



LĘK

PORADNIK DLA PACJENTÓW

dr n. med. Piotr Wierzbiński

Jaka jest definicja lęku?

Lęk jest uczuciem, które towarzyszy każdemu przez całe życie. Jest to doznanie naturalne i uważa się je za najbardziej pierwotne uczucie człowieka. Lęk cechuje wzmożona czujność naszego organizmu. Powinno to mieć znaczenie adaptacyjne, pomagające nam w codziennym życiu i ułatwiające unikanie zagrożeń bądź przystosowanie się do zmieniających się warunków otoczenia. Sam w sobie lęk nie jest niczym złym, ale kiedy staje się przewlekły, nadmierny i nieadekwatny do określonej sytuacji, zaczyna być problemem i przeszkadza w życiu. Nadmierny lęk powoduje, że człowiek zaczyna żyć w nieustannym napięciu, poszukuje ciągle jakiegoś zagrożenia lub je przewiduje.





Czym się różni lęk od strachu?

Strach jest czymś sprecyzowanym, ma określony obiekt, przyczyna niebezpieczeństwa jest konkretna, natomiast lęk jest stanem, w którym przyczyna jest trudna do sprecyzowania. Stosując znaczne uproszczenie, można powiedzieć, że lęk jest stanem, w którym zagrożenie pochodzi z wnętrza ludzkiej psychiki, a strach wynika z realnie istniejącego zagrożenia.

Jakie są składniki lęku?

Lęk ma kilka składników. Wyróżnia się w nich aspekt emocjonalny, somatyczny, poznawczy oraz behawioralny. Aspekt poznawczy lęku to próba odpowiedzi na pytanie, skąd ten lęk pochodzi. W tym przypadku nie ma określonego zagrożenia. W praktyce pacjenci podkreślają, że „coś złego może się wydarzyć, ale oni nie wiedzą co”. Komponent emocjonalny lęku to poczucie bycia w zagrożeniu, obawa i czasem przeżenie. Aspekt behawioralny lęku to zachowanie

polegające na wycofaniu się albo walce. Składnik somatyczny obejmuje wszelkie objawy fizyczne, które odczuwamy, kiedy się boimy. Zalicza się do nich przyspieszenie czynności serca, poczucie bicia serca, jego kołatanie, rozszerzenie źrenic, drżenie, trzęsienie się, przyspieszone oddychanie, ścisk w klatce piersiowej oraz różne dolegliwości ze strony jamy brzusznej (ból brzucha, mdłości, biegunka). Te objawy zwracają uwagę pacjenta i często bywa tak, że nie wiąże on ich z emocjami i lękiem, tylko traktuje je jako ważne, potencjalnie groźne objawy ze strony organizmu. Właśnie z powodu tego, iż objawy lęku nie sugerują przyczyn psychiatryczno-psychologicznych, pacjent w pierwszej kolejności zgłasza się do lekarzy innych specjalności niż psychiatra. Najczęściej udaje się do internisty, kardiologa lub gastrologa, poszukując wyjaśnienia przyczyn swoich objawów.

Nadmierny lęk z towarzyszącymi objawami somatycznymi (ujawniającymi się konkretnymi opisanymi wyżej dolegliwościami cielesnymi) może występować w różnych zaburzeniach psychiatrycznych, które z uwagi na dominujące w nich objawy lęku nazywamy zaburzeniami lękowymi. Należy jednak pamiętać, że lęk może być obecny również w depresji czy zaburzeniach psychotycznych. Dlatego kiedy odczuwamy nadmierny, nieuzasadniony, paraliżujący lęk, a objawy fizyczne z nim związane utrzymują się przez dłuższy czas i powodują, że gorzej funkcjonujemy na co dzień, warto za każdym razem skonsultować się z lekarzem.

Jakie zaburzenia lękowe spotyka się na co dzień i jak często one występują?

Na podstawie dostępnych danych uzyskanych z badania epidemiologicznego EZOP zrealizowanego w Polsce wykazano, że zaburzenia lękowe dotyczą prawie 2,5 mln osób. U 0,6% populacji występuje agorafobia, 1,1% osób cierpi z powodu zaburzeń lękowych uogólnionych, 0,4% osób przejawia napady paniki, natomiast 1,8% osób ma fobię społeczną.

Czym charakteryzują się poszczególne zaburzenia lękowe?

Zaburzenia lękowe z napadami lęku

Napad paniki to nieoczekiwane, szybko narastające epizody silnego lęku z licznymi objawami ze strony organizmu. Pacjenci zwykle mają przy tym zbliżające się poczucie jakiejś katastrofy, np. śmierci, lub poczucie, że utracą kontrolę nad swoim zachowaniem. Pojawia się wtedy silna potrzeba ucieczki w bezpieczne miejsce.



Najbardziej typowe objawy fizyczne napadu paniki: szybka akcja serca i poczucie jego kołatania, zawroty głowy, wrażenie omdlewania, krótki oddech, uczucie dławienia się, ból/ścisk w klatce piersiowej.

- Na zaburzenia lękowe napadowe częściej chorują kobiety niż mężczyźni.
- Napady paniki pojawiają się nagle i trwają około 10–20 minut.
- Mogą występować z różną częstotliwością, u niektórych osób nawet kilka razy w tygodniu. Część pacjentów może się też wybudzać w nocy z powodu napadów lęku.
- W ich wyniku zaczyna pojawiać się lęk przed kolejnymi napadami lęku. Nazywa się to lękiem antycypacyjnym lub „lękiem przed lękiem”.

Agorafobia

W dosłownym tłumaczeniu agorafobia oznacza lęk przed otwartą przestrzenią. Obecnie znaczenie tego terminu jest szersze, ponieważ agorafobia definiowana jest jako lęk przed miejscami i sytuacjami, z których ucieczka może być trudna albo w których pomoc może nie być dostępna. Obawa, że pomoc w razie paniki nie przybędzie albo że nie będzie do kąd uciec, powoduje, że pacjent zaczyna unikać takich sytuacji, co powoduje jego gorsze funkcjonowanie społeczne.

Jakie sytuacje wiążą się z agorafobią?

- » podróżowanie samotne z dala od domu;
- » podróżowanie środkami transportu publicznego;
- » przebywanie w sklepach wielkopowierzchniowych, galeriach handlowych;
- » stanie w tłumie, w kolejkach;
- » przechodzenie przez mosty, jazda w tunelach.



Znalezienie się w tych sytuacjach powoduje wystąpienie u danej osoby lęku ze wszystkimi jego charakterystycznymi objawami fizycznymi.

- Agorafobia może się rozwinąć w odpowiedzi na napady lęku, choć są pacjenci z agorafobią bez wcześniejszych napadów paniki.
- Pacjent zaczyna unikać takich sytuacji, w których wcześniej pojawiał się lęk. Strach, że lęk znowu się pojawi, powoduje, że rezygnuje z szeregu aktywności. Jego funkcjonowanie społeczne się pogarsza.
- W ostatnich latach obserwuje się wzrost zachorowań na agorafobię. Bardziej podatne są kobiety. Zaburzenie to zwykle zaczyna się w drugiej lub trzeciej dekadzie życia.
- Agorafobia jest zaburzeniem w pewnym stopniu dziedzicznym.

Fobia swoista

Cechą charakterystyczną tego zaburzenia jest nieuzasadniona obawa przed konkretnymi przedmiotami albo sytuacjami. W wyniku kontaktu z nimi pojawia się silny nieracjonalny lęk wraz z jego wszystkimi objawami fizycznymi. Pacjenci z fobią swoistą skarżą się, że im bliżej jakiejś sytuacji, która budzi strach, tym silniejszy jest lęk i gorsze samopoczucie. W efekcie unikają takich przedmiotów i sytuacji. Zaczyna to przeszkadzać w codziennym życiu. Unikanie jednak redukuje lęk.

Jakie są najczęstsze fobie?

- » fobia zwierząt: pająki (arachnofobia), węże (ofidiofobia), owady (insektofobia);
- » fobia typu krew – iniekcja – rana, częsta u mężczyzn, cechująca się lękiem wywołanym widokiem krwi, pobieraniem krwi lub iniekcją; wskutek dużego lęku może dojść do omdlenia;



- » fobia „środowiska naturalnego” cechująca się lękiem przed zjawiskami przyrodniczymi, np. lęk przed burzą (brontofobia), lęk przed przebywaniem na wysokości (akrofobia);
- » fobia sytuacyjna – lęk pojawia się w określonych sytuacjach, w związku z tym ich unikanie zmienia życie pacjentów, np. lęk przed przebywaniem na moście, lęk przed zamkniętymi pomieszczeniami (klaustrofobia), lęk przed lataniem (awiatofobia).

- Fobie specyficzne występują częściej u kobiet niż u mężczyzn. Niewiele osób szuka jakiegokolwiek pomocy.
- Badania naukowe pokazują, że fobie zwierząt rozpoczynają się zwykle w okresie dzieciństwa, natomiast fobie sytuacyjne – w okresie adolescencji albo częściej w drugiej dekadzie życia.
- Dla niektórych osób pewne fobie mogą być bardzo uciążliwe, a lęk z nimi związany i ich unikanie istotnie może zmienić życie. Tacy pacjenci w pierwszej kolejności powinni poszukać pomocy.

Fobia społeczna – zaburzenie lęku społecznego

Zaburzenie to definiuje się jako nadmierną, niezrozumiałą obawę przed sytuacjami, w których wygląd lub zachowanie danej osoby mogą być obserwowane i oceniane. Osoba cierpiąca na fobię społeczną przewiduje, że np. podczas przemawiania publicznego, egzaminu, spotkania z innymi osobami, uczestniczeniu w aktywnościach w grupie będzie negatywnie oceniona. Negatywna ocena może dotyczyć wyglądu, zachowania czy wykonania jakiejś czynności.



Myśl o takiej sytuacji albo znalezienie się w niej powoduje silny lęk, niekiedy osiągający poziom napadu paniki. Osoba taka w sytuacjach lękotwórczych często będzie miała objawy zaczerwienienia, drżenia, dygotania, będzie odczuwała potrzebę pójścia do toalety oddać mocz lub stolec, a także będzie się obawiała zwymiotowania. Mogą również wystąpić inne fizyczne objawy lęku.

Lęk i pesymizm pacjenta powodują, że nie podejmuje on takich aktywności i stara się racjonalizować swoje postępowanie. Widoczne jest ograniczenie kontaktów z innymi ludźmi, wycofanie się z wielu relacji społecznych. Natomiast w otoczeniu, które cierpiącemu na fobię społeczną jest znane, nie przejawia on lęku, zachowuje się w miarę swobodnie, co nie nasuwa nikomu myśli, że cierpi on z powodu jakichkolwiek dolegliwości.

- Na podstawie badań naukowych stwierdzono, że fobia społeczna występuje częściej u kobiet, natomiast w praktyce codziennej częściej spotyka się ją u mężczyzn. Wydaje się, że mężczyźni z uwagi na pełnione funkcje społeczne częściej korzystają z pomocy medycznej.
- Fobia społeczna zaczyna się najczęściej w drugiej dekadzie życia, chociaż może to nastąpić wcześniej, w okresie adolescencji.
- Wielu pacjentów z fobią społeczną cierpi również z powodu innych zaburzeń psychicznych, najczęściej depresji lub innych zaburzeń lękowych.
- Czynniki, które sugerują niekorzystne rokowanie fobii społecznej:
 - początek we wczesnym okresie życia około 10–11 r.ż.;
 - długi czas trwania;
 - towarzysząca depresja;
 - obecność innych problemów zdrowotnych.

Zaburzenia lękowe uogólnione

Osoba z lękiem uogólnionym ciągle się czymś zmartwia. Zmartwianie się jest nadmiernie, nieuzasadnione, a dotyczy sytuacji z życia codziennego, najczęściej rodzinnego lub zawodowego. Towarzyszy temu pesymizm i przewidywanie możliwie najgorszego scenariusza. Lęk związany z zmartwianiem się trudno się kontroluje. Objawia się on szeregiem dolegliwości ze strony organizmu. Taka osoba najczęściej ma poczucie zmęczenia, jest napięta, drażliwa, bołą ją mięśnie i głowa, nie może zasnąć, sen ma płytki, niespokojny, odczuwa dyskomfort w klatce piersiowej albo ma poczucie ucisku w gardle. Niestety, proces leczenia jest długotrwały. Lęk ma charakter

„wolno płynący”, stały. Aby rozpoznać to zaburzenie, dolegliwości muszą trwać co najmniej 6 miesięcy.



- Pacjenci z lękiem uogólnionym to duża grupa osób, które często nie mają postawionej właściwej diagnozy. W pierwszej kolejności będą pacjentami podstawowej opieki zdrowotnej. Zaprowadzą ich tam objawy ze strony organizmu, które nie będą wynikały z jakiejś dysfunkcji naszego ciała, tylko z napięcia psychicznego i lęku.
- Pacjenci z lękiem uogólnionym najczęściej chorują również na depresję oraz inne zaburzenia lękowe. Mogą też szkodliwie nadużywać alkoholu. W tym zaburzeniu ryzyko próby samobójczej jest wysokie.
- U kobiet występuje dwukrotnie częściej.

Czy zaburzenia lękowe można leczyć?

Kluczem do właściwej terapii jest zawsze prawidłowa diagnoza. Następnie ustala się plan leczenia uwzględniający oczekiwania danego pacjenta, nasilenie określonych zaburzeń lękowych oraz obecność dodatkowych chorób.

W leczeniu zaburzeń lękowych stosuje się psychoterapię, farmakoterapię oraz metody samopomocowe. Metody samopomocowe polegają na edukowaniu pacjenta w kierunku zaburzeń lękowych, pokazaniu mu odpowiednich źródeł wiedzy na temat lęku. Chorzy organizują się niekiedy w grupy samopomocy, dostępne są również strony i fora internetowe. Samoedukacja pacjenta o istocie jego dolegliwości i możliwościach leczenia jest niezwykle istotna, pozwala mu lepiej radzić sobie z lękiem.

Uzupełnieniem tego jest psychoedukacja pacjenta na temat zaburzeń lękowych. Uważa się, że zmniejsza ona nasilenie niepełnosprawności związanej z obecnością zaburzeń lękowych. Im więcej wiemy o lęku, jego mechanizmach oraz o naturze danego zaburzenia lękowego, tym lepsze rokowanie i lepsze stosowanie się do zaleceń. Psychoedukacja przyczynia się również do poprawy współpracy z chorym.

Psychoterapia

W grupie pacjentów z zaburzeniami lękowymi obserwuje się dużą skuteczność psychoterapii. Podkreślić należy, że psychoterapia jest porównywalna do farmakoterapii w zakresie skuteczności, szczególnie jeśli bierze się pod uwagę skuteczność długoterminową.

Istnieje wiele podejść psychoterapeutycznych stosowanych w zaburzeniach lękowych. Udowodnioną



skuteczność ma psychoterapia poznawczo-behawioralna, której dotyczy też najwięcej badań naukowych, choć zastosowanie ma również podejście psychodynamiczne, interpersonalne czy skoncentrowane na emocjach. Psychoterapia i farmakoterapia nie wykluczają się, a raczej uzupełniają. Ich łączenie jest niekiedy bardzo efektywne.

Farmakoterapia

Leczenie farmakologiczne zaburzeń lękowych jest stosowane na podstawie wielu badań naukowych potwierdzających efektywność leków w tych zaburzeniach. Leczenie opiera się głównie na stosowaniu leków przeciwdepresyjnych, które z uwagi na swój mechanizm działania wywierają efekt przeciwlękowy. W leczeniu stosuje się leki przeciwdepresyjne z grupy selektywnych inhibitorów wychwytu zwrotnego serotoniny (SSRI), selektywnych inhibitorów wychwytu zwrotnego serotoniny i noradrenaliny (SNRI), leki z grupy SARI – trazodon, pregabalinę, opipramol, hydroksyzynę, mirtazapinę, buspiron oraz beznodiazepiny. Zwykle w praktyce klinicznej leczenie rozpoczyna się od leków z grupy SSRI.

Nie należy obawiać się leków przeciwdepresyjnych. Mają one udokumentowane działanie w lęku. Korzystnie działają również w depresji, która często współistnieje z zaburzeniami lękowymi. Leki przeciwdepresyjne nie uzależniają, nie są to jednak preparaty, które zaczną działać od razu. Ich mechanizm działania powoduje, że na pełny efekt terapii należy poczekać od 2 do 6–8 tygodni.

Lek powinien być dobrany pod określonego pacjenta, jego dominujące objawy oraz istniejące inne schorzenia zarówno psychiatryczne, jak i somatyczne. Jak każdy lek, również i te leki mają swoje działania niepożądane. Efekty uboczne są jednak różne i pacjent powinien być o tym poinformowany. W praktyce obserwuje się często objawy uboczne o niewielkim nasileniu na początku terapii, potem w miarę czasu trwania leczenia działania niepożądane się zmniejszają.

Pamiętajmy również

o benzodiazepinach. Ich skuteczność w lęku jest duża, ale wynika to również z tego, że leki te zaczynają działać od razu. Efekt jest szybki, co czasem pacjentów przekonuje o ich wysokiej efektywności. Niestety, leki te uzależniają, co wynika z mechanizmu ich działania. Powinny być ograniczane tylko do leczenia krótkoterminowego albo doraźnego opóźniania objawów lękowych, np. przerywania lęku napadowego.

Mechanizm uzależniający tych leków powoduje, że długoczasowe ich stosowanie niesie ryzyko pojawienia się objawów abstynencyjnych po ich odstawieniu. Są one podobne do objawów z odstawienia alkoholu.



Kiedy zacząć leczenie?

Kiedy lęk jest tak silny, że mamy z jego powodu konkretne dolegliwości, które nie mijają.

Kiedy obecne zaburzenia lękowe w sposób istotny wpływają na nasze życie, powodując, że nie funkcjonujemy jak dawniej i ponosimy z tego powodu określone straty w życiu rodzinnym czy zawodowym.

Kiedy oprócz lęku mamy depresję lub inne zaburzenia lękowe.

Kiedy chorujemy na choroby somatyczne (np. na choroby układu krążenia) i obecność zaburzeń lękowych niekorzystnie wpływa na te schorzenia i ich leczenie.



Literatura

1. Landowski J., Cubala W.J. *Zaburzenia lękowe i ich farmakoterapia*. Wydanie 1. Termedia. Poznań 2012.
2. Jarema M. (red.). *Standardy leczenia farmakologicznego niektórych zaburzeń psychicznych*. Wydanie 2. Via Medica. Gdańsk 2015.
3. Bystritsky A., Khalsa S.S., Cameron M.E., Schiffman J. *Current diagnosis and treatment of anxiety disorders*. PT. 2013; 38: 30–45.