

Małgorzata Rzewuska, Krystyna Sobucka

Poglądy ordynatorów ośrodków leczenia nerwic dotyczące zagadnień związanych z farmakoterapią zaburzeń lękowych, obsesyjno-kompulsyjnych i dystymii

Samodzielna Pracownia Farmakoterapii Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

Streszczenie

Podsumowano wyniki ankiety dotyczącej zasad terapii, wypełnionej przez 32 polskich ekspertów w dziedzinie leczenia zaburzeń nerwicowych. Wyniki wskazują na to, że poglądy dotyczące zasad postępowania nie różnią się zasadniczo od ustaleń innych grup ekspertów. Różnice dotyczą traktowania psychoterapii jako leczenia zazwyczaj inicjującego i podstawowego w nerwicach, a farmakoterapii jako metody pomocniczej, a nie alternatywnej. Inne różnice dotyczą mniejszej popularności niektórych leków (zwłaszcza najnowszych leków z grupy selektywnych inhibitorów wychwytu serotoniny) oraz zalecania nieco krótszego okresu farmakoterapii podtrzymującej.

CEL BADANIA

W związku z potrzebą opracowania polskich standardów farmakoterapii zaburzeń nerwicowych zwrócono się do autorytetów w dziedzinie leczenia nerwic z prośbą o udzielenie odpowiedzi na pytania dotyczące problemów związanych z terapią. Celem badania było poznanie, ukształtowanych przede wszystkim w oparciu o własne doświadczenie terapeutyczne, opinii ekspertów na temat postępowania terapeutycznego w zaburzeniach lękowych, obsesyjno-kompulsyjnych i w dystymii.

MATERIAŁ I METODA

Kwestionariusz ankietowy składał się z 65 pytań. Pytania dotyczyły problemów związanych z konstruowaniem schematów postępowania terapeutycznego: wyboru metod leczenia, okresu włączania farmakoterapii, wyboru leku, zasad kolejności stosowanych leków, dawkowania, długości terapii, odstawiania leków i profilaktyki nawrotów.

Temat pytań był zbliżony do zagadnień uwzględnianych przez autorów innych opracowań – służących do tworzenia standardów leczenia w zaburzeniach nerwicowych (1, 4, 10, 12).

Na większość pytań ankietowani mogli udzielić odpowiedzi według dziewięciostopniowej skali, w której najniższe wartości (1–3) oznaczały postępowanie niesłuszne lub wyjątkowo rzadko stosowane, oceny pośrednie (4–6) oznaczały wybory poprawne, ale nie stosowane powszechnie, wysokie (7–9) odzwierciedlały pierwszoplanowe metody, wybierane jako najbardziej właściwe. Niekiedy stawiano pytania otwarte, np. o rodzaj leku, dawkę, okres stosowania.

Ankieta, z prośbą o udzielenie odpowiedzi, wysłano do 92 lekarzy (do samodzielnych pracowników naukowych i kilku farmakologów, do kierowników oddziałów leczenia nerwic) i do 28 psychologów (kierowników ośrodków leczenia nerwic, znanych i licencjonowanych przez PTP psychoterapeutów).

Liczba uzyskanych odpowiedzi była nieco wyższa, niż można by oczekiwać na podstawie prac prowadzonych podobną metodą (Czabała 1996 – 3) i w obu grupach zawodowych wyniosła 27–28% (otrzymano 26 kwestionariuszy ankietowych wypełnionych przez lekarzy i 6 – przez psychologów). Ten odsetek odpowiedzi nie pozwala na przyjęcie wniosku, iż uzyskano informacje od reprezentatywnej grupy specjalistów zajmujących się w kraju leczeniem nerwic. Jednak grupa osób, które udzieliły odpowiedzi ma istotne znaczenie dla kształtowania poglądów na temat terapii, gdyż objęła większość aktywnych zawodowo samodzielnych pracowników naukowych, a pozostałe osoby są niewątpliwie autorytetami szkolącymi specjalistów w leczeniu nerwic. Byli to:

Dr Marek Berski
Oddział Leczenia Nerwic
Wonieść

Prof. dr hab. Antoni Florkowski
Katedra Psychiatrii WAM
w Łodzi

Dr psych. Barbara Bigo
długoletni pracownik Kliniki Nerwic
Instytutu Psychiatrii i Neurologii
w Warszawie

Dr med. Maria Golczyńska
Klinika Nerwic
Instytutu Psychiatrii i Neurologii
w Warszawie

Prof. dr hab. Adam Bilikiewicz
Klinika Chorób Psychiczych AM
w Gdańsku

Prof. dr hab. Wojciech Gruszczyński
Katedra Psychiatrii WAM
w Łodzi

Doc. dr hab. Czesław Czabała
Instytut Psychiatrii i Neurologii
w Warszawie

Doc. dr hab. Anna Grzywa
Klinika Psychiatryczna AM
w Lublinie

Dr med. Andrzej Czernikiewicz
Ordynator Oddziału Nerwic
Kliniki Psychiatrycznej AM
w Lublinie

Prof. dr hab. Joanna Hauser
Klinika Psychiatryczna AM
w Poznaniu

Prof. dr hab. Stanisław Dąbrowski
Instytut Psychiatrii i Neurologii
w Warszawie

Dr med. Beata Janke-Klimaszewska
Klinika Nerwic
Instytutu Psychiatrii i Neurologii
w Warszawie

Prof. dr hab. Marek Jarema
Instytut Psychiatrii i Neurologii
w Warszawie

Dr Adam Pytko
Kraków

Dr hab. med. Andrzej Kokoszka
II Klinika Psychiatryczna AM
w Warszawie

Prof. dr hab. Andrzej Rajewski
Klinika Psychiatryczna AM
w Poznaniu

Dr med. Krystyna Korejba
Ordynator Oddziału Nerwic
w Morawicy

Mgr psych. Maria Rogiewicz
Bydgoszcz

Prof. dr hab. Jerzy Landowski
Katedra Psychiatrii AM
w Gdańsku

Prof. dr hab. Janusz Rybakowski
Klinika Psychiatryczna AM
w Poznaniu

Prof. dr hab. Irena Namysłowska
Instytut Psychiatrii i Neurologii
w Warszawie

Doc. dr hab. Małgorzata Rzewuska
Instytut Psychiatrii i Neurologii
w Warszawie

Doc. dr hab. Elżbieta Nowakowska
Katedra i Zakład Farmakologii AM
w Poznaniu

Dr n. hum. Ewa Siniarska
Ośrodek Leczenia Nerwic AM
w Łodzi

Mgr psych. Joanna Olszewska
Oddział Leczenia Nerwic
w Łodzi

Prof. dr hab. Stefan Smoczyński
Katedra Psychiatrii AM
w Gdańsku

Prof. dr hab. Maria Orwid
Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży
w Krakowie

Prof. dr hab. August Wasik
Klinika Psychiatrii AM
we Wrocławiu

Prof. dr hab. Andrzej Piotrowski
Instytut Psychiatrii i Neurologii
w Warszawie

Doc. dr hab. Jacek Wciórka
Instytut Psychiatrii i Neurologii
w Warszawie

Obliczono średnie ważone uzyskanych odpowiedzi, przy czym wyniki zgodne (trzy sąsiednie wartości podane przez ponad połowę respondentów) oznaczono gwiadką. Analiza odpowiedzi pozwala na określenie preferowanych działań dotyczących zdecydowanej większości zagadnień. Szczegółowe dane dotyczące farmakoterapii uzyskano jedynie od lekarzy, toteż na pytania dotyczące leków odpowiedziało z reguły 26 respondentów.

Wyniki ankiety stanowiły materiał roboczy, na którym oparła się dyskusja ekspertów zmierzająca do ustalenia aktualnych standardów farmakoterapii nerwic w Polsce (9).

WYNIKI ANKIETY

Zaburzenia lękowe

Wybór leczenia w terapii zaburzeń lękowych

Tabela 1. Proszę o ocenę terapii u pacjentów z zaburzeniami lękowymi: 7–9 leczenie z wyboru, 4–6 wskazane u niektórych chorych, 1–3 rzadko przydatne

A) Dostępność leczenia (N=31)

	ocena		
	1-3	4-6	7-9
krótkotrwałe leczenie farmakoterapia			7,12
psychoterapia + farmakoterapia		6,59	
psychoterapia		6,32*	
długotrwałe leczenie psychoterapia			7,03*
psychoterapia + farmakoterapia		6,64*	
farmakoterapia		5,96*	

B) Skuteczność i bezpieczeństwo leczenia

	1-3	4-6	7-9
krótkotrwałe leczenie psychoterapia + farmakoterapia			7,25*
psychoterapia		6,23*	
farmakoterapia		6,03*	
długotrwałe leczenie psychoterapia			7,35*
psychoterapia + farmakoterapia		6,73	
farmakoterapia		5,22*	

Zdaniem ankietowanych w leczeniu zaburzeń lękowych dostępna i skuteczna jest zarówno psychoterapia, jak i farmakoterapia. Najniżej pod względem skuteczności oceniono farmakoterapię długoterminową.

Komentarz: Wydaje się, że ocena dotycząca dostępności psychoterapii jest przesadzona, gdyż z ekspertyzy nadzoru krajowego (3) wynika, że tylko w 1/3 placówek lecznictwa psychiatrycznego „jakieś formy psychoterapii są stosowane”, a „niewielki tylko procent chorych leczonych ambulatoryjnie jest objęty psychoterapią”.

Kwalifikacje leczących preferowane w lęku napadowym, agorafobiach, fobiach społecznych

Tabela 2. Proszę zakreślić, kto powinien prowadzić terapię chorych z zaburzeniami lękowymi (procent odpowiedzi twierdzących, liczba ankietowanych N=31)

	agorafobia	fobie społeczne	lęk napadowy
lekarz-psychoterapeuta	61	58	71
lekarz + psychoterapeuta (zespół)	55	55	58
psychoterapeuta	35	45	26
lekarz	19	19	35

Zdaniem ankietowanych w lęku napadowym leczenie powinien prowadzić lekarz psychoterapeuta lub zespół: lekarz + psychoterapeuta.

Komentarz: Z zebranych za rok 1994 danych nadzoru specjalistycznego wynika (3), że prawie 62% psychiatrów nie prowadzi psychoterapii, a w sposób systematyczny prowadzi ją 20% zatrudnionych w lecznictwie psychiatrycznym psychologów i 6% psychiatrów (notabene w badanym roku z rozpoznaniem nerwicy było 36% pacjentów ambulatoryjnych i 7% chorych leczonych w szpitalach).

Wybór pierwszej metody leczenia w lęku napadowym

Tabela 3. Proszę o ocenę, jaka kolejność działań terapeutycznych w zaburzeniach lękowych jest najbardziej korzystna

grupa leczona	stopień nasilenia zaburzeń					
	niezbyt nasilone objawy			nasilone objawy		
	1-3	4-6	7-9	1-3	4-6	7-9
dzieci			7,65*		5,81	
psychoterapia						6,90*
psychoterapia + leki		5,03*				
najpierw leki	3,07*			4,61*		
	niezbyt nasilone objawy			nasilone objawy		
pacjenci w wieku młodzieżowym	1-3	4-6	7-9	1-3	4-6	7-9
psychoterapia			7,62*			7,65*
psychoterapia + leki		5,06*				7,43*
najpierw leki	3,37*			4,61*		
dorośli	niezbyt nasilone objawy			nasilone objawy		
psychoterapia			7,36*		5,65*	
psychoterapia + leki		5,28				6,13*
najpierw leki	3,55			5,19		

Zdaniem ankietowanych leczenie średnio nasilonych zaburzeń lękowych należy rozpoczynać od psychoterapii.

Gdy objawy są znacznie nasilone, leczenie od początku powinno obejmować psychoterapię i farmakoterapię, za wyjątkiem pacjentów w wieku

młodzieżowym. W tej grupie za pierwszą metodę leczenia uznano na równi psychoterapię, jak i psychoterapię połączoną ze stosowaniem leków.

W żadnej grupie wieku lub nasilenia objawów rozpoczęcie leczenia od farmakoterapii nie jest postępowaniem z wyboru.

Rodzaj psychoterapii w lęku napadowym i fobiach

Tabela 4. Proszę o ocenę skuteczności (adekwatności) psychoterapii w leczeniu objawowym lęku napadowego i agorafobii. Jeśli uważają Państwo, że żadna z technik nie jest szczególnie preferowana proszę ocenić je równorzędnie

rodzaj psychoterapii	ocena		
	1-3	4-6	7-9
poznawczo-behawioralna			7,06
psychodynamiczna		4,90	
eklektyczna		5,33	
systemowa		4,40	

W lęku napadowym ankietowani uznali za metodę z wyboru terapię poznawczo-behawioralną, zaś za dobrą i często skuteczną – terapię eklektyczną i psychodynamiczną.

Komentarz: Indywidualna psychoterapia poznawczo-behawioralna jest metodą najczęściej stosowaną w polskim leczeniu psychiatrycznym.

Ocena przydatności różnych metod psychoterapii w terapii lęku napadowego i fobii

Tabela 5. Proszę zaznaczyć w odpowiedniej kratce, jakie metody psychoterapii są szczególnie przydatne w leczeniu zaburzeń lękowych

metody psychoterapii	lęk napadowy	agorafobia	fobie społeczne
identyfikacja sytuacji lękotwórczych	58	35	26
desenzytacja	37	53	45
utworzenie hierarchii sytuacji lękotwórczych	45	32	55
ekspozycja (<i>in vivo</i>) na bodźce lękotwórcze	29	68	35
ekspozycja na sytuacje społeczne	29	45	45
rozwiązywanie problemów	16	26	77
trening asertywności	22	19	51
psychodynamiczna zorientowana na wgląd	22	16	61

(% odpowiedzi uzyskanych od 31 osób ankietowanych)

Wśród metod psychoterapii uznano za szczególnie przydatne w lęku napadowym:

- identyfikację sytuacji lękorodnych i ich zhierarchizowanie
- desenzytację.

W lęku napadowym z agorafobią natomiast:

- ekspozycję (*in vivo*) na bodźce lękotwórcze
- desenzytyzację
- ekspozycję na sytuacje społeczne.

W fobiach społecznych:

- rozwiązywanie problemów
- utworzenie hierarchii sytuacji lękotwórczych
- metodę psychodynamiczną zorientowaną na wgląd
- trening asertywności
- ekspozycję na sytuacje społeczne i desenzytyzację.

W przypadku lęku napadowego terapię indywidualną oceniło jako korzystniejszą 73% respondentów. W agorafobii oceniono na równi psychoterapię indywidualną (51%) i grupową (49%).

Komentarz: Z literatury wynika, że w fobiach społecznych stosowanie terapii psychodynamicznej zorientowanej na wgląd jest ryzykowne, często niezalecane (2).

Liczba sesji niezbędnych do uzyskania poprawy w lęku napadowym

Tabela 6. Proszę określić przeciętną liczbę sesji terapeutycznych niezbędnych do uzyskania poprawy objawowej u chorego z napadami lęku (jedną możliwość proszę ocenić na 9)

liczba sesji	liczba odpowiedzi	ocena		
		1-3	4-6	7-9
7-12	20			6,75*
13-20	18			6,38
21-40	14		4,93	
41-50	12		4,67	
3-6	14		3,71	
nieograniczona	9	2,11		
1-2	12	1,75		

Ocena intensywności oddziaływań psychoterapeutycznych w lęku napadowym

Tabela 7. Proszę określić intensywność oddziaływań psychoterapeutycznych w leczeniu objawowym chorych z nasilonymi napadami lęku

częstość sesji	liczba odpowiedzi	ocena		
		1-3	4-6	7-9
1 × w tygodniu	25			6,60*
codziennie	19			6,22*
co 2 tygodnie	19		3,58	
co 4 tygodnie	19	2,31*		

Ocena zależności pomiędzy ciężkością zaburzeń lękowych a intensywnością psychoterapii i wiekiem pacjentów

Tabela 8. Proszę określić jak częstych sesji wymaga leczenie objawowe chorych z lękiem napadowym

Pacjenci dorośli

nasilenie zaburzeń	częstość sesji	ocena		
		1-3	4-6	7-9
nieznaczne	1 × w tygodniu 3-4 × w tygodniu		4,94	6,23
znaczne	1 × w tygodniu 3-4 × w tygodniu		5,70	6,83*

Dzieci i młodzież

nieznaczne	1 × w tygodniu 3-4 × w tygodniu		5,93*	6,56
znaczne	1 × w tygodniu 3-4 × w tygodniu		5,00	7,17*

Przeciętna niezbędna do uzyskania poprawy liczba sesji w lęku napadowym, zdaniem ekspertów, to 7-12, chociaż często za dostateczną oceniono liczbę 13-20 sesji. Chorzy z nasilonym lękiem napadowym, zdaniem respondentów, wymagają kilku sesji w ciągu tygodnia. U pacjentów dorosłych, gdy zaburzenia są niezbyt częste ani nasilone, opowiadano się za prowadzeniem sesji raz w tygodniu.

Ocena intensywności psychoterapii po ustąpieniu napadów lęku

Tabela 9. Proszę określić, jak często po ustąpieniu lęku należy kontynuować psychoterapię

częstość sesji	ocena		
	1-3	4-6	7-9
co 2 tygodnie			6,10*
co 4 tygodnie		5,95*	
co 8 tygodni		4,65	
w razie nawrotu lęku		5,28*	

Zdaniem ekspertów po ustąpieniu napadów lęku należy kontynuować psychoterapię, przy czym częstość spotkań powinna wynosić 1-2 w miesiącu.

Ocena skuteczności leków w lęku napadowym

Tabela 10. Proszę o określenie skuteczności leków w stosunku do objawów napadowego lęku i agorafobii

	ocena		
	1-3	4-6	7-9
alprazolam			6,63
klonazepam		5,64	
inne benzodiazepiny*		5,94	
SSRI paroksetyna fluoksetyna sertralina		5,99	
TLPD klomipramina imipramina		5,78	
buspiron		5,0	
moklobemid		5,0	
kwas walproinowy		5,0	
propranolol		5,0	

* klorazepat, oksazepam, lorazepam, diazepam

Za najbardziej skuteczny lek w lęku napadowym i agorafobii uznano alprazolam. Inne pochodne benzodiazepiny oceniono na równi z lekami przeciwdepresyjnymi trójpierścieniowymi i inhibitorami wychwytu serotoniny.

Okres i dawki najczęściej stosowanych w lęku napadowym pochodnych benzodiazepiny

Tabela 11. Proszę podać dwie najczęściej przydatne w leczeniu lęku napadowego pochodne benzodiazepiny

lek	dawka w mg	okres stosowania
<u>często stosowane</u>		
alprazolam	2-6	kilka-kilkanaście tygodni
klorazepan	10-20	2-6 tygodni
klonazepam	1,5-4	kilka-kilkanaście tygodni
medazepam	10-30	4-6 tygodni
<u>rzadziej stosowane</u>		
lorazepam	1-3	doraźnie, kilka tygodni
oksazepam	30-60	doraźnie, kilka tygodni
bromazepam	6	doraźnie, kilka tygodni

Dane od 25 respondentów wykazały, że spośród benzodiazepin najczęściej stosowany jest alprazolam w dawce dobowej 2-6 mg i klorazepan w dawce 10-20 mg.

Komentarz: Wyniki tabeli 11 są podobne do danych piśmiennictwa światowego, jednak, zdaniem ekspertów, nie należy benzodiazepin stosować (9) dłużej niż przez 4 tygodnie. W standardach z 1997 r. (7) eksperci zachodni proponują jako pierwszy lek w lęku napadowym do wyboru: alprazolam lub silną 1,4-benzodiazepinę (4 tyg. + ewentualnie dalsze 4 tyg.), SSRI (8 tyg. + ewentualnie dalsze 8 tyg.) lub TLPD (8 tyg. + ewentualnie dalsze 8 tyg.).

Wpływ benzodiazepin na objawy w lęku napadowym

Tabela 12. Proszę o ocenę skuteczności stosowania benzodiazepin w zaburzeniach lękowych wobec:

objawy	ocena		
	1-3	4-6	7-9
objawów wzbudzenia autonomicznego			6,24*
obaw przed śmiercią		5,43*	
objawów w zakresie klatki piersiowej i brzucha		5,41*	
perestezji, dreszczy i uderzeń gorąca		5,04*	
poczucia utraty kontroli		4,70*	
zawrotów głowy, oszołomienia, omdlewania		4,50*	
derealizacji, depersonalizacji		4,04*	
częstości napadów lęku			6,00*

Ankietowani ocenili zgodnie, że benzodiazepiny najsilniej redukują objawy związane ze wzbudzeniem autonomicznym, najsłabiej wpływają na objawy derealizacji i depersonalizacji i poczucie utraty kontroli.

Ocena postępowania u pacjenta, u którego nie uzyskano poprawy po stosowaniu silnej benzodiazepiny (niezależnie od psychoterapii)

Tabela 13. Proszę określić celowość zmiany postępowania, jeśli po 4 tygodniach stosowania alprazolamu lub innej silnie działającej benzodiazepiny nie uzyskano poprawy w lęku napadowym

	ocena		
	1-3	4-6	7-9
zmiana na SSRI			6,77*
zmiana na TLPD			6,13*
dołączenie SSRI			6,04*
zmiana na RIMA		5,15*	
dołączenie TLPD		4,42	
dołączenie beta-blokerów		4,10	
zmiana na buspiron		3,95	
dołączenie buspironu		3,52	
zmiana na beta-bloker		3,47	
dołączenie walpromidu		3,05	
utrzymanie leku w zwiększonej dawce	3,00*		

W sytuacji, w której stosowanie pochodnej benzodiazepiny przez miesiąc nie przyniosło poprawy, a nadal istnieje potrzeba kontynuowania farmakoterapii, należy odstawić benzodiazepinę i zastosować lek przeciwdepresyjny (SSRI lub TLPD) lub dodać SSRI. Nie należy natomiast zwiększać dawki benzodiazepiny.

Komentarz: Tę ostatnią możliwość preferują natomiast standardy zachodnie (1, 7, 12).

Działanie trójpierścieniowych leków przeciwdepresyjnych TLPD w lęku napadowym

Tabela 14. Proszę o ocenę skuteczności stosowania TLPD w zaburzeniach lękowych wobec:

objawy	ocena		
	1-3	4-6	7-9
obawy przed śmiercią		5,96	
objawów w zakresie klatki piersiowej i brzucha		4,90*	
poczucia utraty kontroli		4,77*	
perestezji, dreszczy, uderzeń gorąca		4,67*	
objawów wzbudzenia autonomicznego		4,59*	
derealizacji i depersonalizacji		4,38*	
zawrotów głowy, oszołomienia, omdlewania		3,60*	
częstości napadów lęku			6,34*

Okres bezskutecznego stosowania leków trójpierścieniowych, po którym należy zmienić lek

Tabela 15. Proszę określić (w tygodniach) okres nieskutecznego stosowania TLPD w lęku napadowym, po którym należy zmienić leczenie (% odpowiedzi)

najkrótszy	do 2 tygodni	2-4 tygodnie	5 tygodni lub więcej
	29	58	13
najdłuższy	3-5 tygodni	6-8 tygodni	9-12 tygodni
	21	46	33

Zdaniem ankietowanych, TLPD spośród wymienionych działań najsilniej wpływają na redukcję częstości napadów lęku i lęku przed śmiercią. Spośród objawów niepożądanych najczęstszymi przyczynami odstawienia TLPD są objawy cholinolityczne i nadmierna sedacja.

Za okres, po którym należy uznać dalsze stosowanie TLPD za niecelowe, jeśli nie ustąpiły napady lęku, respondenci uważają 4-8 tygodni.

Komentarz: Według standardów zachodnich, po tym okresie nie należy jeszcze leku odstawić, lecz zwiększyć dawkę do maksymalnej (1, 7).

Ocena działań, gdy stosowanie leku trójpierścieniowego u chorego nie przyniosło poprawy

Tabela 16. Proszę określić zmianę leczenia wskazaną, gdy stosowanie TLPD przez 8 tygodni nie przyniosło poprawy objawowej w nasilonym lęku napadowym

postępowanie	ocena		
	1-3	4-6	7-9
zmiana na SSRI			7,04*
dołączenie benzodiazepiny		5,54*	
zmiana na RIMA		5,30*	
dołączenie beta-blokera	3,80*		
zwiększenie dawki, dalsze 8 tyg. leczenia	3,75*		
dołączenie buspironu	3,60		
dołączenie kwasu walproinowego	3,30*		

Brak poprawy po leczeniu lekiem przeciwdepresyjnym trójpierścieniowym wskazuje na celowość zmiany na lek przeciwdepresyjny o innym mechanizmie działania, a w dalszej kolejności na dołączenie benzodiazepiny. Dalsze stosowanie TLPD w większej dawce nie jest uważane za celowe.

Komentarz: To ustalenie także różni się od innych standardów, w których pierwszym działaniem jest dalsze utrzymanie leczenia po zwiększeniu dawki (1, 7).

Ocena działania selektywnych inhibitorów (SSRI) w lęku napadowym

Tabela 17. Proszę ocenić przydatność leków przeciwdepresyjnych hamujących selektywnie wychwyt serotoniny (SSRI) w zaburzeniach lękowych w stosunku do:

objawy	ocena		
	1-3	4-6	7-9
obawy przed śmiercią			6,50*
objawów wzbudzenia autonomicznego		5,50*	
poczucia utraty kontroli		5,41*	
zawrotów głowy		5,40*	
objawów w zakresie klatki piersiowej i brzucha		5,27*	
perestezji, dreszczy, uderzeń gorąca		5,20*	
derealizacji i depersonalizacji		5,18	
częstości napadów lęku			6,81*

Zdaniem ankietowanych profil działania leków z grupy SSRI jest podobny do TLPD. Najsilniej wpływają na częstość napadów lęku i obawy przed śmiercią.

Ocena najczęstszych uniemożliwiających leczenie objawów niepożądanych powodowanych przez selektywne inhibitory wychwytu serotoniny

Tabela 18. Który z objawów niepożądanych w praktyce jest najczęstszą przyczyną odstawienia TLPD

objawy	ocena		
	1-3	4-6	7-9
niepokój		5,95*	
bezsenna		4,95	
nudności		4,3*	
zab. funkcji seksualnych		3,90	
akatyja	3,06*		
biegunki	3,05*		

Najczęstszymi objawami niepożądanymi będącymi przyczyną odstawienia leku z tej grupy jest niepokój, bezsenność, nudności, zaburzenia seksualne.

Ocena działań, gdy stosowanie SSRI u chorego nie przyniosło poprawy

Tabela 19. Proszę ocenić celowość zaleceń, gdy stosowanie w nasilonym lęku napadowym SSRI przez 8 tygodni nie przyniosło efektu

działanie	ocena		
	1-3	4-6	7-9
dołączenie benzodiazepiny		5,21*	
zmiana na inny SSRI		4,95*	
zmiana leku na TLPD		4,69	
zmiana leku na benzodiazepinę		4,68	
zmiana leku na moklobemid		4,22	
dołączenie kwasu walproinowego		4,21*	
dołączenie buspironu		3,79	
zwiększenie dawki na dalsze 8 tygodni		3,89*	

Po 8 tygodniach stosowania SSRI, jeśli niezbędna jest dalsza farmakoterapia, należy:

- dołączyć benzodiazepinę
- zmienić lek na inny z grupy SSRI
- zmienić lek na TLPD.

Komentarz: W standardach zachodnich jako pierwsze działanie w tej sytuacji jest preferowane zwiększenie dawki leku i dalsze leczenie przez następnych kilka tygodni (1, 4, 7). Kolejnym działaniem jest dołączenie benzodiazepiny, następnie zmiana na IMAO, a w dalszej kolejności na inny lek o nieustalonej skuteczności (np. atypowy przeciwdepresyjny, jak wenlafaksyna, lub na beta-bloker, kwas walproinowy, buspiron, blokery kanału wapniowego, baklofen, ondansetron).

Ocena działania moklobemidu w stosunku do objawów w lęku napadowym

Tabela 20. Proszę o ocenę skuteczności moklobemidu w zaburzeniach lękowych wobec:

objawy	ocena		
	1-3	4-6	7-9
obawy przed śmiercią		5,20*	
poczucia utraty kontroli		4,94*	
zawrotów głowy, oszołomienia, omdlewania		4,68*	
objawów w zakresie klatki piersiowej i brzucha		4,53*	
objawów wzbudzenia autonomicznego		4,40*	
perestezji, dreszczy, uderzeń gorąca		4,37	
derealizacji i depersonalizacji	4,31		
częstości napadów lęku		5,36*	

Działanie moklobemidu w lęku napadowym oceniono jako mniej skuteczne od innych leków przeciwdepresyjnych.

Zalecany okres stosowania leków po uzyskaniu remisji w lęku napadowym

Tabela 21. Proszę określić, jak długo po ustąpieniu napadów lęku stosuje się najczęściej leki (liczba odpowiedzi)

lek	N resp.	okres stosowania (w miesiącach)					
		0	1	2	3-5	6	7-12
benzodiazepiny	23	6	6	7	1	3	–
TLPD	23	–	1	2	7	11	2
SSRI	24	–	3	2	8	9	2
RIMA	18	–	1	3	6	7	1
neuroleptyki	18	–	2	3	4	4	5

Zdaniem respondentów po ustąpieniu napadów lęku należy prowadzić leczenie podtrzymujące. Benzodiazepiny należy podawać krótko (do miesiąca), inne leki (przeciwdepresyjne i neuroleptyki) należy stosować przez ponad pół roku.

Komentarz: W standardach zachodnich okres podtrzymującej farmakoterapii jest dłuższy (rok, kilka lat) (1, 4, 10, 12).

Lęk uogólniony

Leczenie chorych z lękiem uogólnionym powinien prowadzić, zdaniem ankietowanych, lekarz będący równocześnie psychoterapeutą (61% odpowiedzi) lub zespół składający się z lekarza i psychoterapeuty (71% odpowiedzi),

rzadziej psychoterapeuta (29%), ale zazwyczaj nie powinien to być lekarz ogólny (13%). Za najważniejsze uznano stosowanie leków łącznie z psychoterapią.

Ocena przydatności metod terapeutycznych w leczeniu chorych w lęku uogólnionym

Tabela 22. Proszę zaznaczyć, jakie metody są szczególnie przydatne w lęku uogólnionym

metody psychoterapii	% odpow.
trening asertywności	58
desenzytyzacja	37
psychoterapia psychodynamiczna	32
utworzenie hierarchii sytuacji lękotwórczych	26
uczenie się rozwiązywania problemów	26
identyfikacja sytuacji lękotwórczych	22

Eksperti, częściej niż w lęku napadowym, wskazywali na największą przydatność treningu asertywności i desenzytacji.

Ocena przydatności leków w lęku uogólnionym

Tabela 23. Biorąc pod uwagę skuteczność leków i niepożądane ich działania proszę określić przydatność leków w lęku uogólnionym

	ocena		
	1-3	4-6	7-9
buspiron			6,16*
benzodiazepiny			6,11*
TLPD		5,64*	
beta-blokery		4,59*	
neuroleptyki		4,00*	

Najczęściej stosowane są buspiron i benzodiazepiny, nieco rzadziej TLPD, niekiedy beta-blokery lub neuroleptyki.

Komentarz: W standardach zachodnich (8) w lęku uogólnionym z nasilonymi objawami somatycznymi należy stosować pochodne benzodiazepiny (lepiej długo działające, jak np. klorazepan, klonazepam, diazepam, medazepam), natomiast nasilone objawy psychiczne lęku są wskazaniem do buspironu lub leku przeciwdepresyjnego (imipraminy).

Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne

Wybór postępowania u chorych z zaburzeniami obsesyjno-kompulsyjnymi

Tabela 24. Proszę określić wybór postępowania w leczeniu objawowym chorych z nasilonymi natręctwami lub kompulsjami

	stopień nasilenia zaburzeń					
	niezbyt nasilone objawy			nasilone objawy		
	1-3	4-6	7-9	1-3	4-6	7-9
terapia poznawczo-behawioralna + leki psychoterapia tylko farmakoterapia			7,75*			8,38*
		5,92			4,55	
		4,78				6,47*

Kwalifikacje leczących preferowane przez ekspertów w zaburzeniach obsesyjno-kompulsyjnych

Tabela 25. Proszę ocenić, kto powinien prowadzić terapię pacjenta z zespołem natręctw i kompulsji

	ocena		
	1-3	4-6	7-9
lekarz-psychoterapeuta			8,04*
lekarz i psychoterapeuta			7,68*
lekarz		5,22*	
psychoterapeuta		4,05	

W zaburzeniach obsesyjno-kompulsyjnych ankietowani za właściwe uważają leczenie psychoterapią i farmakoterapią stosowane przez lekarza psychoterapeutę lub zespół: lekarz + psychoterapeuta.

Wybór pierwszej metody leczenia w zaburzeniach obsesyjno-kompulsyjnych

Tabela 26. Proszę o ocenę, jaka kolejność działań terapeutycznych w zaburzeniach obsesyjno-kompulsyjnych jest najbardziej korzystna

grupa leczona	stopień nasilenia zaburzeń					
	niezbyt nasilone objawy			nasilone objawy		
	1-3	4-6	7-9	1-3	4-6	7-9
dzieci						
psychoterapia			7,19		5,75	
psychoterapia + leki			6,70*			7,79*
leki		4,28*			4,88*	

c.d. tab. 26

grupa leczona	stopień nasilenia zaburzeń					
	niezbyt nasilone objawy			nasilone objawy		
	1-3	4-6	7-9	1-3	4-6	7-9
młodzież						
psychoterapia			7,44*		5,24	
psychoterapia + leki			6,48*			7,96*
leki		4,40			5,32*	
dorośli						
psychoterapia			6,71		5,65	
psychoterapia + leki			7,14*			7,58*
leki		5,00			5,76	

W niezbyt nasilonych zaburzeniach u dzieci i młodzieży eksperci zalecają rozpoczynanie leczenia od psychoterapii. U dorosłych niezależnie od stopnia nasilenia objawów uważają, że leczenie od początku powinno obejmować psycho- i farmakoterapię.

Komentarz: W algorytmach zachodnich (5, 6) w łagodnie nasilonych zespołach w każdej grupie wieku jako metody alternatywne zalecane są psychoterapia behawioralno-poznawcza i stosowanie leków blokujących wychwyt serotoniny. Połączenie obu metod jest proponowane w przypadku niedostatecznej poprawy.

Przydatność metod psychoterapeutycznych w zaburzeniach obsesyjno-kompulsyjnych

Tabela 27. Proszę o ocenę przydatności metod psychoterapii w natręctwach i kompulsjach

	ocena		
	1-3	4-6	7-9
desenzytyzacja + terapia poznawcza			6,72*
terapia poznawcza		5,82	
kontrolowanie konsekwencji		5,75*	
desenzytyzacja i powstrzymywanie reakcji		5,61	
przesycanie		5,44*	
przerywanie myśli		4,78*	
trening relaksacyjny		4,78	
zaburzenia koncentracji		4,59*	

Za najbardziej przydatne respondenci uważają desenzytyzację wraz z terapią poznawczą.

Ocena skuteczności technik behawioralnych w stosunku do zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych

Tabela 28. Proszę ocenić wrażliwość objawów na ekspozycję i powstrzymywanie reakcji

	ocena		
	1-3	4-6	7-9
rytuały		5,92*	
obawy		5,42	
powtarzanie, liczenie		5,36	
zbieractwo		4,40*	
agresja		4,33*	
spowolnienie		4,13	
inne kompulsje		3,88	
wątpliwości		3,32	
natrętne ruminacje		3,28	
tiki		3,12	
słaby wgląd	2,81*		
skrupulatność, poczucie winy	2,76*		

Ocena podatności objawów w zaburzeniach obsesyjno-kompulsyjnych wskazuje na to, że terapia behawioralna najsilniej wpływa na rytuały, obawy, powtarzanie, liczenie. Najśłabszy wpływ wywierała na tiki, poczucie winy, skrupuły i słaby wgląd.

Ocena skuteczności psychoterapii poznawczej wobec objawów obsesyjno-kompulsyjnych

Tabela 29. Proszę ocenić wrażliwość objawów na terapię poznawczo-behawioralną

	ocena		
	1-3	4-6	7-9
skrupuły i wyrzuty sumienia, poczucie winy			6,11*
tiki		5,72*	
agresja		5,70*	
wątpliwości		5,66	
rytuały		5,66*	
obawy		5,64	
inne kompulsje		5,61*	
ruminacje		5,35	
zbieractwo		5,11	
powtarzanie, liczenie		4,77	
słaby wgląd		4,41	
spowolnienie	3,00		

Terapię poznawczą oceniono jako najbardziej efektywną w stosunku do takich objawów jak: skrupuły i poczucie winy, tiki, agresja, wątpliwości. Oceniono ją za najmniej wpływającą na powtarzanie, liczenie, spowolnienie, słaby wgląd.

Ocena długości psychoterapii krótkoterminowej

Tabela 30. Proszę określić, ile sesji terapeutycznych jest niezbędnych u chorego z zaburzeniami obsesyjno-kompulsyjnymi (nie chodzi też o sytuację wyjątkową, lecz przeciętną), proszę zaznaczyć którąś z odpowiedzi w zakresie 7-9

liczba sesji	ocena		
	1-3	4-6	7-9
21-50			7,42
13-20			7,06
7-12		5,50	

Respondenci uważają, że w zaburzeniach obsesyjno-kompulsyjnych do uzyskania poprawy niezbędne jest kilkanaście lub więcej sesji psychoterapeutycznych.

Ocena intensywności psychoterapii w zaburzeniach obsesyjno-kompulsyjnych

Tabela 31. Proszę określić najwłaściwszą intensywność oddziaływań u chorego z zaburzeniami obsesyjno-kompulsyjnymi o średnim lub zasadniczym nasileniu. Jako 9 proszę określić optymalną częstość spotkań

	ocena		
	1-3	4-6	7-9
codziennie		5,83*	
1 x w tygodniu			8,10*
co 2 tygodnie		5,06*	

W leczeniu zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych sesje powinny zazwyczaj odbywać się raz w tygodniu. Po 6 tygodniach psychoterapii u chorych, u których nie uzyskano poprawy należy, zdaniem ankietowanych, zwiększyć intensywność terapii, niekiedy prowadzić leczenie w warunkach szpitalnych (niezbędna liczba sesji 12-50). Po uzyskaniu poprawy, zdaniem ankietowanych, należy kontynuować psychoterapię co najmniej przez pół roku (sesje raz w miesiącu).

Komentarz: Algorytm ekspertów europejskich (6) proponuje jako podstawowy cykl liczący 13-20 sesji cotygodniowych, po którym albo następuje leczenie podtrzymujące (1 x w miesiącu) albo jeśli efekt jest niedostateczny należy zwiększyć intensywność terapii (np. do 3 sesji w tygodniu).

W przypadku niezbyt nasilonych zaburzeń leczonych psychoterapią, po uzyskaniu niepełnej poprawy farmakoterapię należy włączyć po 6 tygodniach, a u chorych bez poprawy – wcześniej (do 4 tygodni). U chorych z nasilonymi zaburzeniami większość ankietowanych opowiada się za rozpoczęciem farmakoterapii wcześniej, u chorych bez poprawy – w ciągu pierwszych tygodni leczenia.

Wybór postępowania w przypadku braku poprawy pomimo stosowania psychoterapii

Tabela 32. Proszę o wybór postępowania u pacjenta z zespołem natręctw, u którego pomimo stosowania psychoterapii nie uzyskano (wcale lub dostatecznej) poprawy

działanie	ocena		
	1–3	4–6	7–9
dołączenie klomipraminy			8,24*
dołączenie SSRI			7,19*
intensyfikacja oddziaływań psychoterapeutycznych		5,80	

Ocena skuteczności leków w zaburzeniach obsesyjno-kompulsyjnych

Tabela 33. Proszę określić skuteczność leków w zaburzeniach obsesyjno-kompulsyjnych, jeśli farmakoterapia jest niezbędna. Proszę na 9 ocenić lek (leki) najbardziej przydatny (skuteczne)

leki	ocena		
	1–3	4–6	7–9
klomipramina			8,50*
fluwoksamina			7,29*
paroksetyna			7,05*
fluoksetyna			6,96*
sertralina			6,88*
wenlafaksyna		4,93	
moklobemid		4,73*	
neuroleptyki		3,68*	
klonazepam		3,33*	

Za najbardziej przydatny z leków oceniono klomipraminę, w następnej kolejności SSRI (fluwoksaminę), a w dalszej – paroksetynę, fluoksetynę lub sertralinę. Leki należy, zdaniem respondentów, stosować co najmniej przez 4–6 tygodni, a w przypadku niedostatecznej poprawy stosować je przez 8–12 tygodni. W przypadku braku poprawy należy zmienić lek po 6–10 tygodniach.

Większość respondentów rozpoczyna leczenie od leku z grupy SSRI, zwłaszcza u chorych z niezbyt nasilonymi zaburzeniami i u chorych w podeszłym wieku. U dzieci, młodzieży i u dorosłych z nasilonymi zaburzeniami pierwszym lekiem zwykle jest klomipramina.

Komentarz: Według ekspertów zachodnich (6) kolejność leków w natręctwach jest następująca:

- leki z wyboru: *fluwoksamina, fluoksetyna, klomipramina, sertralina, paroksetyna,*
- leki drugiego rzutu: *wenlafaksyna,*
- leki stosowane w następnej kolejności: *IMAO, klonazepam, nefazodon, neuroleptyki, dezypramina.*

Okres stosowania przeciętnej dawki leków powinien, zdaniem tych ekspertów, trwać 4–8 tygodni, przy czym w przypadku niepełnej poprawy należy zwiększyć dawkę do maksymalnej i utrzymywać ją przez 5–9 tygodni (łączny okres stosowania leku przeciwdepresyjnego 8–12 tygodni).

Ocena wpływu SSRI na obsesje i kompulsje⁶

Tabela 34. Proszę na podstawie własnego doświadczenia ocenić skuteczność stosowania SSRI w stosunku do objawów natręctw

objawy	ocena		
	1–3	4–6	7–9
fobie			6,84*
wątpliwości		5,84*	
agresje, impulsy		5,52*	
skrupuły, wyrzuty sumienia		5,38	
spowolnienie		5,32*	
rytuały		5,09*	
ruminacje		5,04*	
słaby wgląd		4,39*	
zbieractwo		4,08*	
tiki		3,77*	

Leki SSRI, zdaniem ankietowanych, najlepiej spośród wymienionych objawów wpływają na: fobie, agresje i impulsy, skrupuły, poczucie winy i wyrzuty sumienia, wątpliwości i obawy

Wysokość dawek leków w zaburzeniach obsesyjno-kompulsyjnych

Tabela 35. Proszę o określenie najmniejszej, przeciętnej i największej dawki leków (w mg) stosowanych w zaburzeniach obsesyjno-kompulsyjnych

lek	dawki		
	najmniejsza	przeciętna	maksymalna
klomipraminy	60	120	250
fluoksetyny	20	40	60
fluwoksaminy	100	120	300
sertraliny	50	120	180
paroksetyny	20	40	50

Komentarz: Eksperci zachodni (6) stosują wyższe dawki wszystkich leków – zarówno minimalne, przeciętne, jak i maksymalne.

Ocena działań, gdy stosowanie psychoterapii i leku z grupy SSRI nie przyniosło poprawy

Tabela 36. Proszę ocenić, na ile korzystne są działania (każde z nich można ocenić na równi) u chorych, którzy byli poddani psycho- i farmakoterapii z użyciem SSRI, jednak nie uzyskano ustąpienia zaburzeń (lub dostatecznej poprawy)

postępowanie	ocena		
	1-3	4-6	7-9
zmiana leku na klomipraminę			7,21*
zmiana oddziaływań psychoterapeutycznych		5,86*	
zmiana leku na inny lek z grupy SSRI		5,84*	
dołączenie leku „uwrażliwiającego”		5,42	

Ocena stosowania leków „wzmacniających” działanie SSRI w zaburzeniach obsesyjno-kompulsyjnych

Tabela 37. Proszę ocenić wartość dołączania innych leków w celu wzmocnienia efektu leczenia (zakładając, że pacjent otrzymywał lek z grupy SSRI i nie uzyskano dostatecznej poprawy)

dołączany lek	ocena		
	1-3	4-6	7-9
klomipramina			6,14
inny lek z grupy SSRI		4,27*	
klonazepam		3,95*	
atypowy neuroleptyk		3,86*	
klasyczny neuroleptyk		3,77*	
lit		3,62*	
buspiron		3,62	
L-tryptofan, inny niż klomipramina, hormony tarczycy, klonidyna	2,3-2,6*		

Jeśli nie wystąpi poprawa po 4-6 tygodniach stosowania leku (w maksymalnej dawce) najczęstszym działaniem jest zmiana leku. U chorego z natręctwami leczonego psychoterapią połączoną ze stosowaniem SSRI, u którego nie uzyskano poprawy, respondenci preferują zmianę leku na klomipraminę, następnie na inny lek z grupy SSRI, intensyfikację, zmianę lub poszerzenie oddziaływań psychoterapeutycznych – w dalszej kolejności dołączenie leku „uwrażliwiającego”.

Komentarz: Według standardów zachodnich (6) w sytuacji braku poprawy postępowaniem z wyboru jest zmiana leku na inny lek przeciwdepresyjny, a u cho-

rych z częściową poprawą zmiana na inny lek, poszerzenie oddziaływań psychoterapeutycznych, ewentualne dołączenie leku „uwrażliwiającego”. Zdaniem autorów tych standardów, w sytuacji braku poprawy należy przeprowadzić trzy kolejne kuracje (dwoma lekami z grupy SSRI i klomipraminą), a następnie dołączyć lek „uwrażliwiający” (dołączyć drugi lek hamujący wychwyt serotoniny, klonazepam, atypowy neuroleptyk, buspiron, lit).

Okres podtrzymującego leczenia farmakologicznego w natręctwach

Tabela 38. Proszę podać, jak długo należy stosować leki u pacjenta, u którego ustąpiły natręctwa (objawy były średnio nasilone), leki były stosowane po raz pierwszy

okres leczenia	ocena		
	1-3	4-6	7-9
6 miesięcy			6,32
rok			6,30
3 miesiące		5,47	
1-2 lata		5,05	
bezterminowo	3,0*		

Jeśli wystąpiła remisja podczas stosowania leku przeciwdepresyjnego farmakoterapię podtrzymującą należy prowadzić przez 6 miesięcy lub dłużej. Dawkę leku należy redukować stopniowo, w okresie zmniejszania dawki należy zwiększać częstość wizyt (ew. co 2-4 tygodnie).

Ocena leczenia chorych z zespołem natręctw ze współistniejącym lękiem napadowym lub agorafobią

Tabela 39. Proszę ocenić sposób leczenia chorego z natręctwami i napadowym lękiem lub agorafobią

leczenie	ocena		
	1-3	4-6	7-9
psychoterapia (bez leków)		4,78	
psychoterapia + leki			8,28*
wybrane leki: klomipramina			7,77*
SSRI			6,73*
SSRI + benzodiazepina			6,61*
RIMA		4,21	
RIMA + benzodiazepina		4,16*	

U chorego z natręctwami oraz napadami lęku lub agorafobią eksperci zalecają psychoterapię łączoną z klomipraminą, SSRI lub SSRI z benzodiazepiną.

DystymiaOcena przydatności leków w dystymiach

Tabela 40. Proszę określić przydatność leków w dystymii

	ocena		
	1-3	4-6	7-9
SSRI			7,40*
RIMA			6,61*
TLPD lub mianseryna			6,16*
tianeptyna			6,09*
sulpiryd		5,33*	
alprazolam	3,84*		

Za postępowanie właściwe w dystymii uznano psychoterapię łączoną z lekami, w tym: SSRI, RIMA, TLPD, mianseryną lub tianeptyną, a w następnej kolejności z sulpirydem.

Okres stosowania leków w dystymii

Tabela 41. Proszę określić czas stosowania leków przeciwdepresyjnych w dystymii po ustąpieniu objawów

	ocena		
	1-3	4-6	7-9
rok		5,45	
2 lata		5,20	
6 miesięcy		4,90*	
3 miesiące		4,81*	
miesiąc		3,11*	

W dystymii, zdaniem respondentów, leki należy stosować przez rok do dwóch lat.

Częstość stosowania leków w dystymii

Tabela 42. Proszę określić dobową dawkę leków stosowanych w dystymii (proszę ocenić przynajmniej jeden lek)

lek	% respondentów	dawka	
		najczęściej stosowana w mg	niekiedy stosowana w mg
fluoksetyna	81	20	40
moklobemid	73	300-600	150-200
sulpiryd	62	100-200	300 i więcej

c.d. tab. 42

lek	% respondentów	dawka	
		najczęściej stosowana w mg	niekiedy stosowana w mg
tianeptyna	46	37,5	
klomipramina	38	75-150	200
amitryptylina	38	75-150	-
imipramina	31	75-150	200-250
fluwoksamina	23	100-200	-
doksepina	23	50-100	-
paroksetyna	19	20-30	-

Oceniono 26 ankiet

Bezsenność

Ocena przydatności oddziaływań w przewlekłej bezsenności

Tabela 43. Proszę określić przydatność w przewlekłej bezsenności
(można oceniać równorzędnie kilka oddziaływań)

techniki	ocena		
	1-3	4-6	7-9
higiena snu			7,24*
ograniczenie czasu przebywania w łóżku			6,08*
psychoterapia poznawcza			6,00*
stosowanie leków		5,95	
techniki relaksacyjne		5,74*	
kontrola pobudzenia		5,66*	
terapia analityczna		5,33*	
techniki paradoksalne		5,09*	
biofeedback		4,45*	

W leczeniu bezsenności za zalecane eksperci uważają stosowanie:

- zasad higieny snu,
- technik behawioralnych i ograniczenia czasu przebywania w łóżku,
- psychoterapii poznawczej,
- technik relaksacyjnych,
- farmakoterapii.

Ocena okresu stosowania leków nasennych w bezsenności

Tabela 44. Proszę ocenić celowość stosowania leków nasennych w bezsenności

okres stosowania leku	ocena		
	1-3	4-6	7-9
doraźnie			6,80*
przez kilka dni			6,13*
2-3 × w tygodniu		5,20*	
przez tydzień		5,19*	
2 tygodnie		4,90	
3 tygodnie		4,75	
4 tygodnie		4,80	
dłużej		3,09*	

Leki w bezsenności, zdaniem ankietowanych, należy stosować krótko, doraźnie, przez kilka dni, nie dłużej niż przez 4 tygodnie.

Komentarz: Według ekspertów WHO (12) leków nasennych nie należy stosować w bezsenności dłużej niż 2-3 tygodnie, najlepiej w sposób nieciągły (2-3 razy w tygodniu).

Ocena przydatności grup i poszczególnych leków w przewlekłej bezsenności

Tabela 45. Proszę ocenić przydatność leków w bezsenności przewlekłej

leki	ocena		
	1-3	4-6	7-9
benzodiazepiny		5,58	
preparaty: estazolam			6,2
nitrazepam		5,4	
flunitrazepam		5,3	
midazolam		5,3	
zolpidem			6,75
zopiklon			6,05
neuroleptyki		5,18	
preparaty: lewomepromazyna			6,7
promazyna			6,0
chloroprotiksen		5,8	
tiorydazyna		5,3	
leki przeciwdepresyjne		5,8	
preparaty: doksepina			6,50
amitryptylina, mianseryna		5,1	
leki ziołowe		5,0	

Spśród leków respondenci preferują zolpidem, lewomepromazyne i doksepinę.

PODSUMOWANIE I WNIOSKI

Wyniki ankiety pozwalają na stwierdzenie, że podstawowe zasady postępowania terapeutycznego w zespołach nerwicowych w Polsce nie różnią się zasadniczo od zaleceń stosowanych w innych krajach.

Nieznaczne różnice dotyczą kolejności preferowanych leków przeciwdepresyjnych, co prawdopodobnie wynika z odmiennego doświadczenia w stosowaniu leków u nas i w innych krajach (nowe leki przeciwdepresyjne zostały w Polsce wprowadzone później, a niektóre nie są jeszcze zarejestrowane).

Rysuje się także różnica w ocenie znaczenia farmakoterapii. W krajach wysoko rozwiniętych leczenie farmakologiczne jest uważane za alternatywne w stosunku do psychoterapii (1, 5, 6, 8, 12), podczas gdy w Polsce we wszystkich rodzajach zaburzeń nerwicowych psychoterapia jest uważana za leczenie preferowane (z wyboru).

Nieco różni się także ocena potrzeby farmakoterapii podtrzymującej, w Polsce lekarze proponują krótszy okres (zazwyczaj 6–12 miesięcy), niż psychiatrzy z innych krajów (2-letni i dłuższy).

Różnice postępowania w poszczególnych kategoriach rozpoznań są następujące.

W lęku napadowym:

1. W Polsce w lęku napadowym psychoterapia stanowi metodę z wyboru u młodzieży i u dorosłych w stanach niezbyt nasilonych zaburzeń.
2. Pochodne benzodiazepiny są zalecane wyłącznie do leczenia krótkoterminowego lub doraźnego (do 4 tygodni).
3. Proponowany okres farmakoterapii podtrzymującej jest nieco krótszy (6–12 miesięcy) niż zalecają inne grupy ekspertów.
4. Jako trzeci lek proponowany jest moklobemid.

W lęku uogólnionym:

1. Leczeniem z wyboru jest psychoterapia.
2. Buspiron jest uważany za lek z wyboru, zaś pochodne benzodiazepiny są zalecane jako leczenie kolejne.
3. Wśród leków przeciwdepresyjnych często zalecana jest mianseryna.

W zespołach obsesyjno-kompulsyjnych:

1. Psychoterapia behawioralno-poznawcza jest uważana za metodę z wyboru u dzieci i młodzieży z niezbyt nasilonymi zaburzeniami, podczas gdy inne standardy dopuszczają stosowanie inhibitorów wychwyty serotoniny, uzależniając wybór od decyzji pacjenta.
2. Leczenie skojarzone – psychoterapię z inhibitorami wychwyty serotoniny – polskie standardy zalecają u dorosłych i u młodzieży z nasilonymi zaburzeniami jako pierwszą metodę.

3. Polscy eksperci w przypadku braku poprawy lub niepełnej poprawy, obok poszerzenia psychoterapii, zalecają przeprowadzenie dwóch kolejnych (a nie trzech kolejnych) kuracji lekiem hamującym wychwyt serotoniny.
4. Zalecone jest leczenie podtrzymujące przez okres 6 miesięcy (a nie 12 miesięcy).
5. Klomipramina w zaburzeniach obsesyjno-kompulsyjnych jest traktowana równorzędnie z SSRI (w wielu standardach SSRI są lekami preferowanymi).
6. Eksperci polscy nie zalecają w przypadku niedostatecznej poprawy przedłużenia kuracji przy użyciu maksymalnych dawek leków.
7. Kolejność leków przeciwdepresyjnych, najczęściej stosowanych w OCD, jest następująca: klomipramina, fluwoksamina, paroksetyna, fluoksetyna, sertralina, (zachodni eksperci zalecają zacznianie leczenia od SSRI).

Piśmiennictwo

1. Ballenger J.C., Davidson J.R.T., Lecrubier Y., Nutt D.J., Baldwin D.S., den Boer J.A., Kasper S., Shear A.K.: Consensus Statement on panic disorder from the International Consensus Group on Depression and Anxiety. *J. Clin. Psychiatry*, 1998, 59 (suppl. 8), 47–54
2. Bomba J.: Fobia społeczna – nowa choroba czy nowe podejście do lęku? *Medipress*, 1997, 1, 4, 2–8
3. Czabała Cz., Mroziak B.: Rodzaje i zakres zastosowania psychoterapii w Polsce. *Psychoterapia*, 1996, 100 (4), 19–29
4. Hales R.E., Hilty D.A., Wise M.G.: A treatment algorithm for the management of anxiety in primary care practice. *K. Clin. Psychiatry*, 1997, 58, suppl. 3, 76–80
5. Jefferson J.W., Altemus M., Jenike M.A. i in.: Algorithm for the treatment of obsessive-compulsive disorder (OCD). *Psychopharmacol Bull.*, 1995, 31 (3), 487–490
6. March J.S., Frances A., Carpenter D., Kalm D.A.: Expert Consensus Guideline Series. Treatment of obsessive-compulsive disorder. *J. Clin. Psychiatry*, 1997, Vol. 58, suppl.
7. Lepine J.P., Aschauer H.A., Van den Broek W.A. i wsp.: Treatment of panic disorder: Algorithms for pharmacotherapy. *Int. J. Psychiatr. Clin. Practice*, 1997, Vol. 1, 13–15
8. Rickels K., Schweizer E.: The spectrum of generalised anxiety in clinical practice: the role of short-term, intermittent treatment. *Brit. J. Psychiatry*, 1998, 173 suppl. 34, 49–53
9. Rzewuska M., Pużyński S., Jarema M., Landowski J., Leder S., Namysłowska I., Orwid M., Rajewski A., Siwiak-Kobayashi M.: Standardy i algorytmy w zaburzeniach lękowych i obsesyjno-kompulsyjnych, *Farmakoterapia w Psychiatrii i Neurologii*, 1999, 1, 7–18
10. Shear M.K., Clark D., Feske U.: The road to recovery in panic disorder: response, remission and relapse. *J. Clin Psychiatry*, 1998, 59 (suppl 8), 4–8
11. Siwiak-Kobayashi M.: Leczenie zaburzeń lękowych, *Służba Zdrowia*, 1998, 45–46, 17–23
12. Wolfe B.E., Maser J.D.: Treatment of panic disorder: A Consensus Development Conference. Washington DC, American Psychiatric Press, 1994
13. *Insomnia an International Consensus Conference Report*, Versailles, 13–15 October 1996