

syjne wpływają na reaktywność autonomiczną. Wykazują one późniejszy początek działania niż *benzodiazepiny*. Te ostatnie są jednak skuteczne tylko przez krótki czas i mają tendencję do wywołania uzależnienia przy długotrwałym stosowaniu. Zgodnie z stanowiskiem NICE w odniesieniu do stosowania benzodiazepin w zaburzeniu lękowym z napadami paniki nie powinny być one stosowane. W rzeczywistości farmakoterapia jest jednak częściej stosowana niż techniki poznawczo-behawioralne, ponieważ stosowanie CBT wymaga obecności wykwalifikowanego terapeuty. Zalecana przez NICE terapia poznawczo-behawioralna może być również stosowana jako terapia dodatkowa lub zastępcza leczenia farmakologicznego, jeśli jest ono nieskuteczne po dwóch–trzech miesiącach stosowania. Farmakoterapia może zwiększyć skuteczność CBT.

Rokowanie

Rokowanie dla odpowiednio leczonego zaburzenia lękowego z napadami paniki jest dobre (50–60% pacjentów wyleczonych za pomocą środków farmakologicznych, 80–100% wyleczonych po zastosowaniu CBT). Badania prowadzone przez 20 lat wykazały, że u mniej niż 50% wyleczonych pacjentów nie wystąpiły więcej napady paniki. Nielezione zaburzenie lękowe z napadami paniki często powoduje wystąpienie innych zaburzeń psychicznych, takich jak np. zaburzenia depresyjne.

Zaburzenie depresyjne i lękowe mieszane (lub depresja lękowa)

W zaburzeniu depresyjnym i lękowym mieszanym obecne są objawy lęku i depresji, ale żadne zaburzenie nie jest wyraźnie dominujące. Mieszane objawy zaburzeń nerwicowych są znacznie częstsze niż odrębne jednostki, takie jak np. zaburzenie lękowe uogólnione. Zaburzenia depresyjne i lękowe mieszane są spotykane często. Połowa pacjentów z zaburzeniem lękowym spełnia kryteria depresji. Jest to najczęstsze zaburzenie psychiczne stwierdzone w podstawowej opiece zdrowotnej. W populacji występuje jednak znacznie więcej osób, które mają te zaburzenia,

Tabela 10.7 Diagnostyka różnicowa zaburzenia lękowego uogólnionego i zaburzenia depresyjnego

Zaburzenie lękowe uogólnione	Zaburzenie depresyjne
Częstsze w okresie wczesnej dorosłości	Częstsze w okresie późnej dorosłości
Początek w 20–40 r.ż.	Początek w 20–60+ r.ż.
Częstsze u osób z osobowością lękliwą przed wystąpieniem zaburzenia	Częstsze u osób z prawidłową osobowością przed wystąpieniem zaburzenia
Uprzednie występowanie objawów lękowych	Uprzednie występowanie epizodów depresji lub epizodów manii
Częste występowanie napadów paniki	Rzadkie występowanie napadów paniki
Zaburzenia koncentracji uwagi	Utrata zainteresowań (anhedonia)
Niewielka utrata apetytu	Znaczna utrata apetytu lub apetyt zwiększony
Obniżona sprawność seksualna	Zmniejszone libido
Nie występują dobowe wahania nastroju	Wyraźne dobowe wahania nastroju
Trudności w zasypianiu	Wczesne budzenie się
Często występują objawy somatyczne	Często występują urojenia ksbne, poczucie winy i beznadziejności
Mocno związane z zewnętrznymi czynnikami wywołującymi	Słabiej związane z zewnętrznymi czynnikami wywołującymi
Przebieg przewlekły	Przebieg epizodyczny
Rozpoznanie często się zmienia w dokumentacji medycznej; u 90% pacjentów, u których początkowo rozpoznaje się zaburzenia nerwicowe, ostatecznie rozpoznaje się zaburzenia depresyjne	

ale które nigdy nie będą szukać pomocy medycznej lub psychiatrycznej. Lęk jest stanem nastroju z obawą o przyszłość, natomiast depresja jest stanem nastroju z negatywnymi myślami o przeszłości. W tab. 10.7 przedstawiono diagnostykę różnicową izolowanego zaburzenia lękowego i izolowanego zaburzenia depresyjnego.

Leczenie

Leczenie łagodnych postaci zaburzeń depresyjnych i lękowych mieszanych polega na porad-