codzienne funkcjonowanie, wówczas rozpoznajemy lęk napadowy.

W rozpoznaniu różnicowym należy wykluczyć związek napadu z przyjmowaniem używek lub leków działających prolękowo albo takich, których odstawienie może powodować lęk (wykaz leków, które mogą powodować lęk, wymieniono w tabeli 2). Ważne jest również uwzględnienie możliwości istnienia schorzeń somatycznych, którym towarzyszy lęk (tabela 3). W związku z tym należy wykonać badanie poziomu hormonów tarczycy (TSH, T4), EKG, ewentualnie echokardiografii (w celu wykluczenia zespołu wypadania płatków zastawki mitralnej). EEG jest zalecane w celu wykluczenia postaci padaczki; oznaczenie katecholamin i ich metabolitów w moczu w czasie napadu umożliwia wykluczenie pheochromocytoma.

LECZENIE

W zaburzeniu lękowym z napadami lęku pomocne okazuje się uczenie pacjenta identyfikowania sytuacji, w których najczęściej występują napady (również ich

Tabela 2. Leki działające prołękowo

alkohol (odstawienie)	lewodopa
amfetamina	lidokaina
aminofilina	metrylofenidat
antycholinergiczne	monosodiun glutamate
benzodiazepiny (odstawienie)	neuroleptyki (akatyzyja)
barbiturany (odstawienie)	preparaty tarczycy
digoksyna (przedawkowanie)	prokarbazyna
dopamina	pseudoepinefryna
efedryna	przeciwgruźlicze (cykloseryna, izoniazyd)
epinefryna	obniżające ciśnienie (rezerpina, hydralazyna)
fenylefryna	
fenylpropanolamid	salicyłaty
koфеina	sterydy
kokaina	teofilina

Tabela 3. Schorzenia somatyczne, którym towarzyszy lęk

Zaburzenia z układu sercowo-naczyniowego:
dusznica bolesna,
wady wrodzone serca,
zaburzenia rytmu,
hipowolemia,
zawał m. sercowego,
choroby zastawek, zwłaszcza wypadanie płatków zastawki mitralnej.
Zaburzenia endokrynne:
hipokaliemia,
zaburzenia funkcji tarczycy, nadnerczy.
Schorzenia immunologiczne (anafilaksja, toczeń układowy)
Schorzenia metaboliczne:
anemia, hipoglikemia, hiponatremia, hiperkaliemia, porfiria
Zaburzenia neurologiczne:
atakseja, drżenia samoistne, zespoły pourazowe, zespół niespokojnych nóg,
schorzenia drgawkowe, zawroty głowy
Choroba wrzodowa
Nowotwory:
karcynoid, <i>insulinoma</i> , <i>pheochromocytoma</i>
Zaburzenia z układu oddechowego:
choroby spastyczne oskrzeli, zapalenie płuc, obrzęk i zator płuc,
niewydolność oddechowa

symbolicznego znaczenia) oraz zastosowanie metod relaksacji i ćwiczeń oddechowych. Przerywanie napadu lękowego może dokonać się poprzez zwiększenie ciśnienia parcjalnego CO₂ w surowicy krwi (np. poprzez oddychanie powietrzem z papierowej torby trzymanej przy ustach) lub doraźnie podanie szybko działających leków anksjolitycznych (np. pochodnych benzodiazepiny).

Często powtarzające się napady lęku, zwłaszcza połączone z agorafobią, mogą doprowadzić do inwalidyzacji pacjenta.

Działania psychoterapeutyczne powinny zmierzać do dostrzegania przez pacjenta zagrażających okoliczności, wywołujących ataki lęku. Mogą to być zarówno wspomnienia i skojarzenia przywołujące stan zagrożenia. Zagrożenie bywa również związane z błędną interpretacją doznań somatycznych. Dlatego w leczeniu tego zaburzenia użyteczne są zarówno procedury behawioralne, jak i działania zmierzające do uzyskania przez pacjenta wglądu w ukryte, nieświadome przyczyny objawów, w tym błędne schematy poznawcze.

Farmakoterapia w lęku napadowym jest przedmiotem wielu doniesień naukowych, ukazujących się w piśmiennictwie ostatnich lat. Wskazują one na szczególną skuteczność benzodiazepin w doraźnym opanowaniu ataku lękowego. Przynoszą one także takie zalecenia, jak podawanie leków anksjolitycznych przez kilka dni dla uzyskania doraźnej poprawy (równocześnie z oddziaływaniem psychospołecznym i uczeniem technik relaksacyjnych) w przypadku dużej częstotliwości napadów lękowych (kilka razy dziennie).

W leczeniu długotrwałym stosuje się leki przeciwdepresyjne z grupy SSRI i TLPD. W razie niepowodzenia stosowane są także moklobemid, wenlafaksyna, reboksetyna, mirtazapina.

Wykazano brak poprawy w lęku napadowym po stosowaniu: buspironu, trazodonu, mianseryny.

W przypadkach, gdy co najmniej trzy kolejne kuracje lekami przeciwdepresyjnymi oraz intensywna psychoterapia nie przyniosą poprawy, próbuje się nietypowych kombinacji farmakoterapii. Należy do nich łączenie dwóch leków przeciwdepresyjnych, dołączenie (w celu potencjalizacji działania leku przeciwdepresyjnego) kwasu walproinowego, pindololu, klonazepamu.

Leki stosowane w lęku napadowym o dowiedzionej skuteczności (i dawki dobowe) przedstawiono w tabeli 4.

Przed rozpoczęciem farmakoterapii ważne jest ustalenie:

- co przemawia za wyborem leku (uwzględnienie celu terapii i przeciwwskazań),
- który z leków byłby najodpowiedniejszy (ryzyko objawów niepożądanych, w tym nadmiernej sedacji, łatwość stosowania, różnice farmakologiczne, interakcje, koszt, ryzyko uzależnienia),
- jak długi przewiduje się okres leczenia farmakologicznego?

Pochodne benzodiazepiny

Silne benzodiazepiny (alprazolam, lorazepam) redukują napady lęku, lęk antycypacyjny, ułatwiają zasypianie. Charakteryzuje je szybki początek działania, toteż stosuje się je w nasilonym lęku najczęściej doraźnie lub krótkotrwale (do 4 tyg.), w sytuacjach, gdy niezbędne jest szybkie opanowanie lęku (np. gdy istnieje ryzyko utraty pracy lub gdy częste napady i znaczny lęk antycypacyjny uniemożliwiają np. chodzenie do szkoły).

Tabela 4. Leki o dowiedzionej skuteczności w lęku napadowym

Napad lęku – doraźnie		<i>dawka w mg (jednorazowa)</i>
Benzodiazepiny	alprazolam	0,5–2
	lorazepam	1–2,5
Leczenie długotrwałe		<i>dawka dobową w mg</i>
SSRI*	paroksetyna	20–40
	fluwoksamina	100–300
	sertralina	50–150
	fluoksetyna	20–40
	citalopram	20–60
TLPD	klomipramina	75–250
	imipramina	75–250
<u>Gdy leczenie nieskuteczne lub źle znoszone</u>		
Benzodiazepiny	alprazolam	1,5–8
	klonazepam	1–4
	lorazepam	2–8
NaSSA	mirtazapina	15–45
RIMA	moklobemid	300–600
SNRI	reboksetyna	4–8
SNRI	wenlafaksyna	75–225

* kolejność według preferencji

Skutecznie w lęku napadowym działają silne benzodiazepiny (alprazolam, lorazepam, klonazepam) stosowane w stosunkowo dużych dawkach (tabela 5).

Tabela 5. Benzodiazepiny, zalecane dawki dobowe stosowane w lęku napadowym (w mg)

Lek	Dawki w mg zalecane			
	przez producenta		przez ekspertów	
			APA*	polskich
Alprazolam	Xanax	4–10	5–6	2–6
Klonazepam	Rivotril	1–2	1–5	1,5–4
Lorazepam	Lorafen	7–21	2–6	1–3
Diazepam	Relanium	5–40	20–60	20–30

* American Psychiatric Association

Klonazepam ze względu na długi okres półtrwania, pozwalający na stosowanie 1–2 razy w ciągu doby jest łatwiejszy w użyciu. Dawka skuteczna w lęku napadowym wynosi 2–4 mg/dobę.

Benzodiazepiny są dość dobrze tolerowane, ale mogą powodować senność i nadmierne uspokojenie, znużenie, ataksję, zamazanie mowy, zaburzenia pamięci.

Niekiedy występują bóle głowy, spadek ciśnienia tętniczego krwi, alergiczne reakcje skórne. Sporadycznie może wystąpić pobudzenie, reakcja psychotyczna („paradoksalna”). Potencjalizują działanie alkoholu.

Odstawieniu benzodiazepin często towarzyszy „zespół odbicia” (*rebound*): trwający krótko (1–2 dni) stan niepokoju i bezsenności.

Czasem już w czasie leczenia (w okresach pomiędzy dawkami), niekiedy przy redukcji dawki, często w okresie kilku dni po zaprzestaniu stosowania benzodiazepin występują objawy abstynencyjne. Najczęściej obejmują one lęk, zaburzenia snu, drażliwość, depresję, bóle i skurcze mięśni, drżenia mięśniowe, brak łaknienia, zlewne poty, zamazane widzenie, nadwrażliwość na dźwięki, światło, zapachy, dotyk, wrażenia cenestetyczne. Może wystąpić depersonalizacja, de-realizacja, sporadycznie napady drgawkowe, wyjątkowo psychozy (zaburzenia świadomości, depresje, psychozy urojeniowe). Objawy abstynencyjne zwykle utrzymują się przez kilka dni, ale zdarzają się też zespoły przewlekające się, trwające kilka tygodni, lub dłużej.

Aby uniknąć objawów abstynencyjnych dawkę benzodiazepin należy zmniejszać powoli (zazwyczaj co tydzień o $\frac{1}{4}$ dawki), zwłaszcza u pacjentów długo leczonych, u chorych z zaburzeniami snu, z towarzyszącą depresją, z przewlekłymi dolegliwościami bólowymi.

Ryzyko wystąpienia objawów abstynencyjnych i trudności w odstawieniu benzodiazepin są przyczyną ograniczenia ich stosowania. Każdego chorego należy poinformować, że przewlekłe branie leku może spowodować uzależnienie, że nie powinien samowolnie zwiększać dawki leku, ani nagle przerywać leczenia. Należy także „z góry” ustalić okres leczenia.

Pochodne benzodiazepiny potencjalizują działanie innych środków tłumiących funkcje ośrodkowego układu nerwowego (alkoholu, neuroleptyków, leków przeciwdepresyjnych, barbituranów, opioidów), nasilają działanie hipotensyjne leków obniżających ciśnienie krwi, i działanie cholinolityczne innych leków (digoksyny, TLPD).

Przedawkowanie pochodnych benzodiazepiny prowadzi do senności, utraty świadomości i śpiączki. Równoczesne spożycie alkoholu lub przyjęcie innych leków wiąże się z ryzykiem zgonu. W groźnych przedawkowaniach pochodnych benzodiazepiny stosuje się flumazenil dożylnie 0,1–0,2 mg (w ciągu minuty), dawkę można powtórzyć po 20 minutach. Nie należy przekraczać dawki 3 mg w ciągu godziny.

Leki przeciwdepresyjne

Leki trójpierścieniowe (TLPD) i SSRI w podobnym stopniu, u ponad 2/3 leczonych redukują nasilenie i częstość napadów lęku i reakcji unikania, obniżają poziom lęku.

Selektywne inhibitory wychwytu serotoniny (SSRI)

SSRI są lekami z wyboru w długoterminowej terapii lęku napadowego. SSRI nie upośledzają sprawności psychomotorycznej, a ich stosowanie nie wpływa na

zdolność do prowadzenia samochodu i obsługi urządzeń mechanicznych. Stosowanie ich nie grozi uzależnieniem.

Leki tej grupy nie powodują objawów antycholinergiczných, działania kardiotoksycznego, w przypadku przedawkowania są znacznie bezpieczniejsze od leków trójpierścieniowych. Są bezpieczniejsze u chorych z towarzyszącymi schorzeniami somatycznymi, u pacjentów uzależnionych od alkoholu. SSRI działają przeciwdepresyjnie, (lęk napadowy często występuje z depresją) a także wpływają na często współistniejące z napadami lęku fobie, natręctwa i zaburzenia odżywiania. Większość objawów niepożądanych występujących podczas stosowania SSRI ma charakter przejściowy i jeśli leczenie rozpoczyna się od małej dawki – nienasilony. W lęku napadowym stosuje się SSRI w takich samych dawkach, jak w depresjach.

U pacjentów z uszkodzoną wątrobą należy stosować niższe dawki (20–30 mg citalopramu, fluoksetyny lub paroksetyny, 50–150 mg fluwoksaminy, 50–100 mg sertraliny).

Skuteczność wszystkich leków selektywnie hamujących wychwyt serotoniny w lęku napadowym została udokumentowana w wielu badaniach.

Trudno określić, który z leków tej grupy należy wybrać. Najrzadziej stosuje się fluoksetynę ze względu na to, że najczęściej początkowo nasila niepokój (należy leczenie rozpoczynać od dawki 5 mg/24 h) i powoduje drżenie rąk.

W początkowym okresie stosowania SSRI niekiedy zaleca się równoczesne, krótkotrwałe stosowanie benzodiazepin w celu zapobieżenia lub zniesienia niepokoju.

Jeśli w ciągu 6–12 tygodni leczenia lęku napadowego nie ustąpią objawy, to równoległe z rewizją adekwatności stosowanej psychoterapii (ew. poszerzenie, intensyfikacja psychoterapii) należy zmienić lek na inny.

Po odstawieniu leków z grupy SSRI mogą niekiedy wystąpić (w ciągu 1–5 dni) objawy abstynencyjne: zaburzenie koordynacji ruchów, oszołomienie, bóle głowy, drażliwość, nudności.

U chorych, u których lek spowodował ustąpienie objawów terapię podtrzymującą należy prowadzić przez rok lub dłużej (2 lata). Dawkę należy redukować stopniowo w ciągu 2–6 miesięcy. Leczenia nie należy przerywać u pacjentów, u których utrzymują się resztkowe objawy, gdy lękowi towarzyszą inne zaburzenia psychiczne, gdy zaburzenia były bardzo ciężkie oraz w sytuacjach nasilonego stresu lub istotnych zmian życiowych.

Leki przeciwdepresyjne trójpierścieniowe

Trójpierścieniowe leki przeciwdepresyjne są stosowane w lęku napadowym od 1962 roku kiedy to Klein i Fink donieśli o skuteczności imipraminy w leczeniu zaburzeń lękowych.

W największym badaniu przeprowadzonym u 1168 pacjentów wykazano ustąpienie napadów lęku u 70% leczonych imipraminą.

Leki trójpierścieniowe w początkowym okresie stosowania mogą nasilać zaburzenia lękowe. Na objawy lęku wpływają one dopiero po upływie kilku tygodni leczenia, toteż często chorzy przestają brać lek zanim wystąpi korzystne działanie

kliniczne. Przyczynami częstego samowolnego odstawienia TLPD (przez połowę leczonych) w długoterminowej terapii są objawy niepożądane (cholinolityczne, przyrost masy ciała).

Spśród leków trójpierścieniowych w lęku napadowym stosuje się obecnie najczęściej klomipraminę, rzadziej imipraminę, nortryptylinę, dezipraminę, amitryptylinę i doksepinę. Leczenie należy rozpoczynać od małych dawek (np. 10 mg imipraminy/24 h) i zwiększać je powoli. Za skuteczne dawki uważa się równoważne 2,25 mg/24 kg imipraminy. Przyjęto, że stężenie leków we krwi w okresie ustalonego dawkowania powinno mieścić się w granicach 100–150 ng/l.

Inne leki przeciwdepresyjne

W badaniach kontrolowanych wykazano skuteczność wenlafaksyny i reboksetyny, w badaniach otwartych mirtazapiny i nefazodonu

Porównanie moklobemidu w lęku napadowym z fluoksetyną i klomipraminą wykazało podobną skuteczność. Jednak w badaniach z placebo efekt działania moklobemidu nie przeważał nad placebo, lub był większy tylko u pacjentów z bardziej nasilonymi zaburzeniami.

Inne leki

Buspiron, propranolol

Wykazano, że w lęku napadowym działanie buspironu i propranololu nie różniło się od placebo, obydwa leki były mniej skuteczne od leków referencyjnych. Propranolol może być przydatny w lęku napadowym u chorych z wypadaniem płotka zastawki mitralnej, należy jednak zważać na ryzyko związane ze stosowaniem tego leku u chorych z astmą i cukrzycą.

Klonidyna

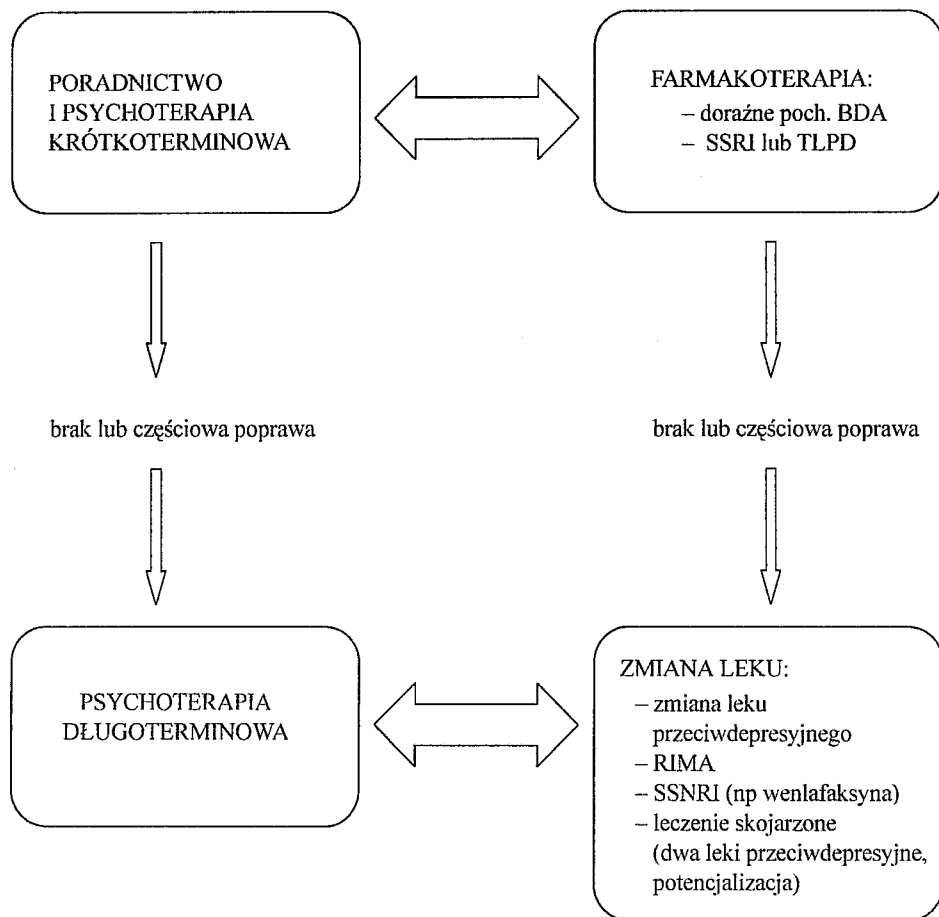
Wykazano w kilku małych badaniach redukcję lęku po stosowaniu klonidyny (4–5 µg/kg/24 h). Obecnie uważa się klonidynę za przydatną jedynie u chorych, którzy równocześnie cierpią na nadciśnienie i którzy nie tolerują leków standardowych.

Kwas walproinowy

W jednym badaniu kontrolowanym i kilku badaniach otwartych wykazano skuteczność kwasu walproinowego. Kwas walproinowy może być przydatny w leczeniu lęku towarzyszącego schorzeniom organicznym o.u.n. Bywa też stosowany w zespołach abstynencyjnych po odstawieniu. Wykazane działanie w lęku napadowym innych leków (ondansetronu, inozytolu, werapamilu) wymaga potwierdzenia w dalszych badaniach.

Potencjalizacja działania leków

Jeśli leczenie było prowadzone prawidłowo, a kolejne kuracje nie przyniosły poprawy można stosować leczenie skojarzone dwoma lekami lub dołączyć leki,

**ALGORYTM POSTĘPOWANIA TERAPEUTYCZNEGO
W LĘKU NAPADOWYM**

które potencjalizują działanie przeciwlękowe (np. buspiron, pindolol, lit, kwas walproinowy). Najczęściej stosuje się równocześnie dwa leki z preferowanych grup (np. LPD + benzodiazepiny, dwa leki przeciwdepresyjne). Nie ma wielu dowodów na skuteczność potencjalizacji działania.

Zaburzenia lękowe uogólnione, zaburzenia depresyjne i lękowe mieszane

Zaburzenie lękowe uogólnione objawia się kilkumiesięcznym okresem niepokoju, uczuciem zagrożenia, zamartwiania się, lękiem przed trudnościami życia codziennego. Niekiedy występują napady lęku (sporadyczne, o niezbyt dużym

nasileniu). Często są bóle napięciowe (głowy, krzyża, mięśni kończyn), trudności w koncentracji uwagi, przewlekłe utrzymujące się zaburzenia wegetatywne (biegunki, pocenie się, przyspieszona akcja serca i in.) oraz zaburzenia snu (przede wszystkim trudności w zasypianiu, koszmarne sny).

W zaburzeniu depresyjnym i lękowym mieszanym, powyższym objawom towarzyszy – podobnie nasilone – obniżenie nastroju, utrata energii życiowej i przeżywania radości.

W związku z przewlekłym przebiegiem tych zaburzeń, często spotykanym powikłaniem jest uzależnienie od benzodiazepin, co należy uwzględnić w procesie diagnostycznym.

LECZENIE

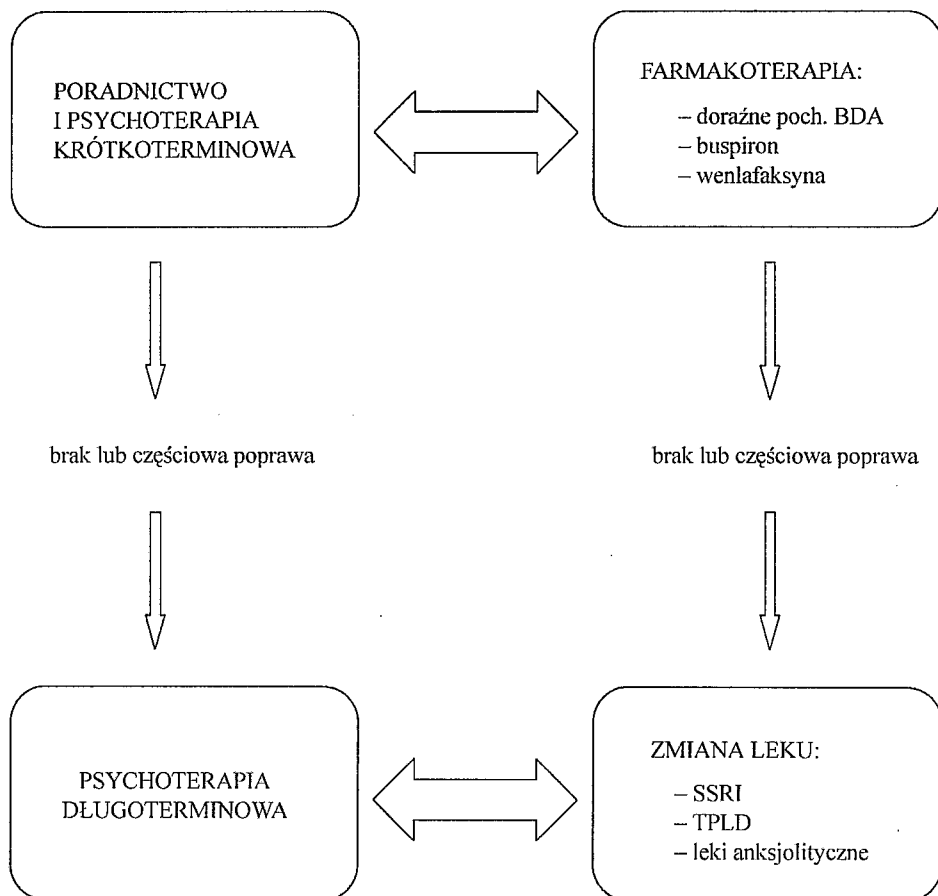
Podstawową formą leczenia zaburzeń lękowych powinna być krótkoterminowa psychoterapia indywidualna lub grupowa, mająca na celu odsłonięcie i usunięcie zagrożenia, którego wyrazem jest lęk uogólniony lub napad lęku. W przypadku stwierdzenia osobowościowego podłoża zaburzeń (osobowości lękliwej, „lęku–cechy” wg Spielbergera itp.) celem psychoterapii powinna być także korekta tego zaburzenia. Może to oznaczać konieczność psychoterapii długoterminowej. W przypadku stwierdzenia związku zaburzenia z zakłóceniem schematów poznawczych (nieprawidłowych przekonań), wskazana jest psychoterapia poznawczo-behawioralna. Jeśli podstawowym problemem psychospołecznym pacjenta jest sytuacja rodzinna, wskazana jest terapia rodzin.

Farmakoterapia w zaburzeniu lękowym uogólnionym

Często stosowanym, a nawet preferowanym lekiem jest buspiron. Jest to lek anksjolityczny nie powodujący uzależnienia, ale kliniczny efekt jego działania pojawia się po 7–14 dniach. Wynik stosowania buspironu jest lepszy u chorych, u których uprzednio nie stosowano benzodiazepin. Dlatego też zaleca się buspiron jako pierwszy lek w lęku uogólnionym, szczególnie gdy wśród objawów dominują psychiczne objawy lęku (obawy, troska o zdrowie, napięcie).

U pacjentów z nasilonymi objawami somatycznymi stosuje się zwykle benzodiazepiny. W związku z ryzykiem uzależnienia pochodne benzodiazepiny należy zalecać na krótki, ograniczony czas, stosować w sposób przerywany (np. przez kilkanaście dni, następnie powoli odstawić, w razie potrzeby ponownie włączyć na kilka dni).

Lęk uogólniony często poprzedzają stany depresji, bywa nawet uważany za zaburzenie prodromalne depresji. Jest to powód do stosowania w lęku uogólnionym leków przeciwdepresyjnych. Udokumentowano, że wenlafaksyna jest bardziej skuteczna w lęku uogólnionym, niż buspiron. Głównym ograniczeniem jej stosowania jest stosunkowo duży koszt leku, chociaż w GAD może wystarczyć dawka 75 mg.

**ALGORYTM POSTĘPOWANIA TERAPEUTYCZNEGO
W LĘKU UOGÓLNIONYM (GAD)**

Wykazano dobry efekt stosowania leków przeciwdepresyjnych: SSRI (paroksetyny, sertraliny, TLPD (imipraminy, opipramolu), tianeptyny.

Do innych leków, stosowanych w lęku uogólnionym należy hydroksyzyna. Wywiera ona dobry efekt przeciwlękowy, ale nie oceniono jej skuteczności w leczeniu długoterminowym.

Badana jest skuteczność leków wpływających na receptory GABA-ergiczne (przeciwpadaczkowych, szczególnie pregabaliny).

Wykaz leków stosowanych o dowiedzionej skuteczności w lęku uogólnionym przedstawiono w tabeli 6.

Tabela 6. Leki o dowiedzionej skuteczności w leczeniu uogólnionym

	Lek	Dawka dobową w mg
Azapirony	buspiron	15–60
SNRI	wenlafaksyna	75–225
SSRI	paroksetyna	20–50
sertralina		50–150
TLPD	imipramina	75–200
Opipramol		100–200
	tianeptyna	37,5
Gdy nieskuteczne:		
Benzodiazepiny	diazepam i inne pochodne	5–15
Przeciwhistaminowe:	hydroksyzyna	50–100

(F42) Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne (nerwica natręctw)

F42.0 zaburzenie z przewagą myśli lub ruminacji natrętnych

F42.1 zaburzenie z przewagą czynności natrętnych (natrętne rytuały)

F42.2 myśli i czynności natrętne – mieszane

F42.8 inne zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne

F42.9 zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne, nieokreślone

Zaburzenie to polega na występowaniu myśli i czynności natrętnych, często związanych z przymusem myślenia o pozornie bezsensownych sprawach i wykonywaniu niepotrzebnych czynności. Próby powstrzymania ich nasilają napięcie i powodują lęk.

Z natręctwami może łączyć się zespół cech osobowości, określany jako osobowość anankastyczna. Przebieg zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego jest często przewlekły. Niekiedy dochodzi do znacznej inwalidyzacji, niezdolności do pracy zawodowej, a czasem potrzeby stałej opieki drugiej osoby. Jednak u większości pacjentów możliwe jest usunięcie lub znacznie zmniejszenie objawów.

Przyczyną tych zaburzeń mogą być zarówno konflikty wewnątrzpsychiczne (np. między potrzebami jednostki a wpojonymi systemami wartości), jak i błędne schematy poznawcze, powodujące nieadekwatną ocenę rzeczywistości.

Poza badaniami rutynowymi celowe jest wykonanie EEG, TK i testów psychologicznych w celu wykluczenia organicznych uszkodzeń ośrodkowego układu nerwowego.

Warto pamiętać, że natręctwa mogą występować w innych zaburzeniach psychicznych (depresja, schizofrenia).

LECZENIE

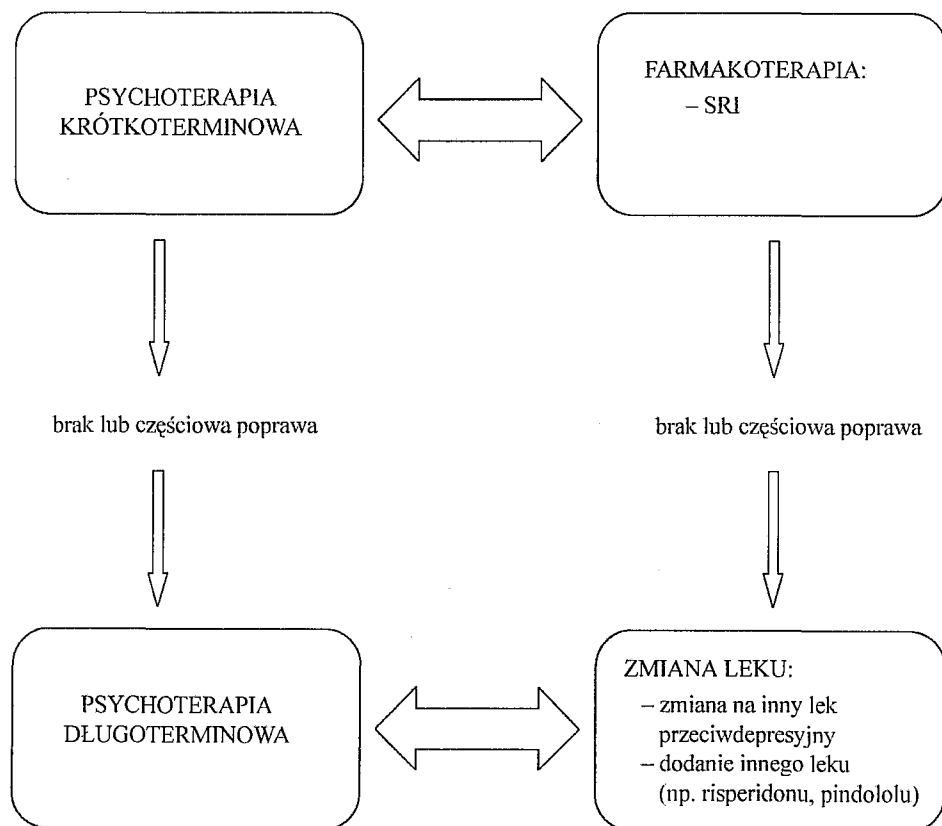
W leczeniu tych zaburzeń szczególnie wskazane jest łączenie psychoterapii z farmakoterapią. Psychoterapia poznawczo-behawioralna (CBT) pozwala na

zmianę rozumienia przez pacjenta roli oraz znaczenia obsesji i kompulsji. Z technik behawioralnych, stosuje się najczęściej połączenie stopniowej ekspozycji na sytuację lękorodną z powstrzymywaniem reakcji. Psychoterapia psychodynamiczna pozwala na odsłonięcie okoliczności symbolizowanych przez myśli i czynności natrętne, stwarzając pacjentowi możliwości poradzenia sobie z tymi sytuacjami.

Farmakoterapia zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych to przede wszystkim stosowanie leków hamujących wychwyt serotoniny: klomipraminy lub SSRI: citalopramu, fluoksetyny, fluwoksaminy, paroksetyny i sertraliny. Ostatnio udokumentowano przydatność także wenlafaksyny (SNRI). Zazwyczaj po 3–4 tygodniach obserwuje się oznaki poprawy, jednak zaledwie u ok. 20% pacjentów po 8–12 tygodniach farmakoterapii objawy ustępują całkowicie.

Okolo 20% pacjentów wymaga leczenia drugim lekiem, ale decyzji o zmianie leku nie należy podejmować wcześniej niż po 10–12 tygodniach kuracji. W przypadku

**ALGORYTM POSTĘPOWANIA TERAPEUTYCZNEGO
W ZABURZENIACH
OBSESyjNO-KOMPULSYWNYCH**



niepełnej poprawy zwykle zwiększa się dawkę leku, a decyzję o zmianie leku najczęściej podejmuje się później, po 3 miesiącach. Leczenie rozpoczyna się od małych dawek, dawki optymalne należy stosować przez rok. Jednak niektórzy chorzy, którzy przebyli więcej niż 2 ciężkie lub trzy mniej nasilone nawroty powinni przyjmować leki dłużej (niekiedy stale). Dawki leków stosowane w zaburzeniach obsesyjno-kompulsyjnych są większe, niż w depresjach.

W wypadku decyzji o zakończeniu farmakoterapii dawkę leku należy zmniejszać stopniowo, obniżając ją o 25% co 2 miesiące. Dawki leków, których skuteczność w zaburzeniach obsesyjno-kompulsyjnych potwierdzono, przedstawia tabela 7, a ryzyko objawów niepożądanych tabela 8.

Tabela 7. Leki stosowane w zaburzeniach obsesyjno-kompulsyjnych

Lek	Dawka początkowa	Zakres dawek	Dawka przeciętna	Okres półtrwania
Citalopram	20	20–60	50	33 h
Fluoksetyna	20	20–80	40–60	4–6 dni
Fluwoksamina	25–50	100–300	200	13–15 h
Klomipramina	25–50	100–300	200	19–37 h
Paroksetyna	20	20–60	50	21 h
Sertralina	50	50–200	150	26 h

Tabela 8. Rodzaj objawów niepożądanych, a leki stosowane w natręctwach (w grupie SSRI wymieniono w nawiasie leki najrzadziej lub najczęściej powodujące wymieniony objaw)

Objawy	Lek rzadko (rzadziej) powodujący objawy niepożądane	Leki często (częściej) powodujące objawy niepożądane
Sercowo-naczyniowe	SSRI, SNRI	klomipramina
Sedacja, senność	SSRI (fluoksetyna), SNRI	klomipramina
Bezsennaść, niepokój	klomipramina	SSRI (fluoksetyna, fluwoksamina), SNRI
Antycholinergiczne	SSRI (fluoksetyna, fluwoksamina) SNRI	klomipramina
Przyrost masy ciała	SSRI (fluoksetyna – jadłowstręt)	klomipramina
Zab. funkcji seksualnych		klomipramina, SSRI
Akatzja	klomipramina, SNRI	SSRI
Nudności/wymioty	klomipramina	SSRI (fluwoksamina), SNRI
Biegunka	klomipramina	SSRI (sertralina)

Ostatnio, w szczególnie uciążliwych przypadkach zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych rozważane jest postępowanie neurochirurgiczne. Jest ono przedmiotem wielu kontrowersji.

(F43) Reakcja na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne**F43.0 ostra reakcja na stres****F43.1 zaburzenie stresowe pourazowe****F43.2 zaburzenia adaptacyjne (reakcja depresyjna krótka lub przedłużona, lękowo-depresyjna i in.)****F43.8 inne reakcje na ciężki stres****F43.9 reakcja na ciężki stres, nieokreślona**

Obraz reakcji na stres, szczególnie ostrej (ASD), może być bardzo zróżnicowany. Mogą występować zaburzenia świadomości (często z zawężeniem uwagi, czasem dochodzi do powstania stuporu dysocjacyjnego), zaburzenia motoryki (pobudzenie lub zneruchomienie), autonomiczne objawy lęku (pobudzenie układu sympatycznego), objawy pobudzenia psychicznego, zaburzenia snu. Cechą charakterystyczną jest bezpośredni związek czasowy z sytuacją stresową oraz krótkotrwałość zaburzenia (godziny, dni).

W zaburzeniu stresowym pourazowym (PTSD) stwierdza się w wywiadzie zaistnienie (przed kilkoma tygodniami czy miesiącami) szczególnie ciężkiej sytuacji urazowej; nawracające natrętnie reminiscencje (wspomnienia traumatycznych zdarzeń), obejmujące wyobrażenia (migawki – flash-backs) i sny na temat sytuacji urazowej; uczucie odrętwienia emocjonalnego, odizolowania od innych; anhedonię; unikanie sytuacji i działań, mogących przypominać sytuację urazową. Czasami występują ostre napady lęku lub wybuchy agresji, przeważnie związane z nagłym przypomnieniem sytuacji urazowej. Zwykle obecny jest stan pobudzenia układu autonomicznego z wzmożoną czujnością i bezsennością, niekiedy lęk, depresja, nierzadko myśli samobójcze. Zaburzenie występuje zwykle po okresie utajenia, od kilku tygodni do kilku miesięcy po urazie (rzadko przekracza 6 miesięcy).

W zaburzeniu adaptacyjnym powstałym w wyniku sytuacji urazowej o charakterze psychospołecznym (najczęściej związanej ze znaczącą zmianą – migracja, inna zmiana środowiska, utrata osoby bliskiej i itp.). Objawy pojawiają się nie później niż w miesiąc po zaistnieniu sytuacji trudnej i trwają nie dłużej niż 6 miesięcy, mają najczęściej typ depresyjny i/lub lękowy. Nawracają myśli dotyczące sytuacji trudnej, przynębianie, zamartwianie się, lęk przed przyszłością, czasem zachowania agresywne (szczególnie u młodzieży).

W zaburzeniach mających charakter ostrej lub przewlekłej reakcji na stres nie ma szczególnej potrzeby wykonywania badań dodatkowych (jeżeli nie ma istotnych indywidualnych wskazań, np. związanych z urazem fizycznym, współistniejącą chorobą somatyczną itd.).

Rokowanie jest zazwyczaj dobre. Większość osób, u których występują ostre reakcje na stres, nie wymaga leczenia. W niewielkim odsetku przypadków zaburzeń stresowych pourazowych i adaptacyjnych przebieg może być przewlekły, wieloletni. Długotrwałe, nie rozpoznane i nie leczone lub nieodpowiednio leczone zaburzenie może prowadzić do trwałej zmiany osobowości (F62.0).

LECZENIE

W ostrych reakcjach na stres i zaburzeniach pourazowych podstawowym działaniem jest stworzenie pacjentowi bezpiecznych warunków poprzez wycofanie go z sytuacji urazowej i uspokojenie, pomoc metodami farmakologicznymi lub psychospołecznymi (pomoc psychospołeczna). Wskazana jest rozmowa o sytuacji stresowej. Duże znaczenie ma zapewnienie możliwości snu.

W przypadku nieskuteczności takich działań w okresie do 7–10 dni, należy zastosować psychoterapię krótkoterminową w celu przeciwdziałania utrwaleniu się objawów poprzez m.in. znalezienie przyczyn ich utrzymywania się (kilka–kilkanaście spotkań 1–2 razy w tygodniu). Psychoterapia wskazana jest zwłaszcza, gdy powstanie reakcji na stres łączy się z cechami osobowości sprzyjającymi wystąpieniu określonego typu reakcji.

Niekiedy konieczne jest równoczesne zastosowanie farmakoterapii. Dobór leku zależy od dominującej symptomatologii. Jeśli przeważa lęk, fobie, unikanie, zaburzenia snu, można krótkotrwale stosować benzodiazepiny, ale obecnie najczęściej stosuje się nowe leki przeciwdepresyjne (SSRI, SNRI, nefazodon) lub TLPD (amitryptylina, imipramina). Jeśli pacjent przejawia zachowania agresywne, znaczne pobudzenie lub zdradza objawy psychotyczne stosuje się leki przeciwpsychotyczne (zwłaszcza leki II generacji) lub leki normotymiczne (np. kwas walproinowy).

W tabeli 9 podano najczęściej stosowane leki i dawki dobowe. W przypadku braku poprawy (po 2 tygodniach stosowania benzodiazepin lub po 6–8 tygodniach

Tabela 9. Leki o udokumentowanej skuteczności w reakcjach na ciężki stres

	Lek	Dawka dobową w mg
SSRI	citalopram	20–40
	fluoksetyna	20–40
	sertralina	50–100
	fluwoksamina	100–300
	paroksetyna	20–40
SNRI	wenlafaksyna	75–225
TLPD	amitryptylina	75–200
	imipramina	75–200
Inne LPD w przypadku braku poprawy lub złej tolerancji		
	nefazodon	300–500
przeciwpadaczkowe	lamotrygina	25–500
	kwas walproinowy	500–1500
benzodiazepiny	alprazolam	1–4
	klonazepam	1–4
Buspiron		20–60
Leki przeciwpsychotyczne	kwetiapina	100–400
	olanzapina	5–15
	risperidon	2–6

stosowania LPD) należy rozważyć zmianę lub dołączenie drugiego leku oraz poszerzenie lub intensyfikację psychoterapii.

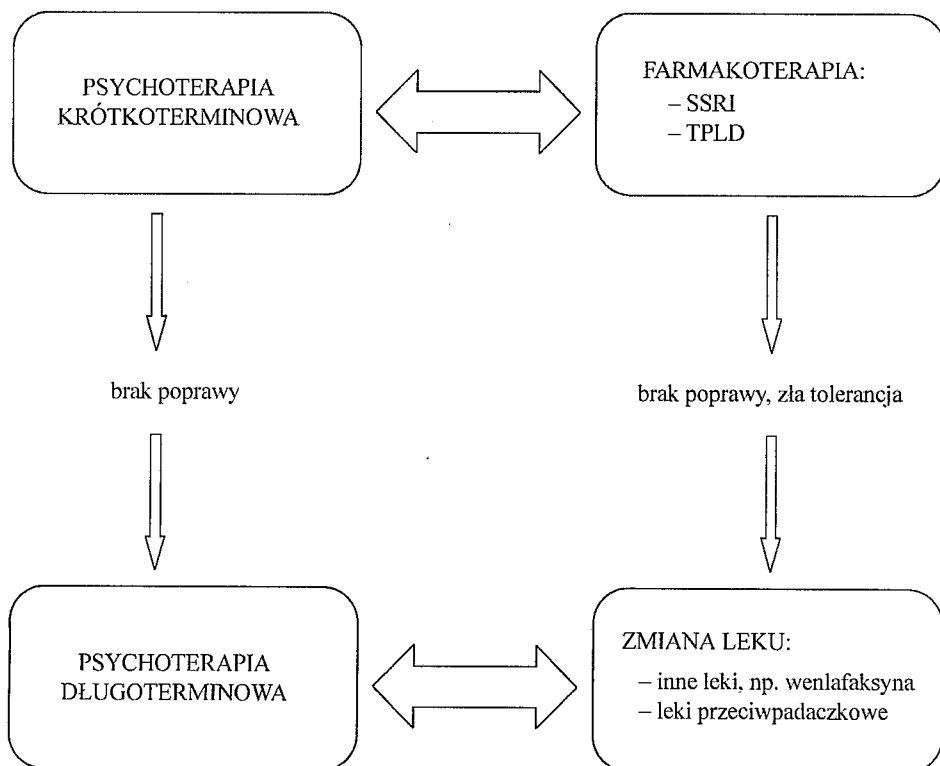
W przewlekłej reakcji na stres (zespół stresu pourazowego, zaburzenia adaptacyjne) leczenie jest zwykle dłuższe. Psychoterapię planuje się zazwyczaj na ponad pół roku.

W zaburzeniu stresowym pourazowym skuteczne okazują się działania o charakterze poznawczo-behawioralnym, obejmujące odreagowanie i ćwiczenia w wyobrażaniu sobie sytuacji urazowej w czasie sesji terapeutycznych oraz trening stopniowej ekspozycji na sytuacje przypominające sytuację urazową. W zaburzeniu adaptacyjnym pomocna może być psychoterapia zorientowana na problem.

Towarzysząca psychoterapii farmakoterapia może trwać nawet 12–24 miesiące. Aby uniknąć objawów abstynencyjnych, leki odstawia się stopniowo (przez 2–4 tyg. LPD, przez miesiąc lub dłużej benzodiazepiny).

W przypadku trwałej zmiany osobowości, będącej wynikiem działania sytuacji urazowej (F62.0 – Trwała zmiana osobowości po przeżyciu sytuacji ekstremalnej) konieczna może być długoterminowa psychoterapia indywidualna i/lub grupowa.

ALGORYTM POSTĘPOWANIA TERAPEUTYCZNEGO W ZESPOLE STRESU POURAZOWEGO (PTSD)



(F44) Zaburzenia dysocjacyjne (konwersyjne)**F44.0 amnezja dysocjacyjna****F44.1 fuga dysocjacyjna****F44.2 osłupienie dysocjacyjne (stupor dysocjacyjny)****F44.3 trans i opętanie****F44.4 dysocjacyjne zaburzenia ruchu****F44.5 drgawki dysocjacyjne****F44.6 dysocjacyjne znieczulenia i utrata czucia zmysłowego****F44.7 mieszane zaburzenia dysocjacyjne (konwersyjne)**
(zespół Gansera, osobowość mnoga i in.)**F44.8 inne zaburzenia dysocjacyjne (konwersyjne)****F44.9 zaburzenia dysocjacyjne (konwersyjne) nieokreślone**

Zaburzenia dysocjacyjne charakteryzuje ich „czynnościowość” – „psychogenia” (brak ewidentnych, organicznych przyczyn objawu). Objawy mogą wystąpić i ustąpić nagle. Mogą stanowić wyraz niezrealizowanych potrzeb czy przeżywanych konfliktów, mają więc funkcję symboliczną i komunikacyjną. Mogą się wiązać z wyobrażeniami pacjenta o chorobie, której mają być przejawem. Często są one uwarunkowane środowiskowo i kulturowo. Widoczny jest związek czasowy z sytuacją urazową, a także nieuświadomiona motywacja roszczeniowa. U niektórych pacjentów (zwłaszcza u tych, u których utrzymują się przyczyny zaburzeń, zwłaszcza ewentualne roszczenia) zaburzenia mają przebieg przewlekły, niekiedy inwalidyzujący.

Rodzaj badań dodatkowych, niezbędnych w diagnozie różnicowej, zależy od charakteru objawów. Niekiedy wydaje się konieczne przeprowadzenie badań rutynowych (łącznie z oznaczeniem poziomu wapnia w celu wykluczenia napadów tężyzki); poziomu porfobilinogenu i kwasu delta-amino-lewulinowego w moczu (przy napadach bólu, w celu wykluczenia porfirii ostrej przerywanej); EEG (przy napadach drgawkowych i innych objawach występujących napadowo); EMG (przy niektórych zaburzeniach ruchowych); specjalistyczna ocena laryngologiczna, neurologiczna, okulistyczna itp. (odpowiednio do rodzaju objawów) w przypadku utraty czucia zmysłowego.

LECZENIE

Podstawowym postępowaniem jest psychoterapia. Forma, zakres i techniki psychoterapeutyczne zależą od rodzaju zaburzeń i stanu pacjenta. Ważne jest działanie szybkie, nakierowane na jednoznaczne rozwiązanie sytuacji wywołującej objawy. Użyteczna bywa psychoterapia krótkoterminowa, obejmująca odreagowanie i oddziaływania sugestywne (również hipnoza). Przy jednoczesnych osobowościowych uwarunkowaniach tego zaburzenia, wskazana jest psychoterapia długoterminowa, mająca na celu odsłonięcie okoliczności symbolizowanych przez objawy oraz umożliwienie poradzenia sobie z konfliktami lub sytuacjami powodującymi taką reakcję.

W zaburzeniach dysocjacyjnych często użyteczne okazuje się krótkotrwałe stosowanie pochodnych benzodiazepin oraz inhibitorów wychwyty zwrotnego serotoniny (SSRI), rzadziej – małych dawek neuroleptyków o działaniu przeciwlękowym. Należy unikać przewlekłego podawania leków.

(F45) Zaburzenia występujące pod postacią somatyczną

F45.0 zaburzenie somatyzacyjne (z somatyzacją)

F45.1 zaburzenia występujące pod postacią somatyczną, nieodróżnicowane

F45.2 zaburzenie hipochondryczne

F45.3 zaburzenia (dysfunkcje) autonomiczne występujące pod postacią somatyczną

F45.4 uporczywe bóle psychogenne

F45.8 inne zaburzenia występujące pod postacią somatyczną

F45.9 zaburzenia występujące pod postacią somatyczną, nieokreślone

W zaburzeniach tych na pierwszy plan wysuwa się nadmierne zaabsorbowanie sprawami zdrowia i zabiegami wokół jego przywrócenia lub zachowania (zwłaszcza w zaburzeniach somatyzacyjnych i hipochondrycznych), czujna obserwacja funkcjonowania narządów własnego ciała i postrzeganie tych czynności jako wyrazu zaburzenia; poczucie choroby fizycznej, potrzeba badania się i leczenia oraz pełnienie roli chorego (z uzyskiwaniem uwagi i opieki środowiska).

Zaburzenia te, szczególnie hipochondryczne, często mają długotrwały przebieg i stanowią jeden z poważniejszych problemów leczenia podstawowego. Według niektórych statystyk chorzy z tymi zaburzeniami stanowią znaczną część pacjentów lekarzy ogólnych.

Somatyczny charakter objawów powoduje, że konieczne są rozmaite badania dodatkowe, służące wykluczeniu organicznego podłoża skarg zgłaszanych przez pacjenta (istotne jest dokładne i możliwie szybkie przeprowadzenie diagnozy różnicowej). Użyteczne są także badania, zmierzające do wykluczenia innego zaburzenia psychicznego (w tym badanie psychologiczne). Należy jednak pamiętać o szczególnej podatności tych chorych na jatrogenizujący wpływ działań, mających upewnić lekarza o prawidłowym sformułowaniu diagnozy. Zbyt wiele badań i konsultacji nie zmniejsza lęku pacjenta, przeciwnie, nasila go, stanowiąc wyraz niepewności lekarza i poczucie zagrożenia niepewnością diagnozy.

LECZENIE

Podstawowym postępowaniem jest psychoterapia. Wskazana jest modyfikacja schematów poznawczych oraz stworzenie możliwości powstania nowych mechanizmów radzenia sobie. Użyteczna jest psychoterapia o charakterze poznawczo-behawioralnym, mająca za cel m.in. rozerwanie mechanizmu błędnego koła związanego z wejściem pacjenta w rolę chorego. Czasami konieczna jest psychoterapia

Współczesne koncepcje leczenia zaburzeń nerwicowych związane są z założeniami klasyfikacji DSM-IV i ICD-10, traktujących w zasadzie zespoły, w których dominują któreś z objawów, za odmienne jakościowo jednostki opisowe. Poza „zaburzeniami związanymi ze stresem”, klasyfikacje te nie uwzględniają aspektów etiologii. Stąd też leczenie koncentruje się raczej na usuwaniu objawów niż ich przyczyn, a pojęcie „psychogenezy” tych zaburzeń jest uznawane za wątpliwą hipotezę. Wszystko to skłania do poszukiwania rozwiązań w leczeniu farmakologicznym i – wbrew założeniom klasyfikacji – poszukiwaniu leków, działających specyficznie w poszczególnych rodzajach zaburzeń.

Charakterystyczne dla współczesnej medycyny oczekiwania od leczenia szybkiego i całkowitego wyleczenia mogą powodować, że niewątpliwie większa obecnie efektywność terapii zaburzeń nerwicowych wydaje się jednak niewystarczająca. Z taką oceną spotyka się zarówno psychoterapia, jak i farmakoterapia.

Z większości badań wynika, że najskuteczniejsze jest łączenie tych metod, a z doświadczenia klinicznego, że niezmiernie istotna jest indywidualizacja postępowania.

Podziękowanie

Autorzy dziękują za uwagi, które w toku opracowania otrzymali od kolegów: Krystyna Czernejewskiego, Wojciecha Gruszczyńskiego, Ryszarda Kamińskiego, Andrzeja Kokoszki, Jerzego Landowskiego, Janusza Rybakowskiego, Tomasza Sobów.

Piśmiennictwo

1. Aleksandrowicz JW. Psychopatologia zaburzeń nerwicowych i osobowości. UJ. Kraków 2002 (wyd. III)
2. Aleksandrowicz JW. Psychoterapia. Wyd. PZWL, Warszawa 2000
3. Araszkiewicz A. Zaburzenia dysocjacyjne. W: Bilikiewicz A. i inni (red) Psychiatria, tom II, Urban & Partner, Wrocław 2002, 485–50
4. Bandelow B., Zohar J., Hollander E. i in.: World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP). Guidelines for the Pharmacological Treatment of Anxiety, Obsessive-Compulsive and Posttraumatic Stress Disorders. World J. Biol. Psychiatry 2002, 3, 171–199
5. Culpepper L.: Treating Posttraumatic Stress Disorder in Primary Care, Setting: The Expert Consensus Guideline, marzec 2000
6. Czała C., Brykczyńska C., Psychologiczne metody leczenia lęku. Lęk i Depresja 1998, 3, 2, 102 – 113
7. Fawcett J., Stein D.J., Jobson O. Textbook of treatment algorithms in psychopharmacology. J. Willey & Sons, Chichester 1999
8. Heitzman J., Reakcja na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne. W: Bilikiewicz A. i inni (red.) Psychiatria, tom II Urban & Partner, Wrocław 2002, 466–484
9. Hollander E., Bienstock C.A., Koran L.M. i in.: Refractory Obsessive-Compulsive Disorder: State-of-the-Art-Treatment. J. Clin. Psychiatry 2002, 63, supl. 6, 20–29
10. ICD-10 Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne. U.W.M „Vesalius”, IPiN, Kraków–Warszawa 1997
11. Kokoszka A., Zaburzenia nerwicowe. Postępowanie w praktyce ogólnolekarskiej. Medycyna Praktyczna, Kraków 1998

12. Leder S.: Elementy psychiatrii i psychologii medycznej, CMKP, Warszawa 1987
13. Marmurowska-Michałowska H., Zaburzenia nerwicowe związane ze stresem i pod postacią somatyczną: neurastenia i zespół depersonalizacji (derealizacji). w: Bilikiewicz A. i inni: (red). Psychiatria, tom II, Urban & Partner, Wrocław 2002, 510–516
14. Mavissakalian M.R., Perel J.M.: Duration of imipramine therapy and relapse in panic disorder with agoraphobia. J. Clin. Psychopharmacol 2002, 22, 294–299
15. Nutt D.J., Ballenger J.C., Lepine J-P. Panic Disorder: Clinical Diagnosis, Management and Mechanism. Martin Dunitz Ltd, London 1999
16. Otto M.W., Tuby K.S., Gould R.A. i in.: An effect-size analysis of the relative efficacy and tolerability of SSRI for panic disorder. Am. J. Psychiatry 2001, 158, 1989–1992
17. Pilaczyńska E., Rybakowski J., Zespół natręctw. W: Bilikiewicz A. i inni (red.) Psychiatria, tom II, Urban & Partner, Wrocław 2002, 454–465
18. Pużyński S., Beręsewicz M.: Zasady rozpoznawania i leczenia zaburzeń psychicznych. IPiN, Warszawa 1993
19. Pużyński S., Leki psychotropowe – podręczny poradnik terapii, Springer PWN, Warszawa 1996
20. Pużyński S.: Interakcje inhibitorów wychwytu serotoniny z innymi lekami. Farmakoterapia Psychiatr. Neurol. 1999, 2
21. Rybakowski J., Zaburzenia lękowe w postaci fobii. W: Bilikiewicz A. i inni (red.) Psychiatria, tom II, Wyd. Med. Urban & Partner, Wrocław 2002, 425–432
22. Rybakowski J.: Przeciwlękowe działanie leków antydepresyjnych. Lęk i Depresja 1998, 2, 91–101
23. Rzewuska M. i wsp., Standardy i algorytmy farmakoterapii w zaburzeniach lękowych i obsesyjno-kompulsyjnych, Farmakoter.w Psychiatrii. i Neurol. 1999, 1, 7–18
24. Rzewuska M., Schematy postępowania farmakologicznego w fobiach społecznych tworzone na podstawie wyników badań klinicznych, Farmakoter.w Psychiatr.i Neurol. 2000, 4, 332–347
25. Rzewuska M., Sobucka K.: Poglądy ordynatorów ośrodków leczenia nerwic dotyczące zagadnień związanych z farmakoterapią zaburzeń lękowych, obsesyjno-kompulsyjnych i dystymii. Farmakoterapia w Psych. i Neurol. 1999, 1, 19–46
26. Sadock B.J., Sadock V.A. Comprehensive Textbook of Psychiatry, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia 2000, t. I, wyd. 7, 1490–1498
27. Siwiak-Kobayashi M., Zaburzenia lękowe uogólnione i napadowe. W: Bilikiewicz A. i inni (red.): Psychiatria, tom II, Urban & Partner, Wrocław 2002, 433–453
28. Siwiak-Kobayashi M., Zaburzenia występujące pod postacią somatyczną (somatoformiczne). W: Bilikiewicz A. i inni (red.) Psychiatria, tom II, Urban & Partner, Wrocław 2002, 503–509
29. Wciórka J. (red) Psychiatria praktyczna dla lekarza rodzinnego, IPiN, Warszawa 1992

Adres: Doc. Małgorzata Rzewuska, Samodzielna Pracownia Farmakoterapii,
Instytut Psychiatrii i Neurologii, Sobieskiego 9, 02-957 Warszawa, tel. 651 93 12