

# Zaburzenia lękowe — charakterystyka i zasady leczenia

## Anxiety disorders — clinical features and therapeutic guidelines

**Anna Nitka-Siemińska**

Indywidualna Specjalistyczna Praktyka Lekarska,  
Gdańsk

### STRESZCZENIE

Lęk jest objawem w przebiegu wielu różnych chorób. Pojawia się w schorzeniach somatycznych i jest podstawowym objawem zaburzeń nerwicowych. W związku z tym niezwykle istotne jest prawidłowe diagnozowanie i leczenie lęku. Podstawową grupą leków są stosowane doraźnie benzodiazepiny oraz — w leczeniu długookresowym — leki przeciwdepresyjne, na przykład selektywne inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny.

Forum Medycyny Rodzinnej 2014, tom 8, nr 1, 37–43

słowa kluczowe: zaburzenia lękowe uogólnione, lęk napadowy z/bez agorafobii, fobia społeczna

### ABSTRACT

Anxiety may be a symptom of various diseases. It is present in somatic disorders and it constitutes a crucial finding in neurasthenic syndromes. A proper diagnosis and efficient treatment are essential for successful management of anxiety disorders. The most important substances used in treatment of anxiety are benzodiazepines used "on demand" and — for long term therapy — antidepressants, eg. selective serotonin re-uptake inhibitors.

Forum Medycyny Rodzinnej 2014, vol 8, no 1, 37–43

key words: generalized anxiety disorder, panic disorder with/without agoraphobia, social phobia

### WSTĘP

Lęk bywa cechą wielu różnych chorób. Charakterystyczny jest dla niektórych chorób somatycznych — na przykład dla zaburzeń hormonalnych czy problemów kardiologicznych. Lęk też pojawiać się może w przebiegu uzależnień — jako objaw zespołu abstynencyjnego czy objaw zatrucia. Trzecią dużą grupą zaburzeń, w których lęk ma bardzo duże, podstawowe

znaczenie są zaburzenia nerwicowe. Niniejsze opracowanie poświęcone jest tym ostatnim.

Z powodu wielorakich możliwych przyczyn lęku na początku terapii najważniejsza jest dokładna diagnostyka różnicowa. Dopiero właściwa identyfikacja źródła lęku może doprowadzić do wyleczenia pacjenta [1, 2].

W przypadku lęku będącego objawem choroby somatycznej przede wszystkim nale-

### Adres do korespondencji:

dr n. med. Anna Nitka-Siemińska  
Indywidualna Specjalistyczna Praktyka Lekarska,  
Gdańsk  
e-mail: nicia@o2.pl

ży leczyć to schorzenie — leki anksjolityczne mają jedynie pomocniczą rolę i działają tylko objawowo. Czasami jest to niezbędne, a doraźne włączenie pochodnych beznodiazepin czy hydroksyzyny wyraźnie poprawia komfort życia pacjenta.

Gdy lęk jest pochodną uzależnień należy bezwzględnie podjąć próby terapii danego uzależnienia. Stosowanie leków przeciwłękowych (co niekiedy jest niezbędne) musi być stosowane niezwykle ostrożnie z racji możliwości dodatkowego uzależnienia pacjenta, tym razem jatrogennego. W przypadku uzależnienia od alkoholu warto pamiętać, że w pierwszej fazie alkohol może działać na pacjenta uspakajająco, natomiast jest to działanie krótkotrwałe, a po jego ustąpieniu objawy lękowe nasilają się [3].

Zasady postępowania w leczeniu zaburzeń lękowych o podłożu nerwicowym przedstawiono poniżej.

### PODZIAŁ ZABURZEŃ LĘKOWYCH

Według klasyfikacji ICD 10 zaburzenia lękowe należą do kręgu zaburzeń nerwicowych. Obejmują dwie duże grupy. Do pierwszej (F 40) należą zaburzenia lękowe w postaci fobii (agorafobia, fobie społeczne i izolowane postaci fobii), a druga grupa (F 41) to „Inne zaburzenia lękowe”, do których należą między innymi: zaburzenia lękowe z napadami lęku (epizodyczny lęk napadowy) oraz zaburzenia lękowe uogólnione [4].

Z racji różnych obrazów klinicznych trudno jest traktować zaburzenia lękowe jako całość. Grupa ta nie jest homogenna, każda z jednostek różni się istotnie od pozostałych. W związku z tym każda zostanie omówiona osobno.

### Zaburzenia lękowe w postaci fobii

Słowo fobia pochodzi od greckiego słowa *phobos*, czyli strach. Oznacza nadmierny lęk pojawiający się podczas bezpośredniego kontaktu z pewną konkretną sytuacją czy obiektem. Charakterystyczne jest to, że człowiek z fobią zdaje sobie sprawę, że jego lęk jest irracjonal-

ny. Mimo to unika sytuacji (miejsc, zwierząt), które mogłyby fobiczny lęk wyzwolić. W niektórych przypadkach już samo wyobrażenie może wyzwolić dyskomfort psychiczny a nawet pełną reakcję lękową u pacjenta.

### Agorafobia

Agorafobia oznacza lęk przed otwartą przestrzenią. W obecnie obowiązującej klasyfikacji zaburzenie to dotyczy także innych sytuacji, z których najczęściej występujące to: bycie w zatłoczonych miejscach, podróżowanie środkami komunikacji miejskiej, bycie w zamkniętym obiekcie, takim jak kino czy kościół. Wspólną cechą tych sytuacji jest to, że pacjent ma trudność z szybkim i sprawnym wydostaniem się z nich (np. zatłoczony autobus) lub jego zachowanie może być zauważone przez innych (np. wyjście z kościoła w trakcie trwania uroczystości). Agorafobia może także objawiać się tym, że osoba odczuwa bardzo silny lęk przed oddalaniem się samemu od swojego domu. Najczęściej wynika to z obawy, że w razie złego samopoczucia nikt nie udzieli pomocy. W trakcie lęku o charakterze agorafobii pacjent może doświadczać wielu różnych objawów, przede wszystkim somatycznych: kołatanie serca, potliwość, duszność, drżenie, uczucie suchości w ustach, ucisku w gardle, bóle głowy, bóle prekordialne, nudności, zawroty głowy. Pojawia się także lęk: lęk przed śmiercią, przed „zwariowaniem” [5, 6]. Agorafobia dotyczy kilku procent populacji.

### Przypadek 1

Pacjentka, 22-letnia, zgłosiła się do psychiatry za namową matki. Matka jest bardzo zaniepokojona i podejrzewa poważne zaburzenia psychiczne, gdyż córka nie wróciła na studia po przerwie semestralnej. Studiuje na III roku i jej decyzja jest dla matki zupełnie niezrozumiała. Pacjentka studiuje w innym mieście. W trakcie badania była w dobrym kontakcie, w wyrównanym nastroju, chętnie o sobie opowiadała. Nie narzeka na kłopoty ze snem ani z łaknieniem, nigdy nie miała

myśli samobójczych. Nie zdradza też objawów psychotycznych. Obecnie przebywa w swoim domu rodzinnym, jest aktywna, dużo czyta, nie ma żadnych kłopotów z koncentracją, jest towarzyska, chętnie i często wychodzi do znajomych lub gości przyjaciół u siebie. W trakcie badania nie przejawiała więc żadnych zaburzeń psychicznych. Dopiero po dokładnym zebraniu wywiadu udaje się dotrzeć do problemu — od dłuższego czasu pacjentka ma problemy z podróżowaniem pociągami, a w trakcie ostatniego powrotu do domu bardzo się to nasiliło: w pociągu „myślała że zwariuje”, było jej duszno, na przemian zimno i gorąco, miała nudności, zwroty głowy. Teraz, na samą myśl o wsiadaniu do pociągu zaczyna odczuwać dyskomfort i zdecydowanie nie zgadza się na odbycie kilkugodzinnej podróży. Zaproponowano kompleksowe leczenie: doraźne (maks. kilkudniowe), przyjmowanie pochodnych benzodiazepiny — by umożliwić przejazd i szybki powrót na studia; podjęcie ukierunkowanej psychoterapii u psychologa; do rozważenia — włączenie leków, na przykład z grupy selektywnych inhibitorów zwrotnego wychwytu serotoniny (SSRI, *selective serotonin reuptake inhibitor*). Pacjentka odmówiła jakiegokolwiek farmakoterapii, tłumacząc swoją decyzję tym, że boi się uzależnienia od leków. Pacjentka podjęła psychoterapię, ale na jej efekty trzeba było czekać zbyt długo — została skreślona z listy studentów.

### Omówienie przypadku

Ze stosowaniem beznodiazepin łączy się niebezpieczeństwo uzależnienia. Cechą wszystkich leków z tej grupy jest rozwój tolerancji w miarę przyjmowania leku. Oznacza to, że przy stosowaniu tego rodzaju leków należy zachować ostrożność i przestrzegać kilku reguł. Są to: rozważenie planowanego czasu leczenia i możliwych alternatyw (często wprowadzanych równocześnie z benzodiazepinami), stosowanie najmniejszych skutecznych dawek, unikanie tej grupy leków u osób ze skłonnościami do uzależnień. Trzeba pamiętać, że leki

te mogą wchodzić w niekorzystne interakcje z innymi lekami oraz z alkoholem — o czym należy pacjenta bezwzględnie poinformować. Leki powinny być bardzo ostrożnie stosowane u osób starszych oraz u kobiet w ciąży. Należy też pamiętać, że ryzyko uzależnienia wyraźnie wzrasta po 3.–4. miesiącu używania leku, a optymalny czas ich stosowania wynosi 4–6 tygodni. Oznacza to więc, że stosowanie benzodiazepin jedynie w początkowej fazie leczenia, na przykład przez pierwszych 10–14 dni, jest bezpieczną i skuteczną metodą. Właśnie duża skuteczność benzodiazepin spowodowała, że w latach 70. XX wieku były najczęściej przepisywanymi lekami [7]. Niestety, ujawnił się problem uzależnienia i stąd wprowadzono wytyczne dotyczące stosowania leków z tej grupy. Przestrzeganie tych zasad zapewnia równowagę między zaletami benzodiazepin a ryzykiem uzależnienia [8]. Dlatego też bardzo istotna jest rozmowa psychoedukacyjna z pacjentem na temat możliwego uzależnienia. Potencjalne ryzyko uzależnienia, pojawiające się jedynie przy długim stosowaniu leków z tej grupy, nie może być powodem, by skreślać tę grupę leków.

W opisanym przypadku beznodiazepinowy lek anksjolityczny byłby stosowany jedynie początkowo i doraźnie, więc ryzyko uzależnienia byłoby znikome. Natomiast bardzo dobrą metodą leczenia agorafobii jest psychoterapia — powinna przynosić trwałe i pożądane efekty, ale niestety wymaga czasu. Dotyczy to także innych leków stosowanych przy leczeniu agorafobii — leków z grupy SSRI, na przykład sertraliny, citalopramu, paroksetyny czy SNRI, na przykład welafaksyny — odpowiedź na leczenie pojawia się po 4–6, a nawet po 12 tygodniach farmakoterapii [3]. Tym bardziej w początkowej fazie leczenia przydatne są leki, które będą dawały szybką i wyraźną poprawę — benzodiazepiny lub hydroksyzyna.

### ■ Fobie swoiste

Fobie swoiste są to nadmierne irracjonalne lęki przed określonymi sytuacjami. Przykła-

dami mogą być: ofidiofobia, czyli lęk przed węzami, brontofobia — lęk przed burzą, gefirofobia — lęk przed przebywaniem na moście. Pełna lista wszystkich fobii swoistych wydaje się wręcz niemożliwa do stworzenia. Nie znamy dokładnych danych na temat rozpowszechnienia fobii swoistych, ale prawdopodobnie — traktowane wszystkie łącznie — dotyczą dużej części społeczeństwa. Niemniej, rzadko utrudniają codzienne funkcjonowanie i osoby nimi dotknięte raczej nie szukają specjalistycznej pomocy. Jeżeli pacjent decyduje się na terapię, to zdecydowanie najwłaściwsza będzie psychoterapia oparta przede wszystkim na technikach behawioralnych, a nie farmakoterapia [9]. W związku z tym fobia swoista nie będzie dokładniej omawiana.

### ■ Fobia społeczna

Fobia społeczna obejmuje lęk (i jego objawy), które wyzwalane są obecnością innych osób, a konkretnie — koniecznością ekspozycji na inne osoby, przede wszystkim obce. Wygłoszenie wykładu, jedzenie w miejscach publicznych, zabranie głosu w dyskusji, opowiedzenie dowcipu w większej grupie osób — to przykłady, w których osoba z fobią społeczną może reagować rumienieniem się (objaw bardzo charakterystyczny), drżeniem rąk, poceniem się, drżeniem głosu lub wręcz niemożnością prawidłowego wysławiania się. Pacjent — świadomy swoich objawów — będzie unikał trudnych dla siebie sytuacji. Udowodniono, że osoby z fobią społeczną mają mniejszą szansę na związek, na uzyskanie wyższego wykształcenia czy satysfakcjonującej pracy. Funkcjonowanie społeczne pacjenta — począwszy od funkcjonowania szkolnego, poprzez funkcjonowanie zawodowe, a skończywszy na relacjach międzyludzkich — może być istotnie zaburzone. Ryzyko wystąpienia fobii społecznej wynosi aż 7% [10].

W leczeniu odgrywają rolę dwie grupy leków: inhibitory monoaminooksydazy (MAO) (np. moklobemid) oraz SSRI (np. paroksetyna, sertralina czy fluwoksamina). Wymienio-

ne leki stosuje się z reguły w takich dawkach, jak przy depresji. Warto zwrócić uwagę, że przez pierwsze dni leczenia wymienione wyżej substancje nie będą skuteczne. Na efekt ich działania trzeba będzie poczekać minimum 2 tygodnie. Aby w tym czasie zwiększyć komfort pacjenta można stosować równocześnie pochodne benzodiazepiny i odstawić je po 2–3 tygodniach. Należy podkreślić, że leki z grupy SSRI mają swoje przeciwwskazania, interakcje jak i działania niepożądane. Konieczność zebrania dokładnego wywiadu celem wykluczenia przeciwwskazań jest więc niezbędna. Do działań niepożądanych należą przede wszystkim: zaburzenia funkcji seksualnych, bezsenność i pobudzenie, ale też sedacja, bóle głowy, drżenia, brak apetytu, nudności, biegunka, zaparcia, suchość w ustach. Paradoksalnie, na początku farmakoterapii lekami z grupy SSRI pacjent może odczuwać nasilenie lęku oraz oceniać, że jego stan pogorszył się i — w związku tym — stracić zaufanie do swojego lekarza. Dlatego też, by zminimalizować to ryzyko, warto początkowo, przynajmniej u części pacjentów, dołączyć lek z grupy benzodiazepin. Można także pacjenta zabezpieczyć pochodnymi benzodiazepin na wypadek nieuniknionych, a bardzo trudnych sytuacji, z jakimi musi się zmierzyć.

W przypadku fobii społecznej bardzo dużym wsparciem dla farmakoterapii może (i powinna) być psychoterapia. Badania dowodzą, że jest to skuteczna metoda leczenia fobii [11, 12].

### Przypadek 2

Pacjent, 28-letni, żonaty, z dwójką dzieci — mieszkają w czwórce. Pracuje naukowo na uczelni oraz dodatkowo w prywatnym przedsiębiorstwie. Somatycznie zdrowy, używki neguje, wywiad rodzinny nie jest obciążający. Pacjent podaje, że już od przedszkola miał problem z nadmierną wstydlivością, nieśmiałością. Z tego względu nieco gorzej funkcjonował w grupie. W szkole problemy się utrzymywały, odpowiadanie na forum

klasy było dla niego bardzo stresujące, zaczynał się jąkać, pocić, niektórzy nauczyciele odbierali to jako bycie nieprzygotowanym do lekcji, co skutkowało oceną niedostateczną. Na studiach, gdzie wszystkie egzaminy były pisemne, radził sobie bardzo dobrze. Obecnie zgłosił się, ponieważ musi obronić doktorat i nie wie, jak sobie ma z tym poradzić. Boi się, że na komisji zrobi wrażenie osoby nieprzygotowanej i niekompetentnej. Pacjent skarży się ponadto na duże kłopoty z zaśnięciem („bo myślę o tym wszystkim i mnie to denerwuje”), innych uwag nie zgłasza.

Pacjentowi zaproponowano 3 formy pomocy: lek do dłuższego stosowania (paroksetynę), na początku leczenia pochodną benzodiazepinową (lorazepam) oraz terapię u psychologa. Wybrano lorazepam, gdyż wykazuje on zarówno wyraźne działanie przeciwlękowe, jak i nasenne. Jest też lekiem, który nie tworzy aktywnych metabolitów, a jego działanie jest krótkotrwałe. Pacjent wyraził zgodę na planowaną terapię.

### **Omówienie przypadku**

Pacjent zgodnie z ustaleniami poszedł do psychologa. Po 3–4 sesjach widział już nieznaczne efekty psychoterapii i kontynuował spotkania. Leki przyjmuje regularnie, po lorazepamie od razu zaczął dobrze spać. Zgodnie z ustaleniami po 2 tygodniach odstawił lorafen („ale jak mam w kieszenie tabletkę, to czuję się bezpiecznej”), zostając tylko na paroksetynie. Obronił doktorat, zdecydowanie lepiej funkcjonuje towarzysko, chwali się, że także w przedsiębiorstwie zaczął sobie lepiej radzić — zgłasza swoje pomysły, jest bardziej asertywny. Po wielomiesięcznej terapii chciałby odstawić leczenie. Zalecono stopniową redukcję dawki paroksetyny, co pacjent zniósł bardzo dobrze.

Powyższy przypadek jest przykładem na to, jak ważne jest prawidłowe leczenie fobii społecznej. Pacjent był pod stałą opieką ambulatoryjną, korzystał równocześnie z psychoterapii, co umożliwiło mu dobre funkcjonowa-

nie. Wypracował sobie prawidłowe mechanizmy zachowań, skupił się na behawioralnych sposobach redukcji napięcia i obecnie nie potrzebuje już wsparcia — ani farmakologicznego, ani psychoterapeutycznego.

### **Epizodyczny lęk napadowy**

Cechą charakterystyczną są częste ataki silnego lęku z licznymi objawami somatycznymi — dusznością, kołataniem serca, bólem serca oraz uczuciem, że się umrze lub że „się zwariuje”, uczuciem, że jest się zagrożonym. Napad lęku trwa z reguły kilka minut, rzadko dłużej niż 20–30 minut, co wynika z fizjologii (tyle czasu potrzeba, by wytworzyć, zmagazynować i uwolnić adrenalinę). Uczucie niepokoju, rozbicia może oczywiście trwać dłużej, ale paniczny lęk ustępuje — organizm nie jest w stanie nadal uwalniać takich ilości adrenaliny [13]. Napady lęku należy koniecznie różnicować z zaburzeniami somatycznymi, stąd konieczność badań dodatkowych. Do podstawowych należą: podstawowe badania laboratoryjne, hormony tarczycy, EKG oraz EEG. Charakterystyczne jest to, że pacjent nie widzi przyczyny napadu lęku, natomiast często napad łączy z sytuacją, w której wydarzył się on po raz pierwszy. Bardzo często lęk napadowy łączy się z agorafobią — omówioną powyżej [14]. Z tego też względu propozycje terapeutyczne będą podobne: przede wszystkim wsparcie psychoterapeutyczne pacjenta, a także leki — typowe leki anksjolityczne (benzodiazepiny), dla uzyskania doraźnej poprawy (jeżeli jest taka konieczność, a brak przeciwwskazań) oraz stosowanie przez dłuższy okres leków przeciwdepresyjnych, na przykład z grupy SSRI (leki z wyboru przy leczeniu przeciwlękowym). Benzodiazepiny mają wiele zalet, o których nie można zapominać w terapii lęku. Należą do nich: szybki początek działania, dobra tolerancja, niewielkie ryzyko interakcji oraz — co także istotne — niska cena. Zanim miną 2 tygodnie, niezbędne by zaczęły działać inne leki przeciwlękowe, stosowanie benzodiazepin wydaje się bezpie-

nym i skutecznym rozwiązaniem. Zarówno dobrze dobrana farmakoterapia, jak i optymalnie prowadzona psychoterapia może dać wymierne efekty [15].

Zaznaczyć trzeba, że pacjent — szczególnie w początkowej fazie choroby — najprawdopodobniej nie trafi do psychiatry; będzie szukał pomocy u kardiologa lub u lekarza pierwszego kontaktu. Prawidłowe leczenie zaburzenia jest bardzo istotne, gdyż często nawracające napady lęku mogą inwalidyzować pacjenta; osoby cierpiące na lęk napadowy znamienne częściej umierają z powodu zaburzeń układu krążenia [16].

### ■ Zaburzenia lękowe uogólnione

Przewlekły i uporczywy lęk, nie osiągający takiego nasilenia jak w przypadku lęku napadowego, który pacjent określa jako stałe uczucie niepokoju, stałe, niejasne uczucie zagrożenia, ciągłe zamartwianie się (niezależne od czynników zewnętrznych) należy diagnozować jako zaburzenia lękowe uogólnione. Objawy towarzyszące to, między innymi, zaburzenia snu, problemy z koncentracją, przewlekłe zaburzenia vegetatywne, na przykład stale utrzymująca się tachykardia. Mogą pojawiać się też napady lęku, ale nie są tak nasilone jak w lęku napadowym i raczej występują sporadycznie [17].

Rozpoznanie różnicowe jest trudne, trzeba wykluczyć przede wszystkim choroby somatyczne, którym także towarzyszyć może uczucie stałego napięcia (np. choroby tarczycy).

Metodą z wyboru w leczeniu zaburzeń lękowych uogólnionych jest psychoterapia. Farmakoterapię traktować należy jedynie uzupełniająco. Dobrze prowadzona psychoterapia może znacznie poprawić komfort życia pacjenta [18].

### **Przypadek 3**

Pacjentka, 48-letnia, zgłosiła się z powodu uczucia stałego napięcia i podenerwowania. Ma wrażenie, że w ogóle nie jest w stanie się odprężyć. Nie umie podać źródeł swojego niepokoju. Choruje na padaczkę, innych

chorób nie zgłasza, przedstawione wyniki licznych badań dodatkowych — w normie. Mieszka z mężem i z 12-letnią córką, relacje w rodzinie są dobre. Nie pracuje zawodowo, ma wykształcenie średnie. W trakcie badania w dobrym kontakcie, w wyrównanym nastroju, nie skarży się na nasilone objawy vegetatywne. Sen i apetyt są w normie, nigdy nie miała myśli samobójczych. Przeprowadzono psychoedukacyjną rozmowę na temat padaczki i odesłano pacjentkę do psychologa celem podjęcia terapii.

### **Omówienie przypadku**

Pacjentka cierpi na zaburzenia lękowe uogólnione. Tło somatyczne zostało wykluczone przez internistę i to on odesłał pacjentkę do psychiatry. W tym przypadku stosowanie leków (przeciwdepresyjnych, anksjolitycznych) nie jest wskazane, tym bardziej, że pacjentka nie zgłasza innych objawów: ani depresyjnych, ani vegetatywnych, nie ma również problemów ze snem. Dodatkowym ograniczeniem jest padaczka — należy pamiętać, że w wiele leków (w tym leki z grupy SSRI) obniża próg drgawkowy. Zwrócić też trzeba uwagę na to, że poważna, przewlekła choroba także może wywoływać niepokój u pacjenta. Stąd ważna wydaje się rozmowa na temat padaczki i ewentualne wyjaśnienie pacjentowi nurtujących go kwestii. Właściwą terapią zaburzeń lękowych powinien zająć się wykwalifikowany psychoterapeuta.

### **PODSUMOWANIE**

Zaburzenia lękowe są prawdopodobnie najczęstszą formą zaburzeń psychicznych. Ich objawy mogą doprowadzać do inwalidyzacji pacjenta. Stąd niezwykle ważne wydaje się prawidłowe diagnozowanie oraz odpowiednie leczenie osób z zaburzeniami lękowymi. Lekami, które powodują całkowite i szybkie ustąpienie objawów lękowych są benzodiazepiny, przede wszystkim o krótkim czasie półtrwania. Są to niestety leki niosące duże ryzyko uzależnienia — silny efekt przeciwlękowy zmniejsza się w trakcie trwania kuracji, a długotrwałe nadużywanie może wręcz

działać lękotwórczo. Dlatego też leki te, choć często niezastąpione w praktyce lekarskiej, można stosować jedynie doraźnie [19].

Leki przeciwdepresyjne, coraz częściej stosowane w terapii lęku (np. z grupy SSRI), mogą z kolei wywoływać liczne niepożądane efekty, szczególnie na początku leczenia. Do objawów tych, paradoksalnie, należy także

możliwość nasilenia lęku, co dla wielu pacjentów jest nie do zaakceptowania.

W leczeniu zaburzeń lękowych stosuje się kilka różnych form terapii (leki należące do różnych grup, różne rodzaje psychoterapii), ale dobór odpowiedniego leczenia musi być zawsze podyktowany indywidualizacją wobec każdego pacjenta.

## PIŚMIENNICTWO

1. Pużyński S. Leki psychotropowe w terapii zaburzeń psychicznych. Ośrodek Informacji Naukowej, Warszawa 2002.
2. Horecka-Lewitowicz A., Lewitowicz P., Springer M. Kontrowersje w psychiatrii 2010 — zaburzenia lękowe i lęk jako objaw. *Studia Medyczne* 2010; 20: 49–51.
3. Konopka A., Wroński M., Samochowiec J. Możliwości medycyny w zakresie leczenia lęku — historia i współczesność. *Psychiatria* 2013; 10: 55–62.
4. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD 10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne, Warszawa–Kraków 2000.
5. Pawłowski T., Baranowski P., Małyszczak K., Frydecka D., Chlebowska I. Panic Disorder. Zaburzenia lękowe z napadami lęku. *Adv. Clin. Exp. Med.* 2006; 15: 163–170.
6. Gruszczyński W. Algorytm postępowania diagnostycznego zaburzeń psychosomatycznych w ramach prewencji rentowej. *Orzecznictwo Lekarskie* 2010; 7: 99–107.
7. Bisaga A. Benzodiazepines and Rother sedatives and hypnotics. W: Galanger M., Klebr H. *Textbook of substance abuse treatment*. The American Psychiatric Press, Washington 2006.
8. Lopez-Munoz F., Alamo C., Garcia-Garcia P. The discovery of chlordiazepoxide and the clinical introduction of benzodiazepines: half a century of anxiolytic drugs. *J. Anxiety Disord.* 2011; 25: 554–562.
9. Ollendick T.H., Davis T.E. 3rd. One-session treatment for specific phobias: a review of Öst's single-session exposure with children and adolescents. *Cogn. Behav. Ther.* 2013; 42: 275–283.
10. Kessler R.C., Chiu W.T., Demler O., Walters E.E. Prevalence, severity, and comorbidity of twelve-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Archives of General Psychiatry* 2005; 62: 617–627.
11. de Oliveira I.R., Powell V.B., Wenzel A. i wsp. Efficacy of the trial-based thought record, a new cognitive therapy strategy designed to change core beliefs in social phobia. *J. Clin. Pharm. Therap.* 2011; 28: 1365–2710.
12. Fedoroff I.C., Taylor S. Psychological and pharmacological treatments of social phobia: a meta-analysis. *J. Clin. Psychopharmacol.* 2001; 21: 311–324.
13. Williams C. Pokonać depresję i stan obniżonego nastroju. Alfa-medica press 2008.
14. Kokoszka A. Współzachorowalność zaburzeń depresyjnych i nerwicowych — jej znaczenie w teorii oraz praktyce lekarskiej. *Przew. Lek.* 2003; 6: 90–98.
15. Hanć T. Neuroobrazowe efekty poznawczo-behawioralnej terapii zaburzeń lękowych. *Psych. Pol.* 2011; 6: 911–922
16. Pawlak A., Krejca M., Janas-Kozik M., Krupka-Matuszczyk I., Rajewska J., Bochenek A. Ocena lęku i depresji w okresie okołoperacyjnym u pacjentów poddawanych rewaskularyzacji mięśnia sercowego. *Psychiatria Polska* 2012; XLVI: 63–74.
17. Wittchen H.U. Generalized anxiety disorder: prevalence, burden, and cost to society. *Depress Anxiety* 2002; 16: 162–171.
18. Linden M., Zubraegel D., Baer T., Franke U., Schlattmann P. Efficacy of cognitive behaviour therapy in generalized anxiety disorders. Results of a controlled clinical trial. *Psychother Psychosom.* 2005; 74: 36–42.
19. Świącicki Ł. Praktyczne aspekty farmakoterapii lęku — pozycja opipramolu. *Psychiatria* 2013; 2: 63–66.