

Lęk napadowy, lęk uogólniony, fobia społeczna i nerwica natręctw – co pacjent powinien wiedzieć o farmakoterapii?

Poniżej przedstawiono podstawowe i przydatne informacje na temat farmakoterapii zaburzeń lękowych (nerwic):

- Farmakoterapia zaburzeń lękowych nie zawsze jest konieczna – o tym czy do zalecanej psychoterapii dołączyć leki lub zastąpić psychoterapię lekami decyduje psychiatra i/lub psychoterapeuta, po dokonaniu oceny nasilenia zaburzeń lękowych oraz przeanalizowaniu najbardziej optymalnych dla danego pacjenta rozwiązań terapeutycznych.
- W przypadku gdy farmakoterapia lęku (w różnych jego odmianach) lub zespołów lękowych (np. zespół lęku napadowego – tzw. „napady paniki”, zespół lęku uogólnionego, fobia społeczna, nerwica natręctw) jest wskazana **podstawą leczenia są tzw. leki przeciwdepresyjne**, takie jak:
 - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny (sertralina, paroksetyna, citalopram, escitalopram, fluoksetyna, fluwoksamina) oraz wenlafaksyna (selektywny inhibitor wychwyty zwrotnego serotoniny i noradrenaliny) i kломipramina (trójpierścieniowy lek przeciwdepresyjny blokujący wychwyt serotoniny),
 - bupropion (lek blokujący wychwyt zwrotny dopaminy i noradrenaliny), moklobemid (inhibitor monoaminooksydazy A) – stosowane niekiedy w fobii społecznej.
- **Leki przeciwdepresyjne:**
 - nie mają działania uzależniającego,
 - nie działają doraźnie – oznacza to że po zażyciu pojedynczej czy kilku tabletek stan pacjenta się nie poprawi a efekt przeciwlękowy jest rezultatem wielodniowego a nawet wielotygodniowego, stopniowego rozwijania się działania leku,
 - brane nieregularnie, z przerwami lub doraźnie nie mają działania terapeutycznego lub to działanie mogą utracić – należy je stosować ściśle według wskazań lekarza, nieopuszczając dawek,
 - mogą wchodzić w interakcje z innymi lekami, przepisany przez innych specjalistów oraz z kupowanymi bez recepty lekami i suplementami diety (łącznie z preparatami naturalnymi czy ziołowymi) – psychiatra powinien zostać poinformowany o wszystkich takich lekach i preparatach jakie otrzymuje lub planuje zażywać pacjent,

- nie działają od razu – pierwszych efektów działania leku przeciwdepresyjnego należy spodziewać się najwcześniej po około 2 tygodniach zażywania pełnej dawki terapeutycznej. Pełne działanie leku przeciwdepresyjnego rozwija się zwykle w ciągu 4–8 tygodni stosowania, a w przypadku osób cierpiących na nerwicę natręctw lub pacjentów w wieku podeszłym czas ten może być dłuższy.
- W leczeniu farmakologicznym zespołów lękowych stosuje się niekiedy wyższe dawki leków przeciwdepresyjnych niż ma to miejsce w leczeniu depresji.
- Leczenie farmakologiczne lęku jest procesem długotrwałym, wymagającym kontynuacji jeszcze długo (kilka, kilkanaście miesięcy) po całkowitym ustąpieniu objawów. Optymalny czas stosowania leku wyznacza psychiatra w porozumieniu z pacjentem, w oparciu o analizę wielu czynników.
- Przedwczesne odstawienie leków przeciwdepresyjnych jest niewskazane i stwarza znaczące ryzyko nawrotu objawów lękowych.
- Gwałtowne odstawienie leku przeciwdepresyjnego (np. zaniechanie jednej lub kilku dawek) jest niewskazane i może skutkować pojawieniem się nieprzyjemnych i niepokojących objawów odstawiennych. Jednak w przypadku pominięcia dawki **nie należy** tej dawki „nadrabiać” – np. biorąc podwójną dawkę na następny dzień lub o następnej porze stosowania.
- Zażywanie każdego leku przeciwdepresyjnego może wiązać się z występowaniem działań niepożądanych (bardzo zróżnicowanych w zależności od tego jaki lek został przepisany), ale:
 - w przypadku leków nowej generacji większość objawów niepożądanych pojawia się tylko w trakcie włączania leku i ustępuje bezpowrotnie lub ulega znaczącej redukcji po kilku, kilkunastu dniach,
 - dla większości pacjentów udaje się dopasować profil potencjalnych działań niepożądanych do ich preferencji tak, że nawet długotrwałe stosowanie leku nie jest uciążliwe
- Stosowanie niektórych leków przeciwdepresyjnych może wiązać się z występowaniem zaburzeń funkcji seksualnych:
 - najczęściej polegają one na spadku popędu płciowego (libido), wydłużeniu czasu potrzebnego do osiągnięcia orgazmu lub niemożności osiągnięcia orgazmu. Rzadziej są to zaburzenia erekcji u mężczyzn lub suchota dróg rodnych u kobiet,
 - wszystkie zaburzenia funkcji seksualnych po lekach przeciwdepresyjnych mają charakter odwracalny – tj. ustępują w przypadku redukcji dawki leku, odstawienia leku lub zamiany na inny lek,
 - jeżeli pojawią się zaburzenia funkcji seksualnych, należy powiedzieć o nich lekarzowi – w znacznej części przypadków udaje się je usunąć lub zmniejszyć ich nasilenie wprowadzając odpowiednie modyfikacje w leczeniu.
- Na początku leczenia zaburzeń lękowych do leku przeciwdepresyjnego psychiatra dołącza niekiedy inne preparaty wspomagające:

- leki uspokajające (anksjolityczne) i nasenne z grupy benzodwazepin (np.: bromazepam, klorazepat, temazepam, medazepam, midazolam, alprazolam, diazepam, estazolam, klobazam, lorazepam, oksazepam, nitrazepam),
- leki nasenne nowej generacji – tak zwane Z-leki: zaleplon, zopiklon, zolpidem,
- leki przeciwdepresyjne o działaniu nasennym i uspokajającym (np. :doksepina, mianseryna, mirtazapina, trazodon)
- Należy pamiętać, że **leki uspokajające i nasenne** (z grupy benzodwazepin i Z-leki):
 - **mają działanie wyłącznie objawowe** – ich zastosowanie ma na celu przyniesienie ulgi pacjentowi z pierwszych dniach leczenia, w trackie czekania na działanie leku przeciwdepresyjnego. Leki te nie mogą „wyleczyć” pacjenta z lęku i towarzyszących mu innych objawów – ich działanie można by obrazowo porównać do zastosowania leku przeciwbólowego w bólu zęba (dopiero działanie przyczynowe – wizyta u dentysty – usunie problem). **Wyleczenie z objawów zespołu lękowego jest możliwe po zastosowaniu psychoterapii lub farmakoterapii lekami przeciwdepresyjnymi lub kombinacji tych dwóch metod.**
 - **Mają działanie uzależniające** (jest ono znacznie słabsze w przypadku tzw. Z-leków, w porównaniu do pochodnych benzodwazepiny), a zatem:
 - **Ich stosowanie powinno być krótkotrwałe – nie dłuższe niż kilka tygodni** – o konieczności dłuższego stosowania leku uspokajającego lub nasennego decyduje psychiatra oceniając bezpieczeństwo i zasadność takiego postępowania – indywidualnie dla każdego pacjenta.
 - **Najczęściej powinny być stosowane nieregularnie, doraźnie, tylko w gorsze dni i w najmniejszych skutecznych dawkach.** O ewentualnej konieczności systematycznego, codziennego stosowania leku nasennego lub uspokajającego decyduje psychiatra oceniając bezpieczeństwo i zasadność takiego postępowania – indywidualnie dla każdego pacjenta.
 - **Jeżeli przez okres dłuższy niż kilka tygodni stosujesz stale lek uspokajający lub nasenny – o zasadność takiego postępowania oraz związane z nim ryzyko zapytaj psychiatrę. Jeżeli leki te są przepisywane przez dłuższy czas przez lekarza innej specjalności – poproś go o konsultację u psychiatry.**
- Niektóre leki stosowane w terapii lęku (np. część leków przeciwdepresyjnych, wszystkie leki uspokajające z grupy benzodwazepin) mogą upośledzać zdolność do prowadzenia samochodu i obsługi maszyn – zawsze zapytaj czy biorąc dany lek możesz kierować lub pracować na dotychczasowym stanowisku.
- Stosowanie niektórych leków przeciwdepresyjnych i innych leków stosowanych w terapii lęku może być przeciwwskazane w pewnych chorobach somatycznych,

dlatego należy poinformować psychiatrę o wszystkich rozpoznanych i leczonych u innych lekarzy schorzeniach.

- Niektóre leki przeciwdepresyjne oraz wszystkie leki uspokajające i nasenne mogą wchodzić w niebezpieczne interakcje z alkoholem – należy o to dopytać psychiatrę.
- W trakcie stosowania leków przeciwdepresyjnych może dojść do istotnych zmian apetytu i masy ciała (spadek lub wzrost) – warto regularnie kontrolować wagę ciała, a o jej istotnych zmianach poinformować psychiatrę.
- Leki przeciwdepresyjne i uspokajające różnią się między sobą stopniem bezpieczeństwa dla płodu w trakcie ich stosowania przez kobietę w ciąży, jednak według obecnego stanu wiedzy nie można w przypadku żadnego z tych leków powiedzieć że jest on w pełni bezpieczny. Dlatego też kobieta:
 - biorąc lek przeciwdepresyjny lub uspokajający powinna stosować skuteczne i sprawdzone metody antykoncepcji,
 - przed zajściem w ciążę powinna wcześniej odstawić lek przeciwdepresyjny lub uspokajający, planując wraz z psychiatrą odpowiedni na to moment i tempo odstawiania,
 - która bierze lek przeciwdepresyjny lub uspokajający i odkryje, iż jest w ciąży powinna niezwłocznie skonsultować się z psychiatrą. Ryzyko związane ze stosowaniem leku przeciwdepresyjnego w ciąży jest różne – zależne od typu leku oraz trymestru ciąży. Zatem psychiatra może zdecydować o utrzymaniu leku, bądź jego odstawieniu czy zamianie na inny preparat.
- W przypadku niektórych pacjentów, po pewnym okresie stosowania działanie leku przeciwdepresyjnego może okazać się „za silne” i prowadzić do stanów euforii, pobudzenia, rozdrażnienia (aż do hipomanii lub manii włącznie) – pojawienie się takiej reakcji wymaga niezwłocznego skontaktowania się z lekarzem (najlepiej psychiatrą).
- Jeżeli pomimo zażywania leku objawy lękowe nasilają się lub wystąpią objawy depresyjne (w tym myśli samobójcze) należy niezwłocznie skontaktować się z lekarzem.

Opracował dr hab. n. med. Marcin Siwek