

Czym są zaburzenia lękowe?

Lęk to naturalna reakcja, gdy spodziewamy się zagrożenia, prawdziwego lub wyobrażonego. Obejmuje zarówno reakcje fizyczne (drżenie, duszności, ból brzucha, itd.) jak i psychiczne (niepokój, zamartwianie się, snucie pesymistycznych scenariuszy, drażliwość, problemy z koncentracją). Uczucie lęku, choć nieprzyjemne, pełni konkretną funkcję - służy organizmowi do przygotowania się na potencjalne niebezpieczeństwo. Dzięki niemu zwiększa się nasza czujność i gotowość do reakcji typu ucieczka lub "walka". Problem pojawia się, gdy lęk staje się zbyt częsty, zbyt silny lub nieadekwatny w stosunku do sytuacji i zakłóca codzienne funkcjonowanie człowieka na różne sposoby. Wtedy możemy mówić o zaburzeniach lękowych.

Zaburzenia lękowe są jednymi z najczęściej występujących zaburzeń psychicznych na świecie. Badania wskazują, że mniej więcej 10% populacji może doświadczyć przynajmniej jednego epizodu zaburzeń lękowych w ciągu życia. Bardzo często towarzyszą im inne zaburzenia psychiczne, typu depresja czy uzależnienia. Można też cierpieć na kilka zaburzeń lękowych naraz. Warto pamiętać, że aby prawidłowo je rozpoznać, nadmierny lęk nie może być efektem innego zaburzenia psychicznego ani skutkiem ubocznym fizycznej choroby lub użycia substancji psychoaktywnych. Przyczyny występowania zaburzeń lękowych są bardzo różnorodne, od genetycznych i osobowościowych po środowiskowe (np. traumatyczne doświadczenia).

Agorafobia

Agorafobia objawia się intensywnym lękiem przed przebywaniem w miejscach, z których ucieczka może być trudna lub niemożliwa. Mogą to być np. otwarte przestrzenie (parki, place), zamknięte (sklepy, kina) lub zatłoczone (kolejki, festiwale). Popularnym obiektem lęku osób z agorafobią jest przebywanie w transporcie publicznym. Często są też obawy przed samotnym przebywaniem poza domem. Aby zdiagnozować agorafobię, lęk musi występować w co najmniej dwóch z wymienionych sytuacji, być nadmierny w stosunku do rzeczywistego zagrożenia i przysparzać osobie licznych życiowych trudności - prowadzić do unikania różnych miejsc i sytuacji, powodować znaczny stres, czy wymuszać obecność osoby towarzyszącej przy większości wyjść.

Lęk przed miejscami, z których trudno uciec zwykle dotyczy najróżniejszych sytuacji, które mogą się tam przydarzyć. Osoba z agorafobią może się obawiać ośmieszenia w miejscu publicznym, utraty kontroli nad sytuacją, ataku paniki, wypadku lub śmierci. Często towarzyszą temu objawy lęku w ciele - przyspieszone bicie serca, pocenie się, drżenie, duszności, zawroty głowy, mdłości, bóle brzucha. W związku z tym osoba z agorafobią może unikać sytuacji wywołujących te obawy, np. zamykając się w domu lub "dla bezpieczeństwa" wychodzić tylko z osobą towarzyszącą.

Agorafobia często współwystępuje z zaburzeniem lękowym panicznym, sprzyjają temu wcześniejsze doświadczenia ataku paniki, przeżycie traumatycznego wydarzenia i predyspozycje genetyczne. Występowanie napadów paniki potęguje lęk przed określonymi miejscami, wtedy osoba obawia się ataku paniki w miejscu, z którego ucieczka byłaby trudna. W samodzielnie występującej agorafobii napady paniki nie występują, a danych sytuacji unika się z powodu lęku przed innymi negatywnymi konsekwencjami, np. zawstydzeniem, niebezpieczeństwem.

Fobia społeczna

Fobia społeczna (zwana też zaburzeniem lękowym społecznego niepokoju) objawia się silnym, uporczywym lękiem przed sytuacjami społecznymi, w których jest ryzyko bycia ocenianym przez innych. Mogą to być np. wystąpienia publiczne, wyjścia w miejsca publiczne (np. do szkoły, do restauracji), rozmowy, bycie w centrum uwagi. Osoba z fobią społeczną obawia się ośmieszenia się, krytyki i ogólnie negatywnej oceny, w związku z czym stara się pozostać "niewidoczna" w grupie i unikać okazji ku temu, a gdy do nich dojdzie, sprawiają jej ogromny dyskomfort, nieproporcjonalny do rzeczywistego zagrożenia. Przez to codzienne życie osób z tym zaburzeniem jest znacznie utrudnione, ponieważ ryzyko bycia ocenianym istnieje w praktycznie każdej sferze życia - w pracy, w szkole, w sporcie, w relacjach. W sytuacji, która wywołuje lęk społeczny, osobę z fobią zwykle dopadają myśli typu "Wyśmieją mnie", "Będą mnie krytykować", "Zaraz się ośmieszę". Zaczyna się wtedy nadmiernie skupiać na sobie i swoim samopoczuciu, także fizycznym. Ciało może wysyłać sygnały w postaci zaczerwienienia twarzy, pocenia się, drżenia, przyspieszonego bicia serca, duszności, napięcia mięśniowego lub zawrotów głowy.

Fobia społeczna może mieć różne postacie. Może być uogólniona i pojawiać się w większości sytuacji społecznych jakich dana osoba doświadcza. Może być też specyficzna i związana z jedną konkretną sytuacją, np. wystąpienia publiczne. Istnieje też odmiana fobii społecznej związana z wydolnością - polega na obawie przed sytuacjami, które wymagają wykonania jakiegoś zadania przy innych osobach, np. testy, praca w grupie.

Specyficzna (izolowana) fobia

Fobia specyficzna to intensywny, irracjonalny, nieproporcjonalny do rzeczywistego zagrożenia lęk przed bardzo konkretnym obiektem, sytuacją lub zjawiskiem. Obiekt fobii prawie zawsze wywołuje natychmiastowy lęk i związane z nim reakcje - przyspieszone bicie serca, pocenie się, drżenie, napięcie mięśni, duszność, zawroty głowy, uczucie „zamrożenia”, omdlenie, myśli typu „nie przeżyję tego”, „coś mi się stanie”. Osoba z fobią specyficzną przesadnie ocenia ryzyko lub konsekwencje kontaktu z obiektem swojego lęku. W związku z tym unika okazji do zetknięcia się z nim lub znosi je z ogromnym stresem.

Według aktualnej klasyfikacji zaburzeń psychicznych DSM-5, specyficzne fobie można podzielić na pięć głównych kategorii:

- Fobie zwierzęce - lęk przed określonymi zwierzętami, np. psy, pająki, węże, psy
- Fobie naturalne - lęk przed niebezpiecznymi zjawiskami naturalnymi, np. burze, woda, wysokości
- Fobie sytuacyjne - lęk przed określonymi sytuacjami, np. latanie, jazda windą, tunele
- Fobie związane z krwią (widokiem krwi), zabiegami medycznymi lub urazami
- Inne fobie - lęk przed innymi specyficznymi bodźcami, typu dźwięki, postacie (np. lęk przed klaunami)

Zaburzenie lękowe z napadami paniki

Zaburzenie lękowe z napadami paniki objawia się nawracającymi, nieoczekiwanymi napadami paniki i obawą przed ich ponownym wystąpieniem. Napad paniki to nagły epizod intensywnego lęku lub dyskomfortu. Fizycznie może się on objawiać przez przyspieszone bicie serca, kołatanie serca, pocenie się, drżenie, duszność, uczucie dławienia się, zawroty głowy, oszołomienie, uczucie nierealności, uczucie gorąca lub zimna, mdłości lub bóle brzucha. Objawy napadu paniki osiągają szczyt w ciągu kilku minut i ustępują w ciągu 20-30 minut. Osoba z tym

zaburzeniem nie tylko miewa powtarzające się, nieoczekiwane ataki (przynajmniej jeden w ciągu miesiąca), ale też stale obawia się kolejnych lub ich konsekwencji, np. utraty kontroli, „zwariowania”, zawału, śmierci. Lęk ten zwykle występuje przed napadem i powoduje zmiany w zachowaniu, np. unikanie określonych sytuacji.

Warto pamiętać, że samo wystąpienie napadu paniki nie musi być objawem tego zaburzenia. Napady paniki mogą występować w przebiegu różnych zaburzeń lękowych (np. fobii, PTSD). Zaburzenie lękowe z napadami paniki wyróżnia się tym, że ataki powracają i owocują zmianami w zachowaniu, wynikającymi z obawy przed kolejnymi atakami.

Zaburzenie lękowe uogólnione (GAD)

Zaburzenie lękowe uogólnione (ang. Generalized Anxiety Disorder, w skrócie GAD) objawia się przewlekłym, nadmiernym, trudnym do kontrolowania lękiem i zamartwianiem się o różne życiowe sprawy, np. zdrowie, finanse, relacje. Spośród innych zaburzeń lękowych GAD wyróżnia się tym, że lęk nie występuje w formie nagłych ataków przy różnych okazjach, tylko jest wszechobecny (odczuwalny przez większość dni) i „rozlany” na różne sytuacje życiowe, niezwiązany z jedną konkretną. DSM-5 wspomina też o występowaniu co najmniej trzech z wymienionych objawów (u dzieci wystarczy jeden):

- niepokój, napięcie, uczucie bycia „na krawędzi”
- łatwe męczenie się
- trudności z koncentracją i podejmowaniem decyzji, „pustka w głowie”
- drażliwość
- napięcie mięśni
- problemy ze snem, np. z zasypianiem, wybudzaniem się

Poza tym częste są też typowe objawy fizyczne lęku, takie jak przyspieszone bicie serca, pocenie się, zawroty głowy, bóle głowy, czy problemy żołądkowe. Objawy znacząco zakłócają funkcjonowanie społeczne, zawodowe lub w innych ważnych obszarach życia. Stałe zamartwianie się i poczucie, że wydarzy się coś złego, połączone z trudnościami fizycznymi i rozkojarzeniem, prowadzą do wycofywania się z wielu obszarów życia lub nadmiernego poszukiwanie wsparcia (np. obsesyjne sprawdzanie zdrowia, informacji), żeby na chwilę poczuć ulgę. Uogólnione zaburzenie lękowe często współwystępuje z

depresją, zaburzeniem lękowym, panicznym lub zaburzeniem osobowości unikającej.

Zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne (OCD)

To zaburzenie wyróżnia się obecnością obsesji i/lub kompulsji. Obsesje to niechciane natrętne myśli, impulsy lub wyobrażenia, które powodują lęk. Kompulsje to powtarzalne zachowania i rytuały, fizyczne (np. mycie rąk) lub mentalne (np. liczenie, modlenie się), które osoba czuje się zmuszona wykonywać w odpowiedzi na obsesję. Mają na celu zmniejszenia lęku, ale w praktyce jednocześnie też go wzmacniają. Działanie zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych można porównać do błędnego koła. Np. osoba męczy się z myślą, że jeśli nie zamknie drzwi, stanie się coś złego i musi koniecznie sprawdzić czy są zamknięte → próbuje ją stłumić, zignorować, ale się nie udaje → dla „świętego spokoju” sprawdza kilka razy czy drzwi są zamknięte → czuje się spokojniejsza → podświadomie utwierdza się w przekonaniu, że warto było to sprawdzić.

Najczęstszymi tematami obsesji są:

- lęk przed zanieczyszczeniem - brudem, bakteriami, wirusami
- symetria i porządek - potrzeba idealnego ułożenia przedmiotów
- zakazane myśli - o agresji, seksualności, religii, nawiązujące do różnych tabu
- strach przed nieumyślnym wyrządzeniem komuś krzywdy

Najczęstsze typy kompulsji w odpowiedzi na nie to:

- mycie i czyszczenie - częste mycie rąk, sprzątanie
- sprawdzanie - wielokrotne upewnianie się, np. czy drzwi są zamknięte, czy urządzenia są wyłączone
- powtarzanie - wykonywanie czynności określoną liczbę razy
- liczenie i porządkowanie, np. liczenie kroków, układanie przedmiotów w określony sposób

Ostra reakcja na stres (ASR)

Ostrą reakcją na stres nazywamy krótkotrwale zaburzenie (psychiczne i fizyczne), które pojawia się bezpośrednio po doświadczeniu jakiegoś traumatycznego lub wyjątkowo stresującego wydarzenia. Objawia się skrajnym niepokojem, przerażeniem, poczuciem bezradności, oszołomieniem, drażliwością, wybuchami płaczu,

nadmierną czujnością. Tak silne emocje często sprzyjają dezorientacji i trudnościom z koncentracją. Osoba w stanie ostrej reakcji na stres może też doświadczyć tzw. amnezji częściowej (nie pamiętać wydarzeń związanych z traumą) lub przeciwnie, natrętnych wspomnień. Fizycznie ostra reakcja na stres może objawiać się przez przyspieszone bicie serca, pocenie się, drżenie, nudności, bóle brzucha, zawroty głowy. Osoba doświadczająca jej zwykle unika sytuacji przypominających jej traumę, niekiedy wycofuje się z życia społecznego. Objawy pojawiają się od kilku minut do kilku godzin po tym wydarzeniu i trwają od kilku godzin do kilku dni, maksymalnie 4 tygodnie. Po zniknięciu źródła stresu stan osoby samoistnie wraca do normy (co nie znaczy, że nie wymaga wsparcia). Typowe przyczyny ostrej reakcji na stres to:

- traumatyczne wydarzenia - katastrofy naturalne (powódzie, trzęsienia ziemi), wypadki komunikacyjne, przemoc fizyczna lub seksualna, utrata bliskiej osoby.
- nagły stres zawodowy lub osobisty, np. zwolnienie z pracy, rozpad związku
- wydarzenia zagrażające życiu lub zdrowiu - utrata kontroli nad sytuacją (np. napad, porwanie)

ASR często bywa mylone z PTSD (zaburzeniem stresowym pourazowym), ze względu na powiązanie obu z traumą. Różni się od siebie tym, że w PTSD objawy rozwijają się z opóźnieniem i trwają dłużej niż miesiąc, a ASR objawy nie są długotrwałe i zwykle znikają po ustąpieniu źródeł stresu. Ostra reakcja na stres może z czasem rozwinąć się w PTSD, jeśli objawy utrzymują się dłużej niż miesiąc lub gdy u osoby występują jednocześnie też inne zaburzenia.

Zaburzenie stresowe pourazowe (PTSD)

To zaburzenie psychiczne rozwija się po przeżyciu lub byciu świadkiem traumatycznego wydarzenia, zazwyczaj takiego, które wiązało się z zagrożeniem życia, ciężkim urazem lub przemocą. Może to być np. doświadczenie przemocy fizycznej/psychicznej/seksualnej, nagła utrata bliskiej osoby, doświadczenie wypadku, katastrofy naturalnej, wojny. PTSD może też być wynikiem tzw. traumy pośredniej - takiej, której osoba nie przeżyła bezpośrednio, ale została nią obciążona przez kontakt z kimś nią dotkniętym, np. pracując w zawodzie, który to umożliwia (terapeuta, ratownik medyczny, pracownik socjalny). Bez względu na źródło traumy, objawy PTSD pozostają takie same:

- nawracające przeżywanie traumatycznego wydarzenia (natrętne wspomnienia, koszmary senne, mimowolne flashbacki)
- unikanie bodźców związanych z traumą (miejsc, osób, sytuacji)
- negatywne zmiany w myśleniu i nastroju (obniżona samoocena, poczucie winy, beznadziei, odłączenia od innych)
- nadmierne pobudzenie fizyczne i psychiczne (przesadna czujność, drażliwość, trudności ze snem i koncentracją)

Objawy utrzymują się przez co najmniej miesiąc i zakłócają funkcjonowanie w życiu społecznym, zawodowym lub osobistym. Im wcześniej osoba zmagająca się z PTSD rozpocznie leczenie, tym większa szansa na jego skuteczność. Nieleczona PTSD może stać się przewlekłą i prowadzić do powikłań, takich jak uzależnienie czy depresja.

Zaburzenia adaptacyjne

Zaburzenia adaptacyjne rozwijają się w odpowiedzi na trudności z dostosowaniem się do nowych, stresujących okoliczności. Mogą dotyczyć sytuacji zawodowej/edukacyjnej (utrata pracy, zmiana pracy/szkoły, presja egzaminacyjna), relacji (rozwód, konflikt w rodzinie, przemoc, utrata bliskiej osoby), dużych zmian życiowych (choroba, przeprowadzka, emerytura, narodziny dziecka) lub traumatycznego wydarzenia typu pandemia, kryzys ekonomiczny. Objawy zaburzeń adaptacyjnych pojawiają się w ciągu 3 miesięcy od wystąpienia źródła stresu, a cierpienie z jego powodu jest nadmierne w stosunku do sytuacji. Osoba nadmiernie się zamartwia, jest zasmucona, drażliwa, ma poczucie beznadziei i/lub winy, trudności z koncentracją, obawy wobec przyszłości. Funkcjonuje dużo gorzej w sferze społecznej, zawodowej/szkolnej (pracuje mniej efektywnie) lub w innych ważnych obszarach życia. Może wycofywać się z życia społecznego i/lub zachowywać agresywnie. Fizycznie może odczuwać napięcie mięśni, bóle głowy, zaburzenia apetytu, zmęczenie, mieć problemy ze snem.

Aby prawidłowo zdiagnozować zaburzenia adaptacyjne, objawy nie mogą spełniać kryteriów dla innego zaburzenia psychicznego i nie mogą być wynikiem żałoby, która zaburzeniem nie jest. Objawy zaburzeń adaptacyjnych zwykle ustępują po wyeliminowaniu źródła stresu (nie trwają dłużej niż 6 miesięcy) lub skutecznej interwencji teraueutycznej. Mogą mieć różne postacie:

- z depresyjnym nastrojem - smutek, płaczliwość, poczucie beznadziei, utrata zainteresowań.
- z lękiem - napięcie, nerwowość, nadmierne zamartwianie się, trudności z koncentracją
- z mieszanymi objawami depresji i lęku
- z zaburzeniami zachowania - agresja, impulsywne działania, nieprzestrzeganie norm społecznych
- z mieszanymi zaburzeniami emocjonalnymi i zachowania - połączenie objawów emocjonalnych (depresyjnych, lękowych) i zaburzeń zachowania.
- inne - objawy nie spełniają powyższych kryteriów, ale są związane ze źródłem stresu

Zaburzenie hipochondryczne

Bywa nazywane też zaburzeniem lęku o stan zdrowia. Osoba zmagająca się z nim obawia się zachorowania na poważną chorobę lub jest przekonana, że już na nią cierpi, pomimo, że badania nie wykazują obiektywnych medycznych dowodów na jej istnienie. Stale martwi się o swoje zdrowie, nadinterpretuje normalne, niegroźne objawy fizjologiczne (np. zwykły ból głowy jako nowotwór mózgu), ma katastroficzne myśli związane z potencjalnymi chorobami i przesadnie monitoruje swój stan zdrowia. Aby zdiagnozować hipochondrię, zamartwianie się o stan zdrowia musi utrzymywać się przez co najmniej 6 miesięcy. Objawy w zachowaniu osoby z hipochondrią mogą przybrać jedną z dwóch form:

- postać związana z poszukiwaniem pomocy - częste wizyty u lekarzy i badania
- postać unikania - unikanie wizyt lekarskich z obawy przed diagnozą

Lęk osoby zmagającej się z hipochondrią miewa fizyczne objawy, takie jak bóle brzucha, bóle głowy, napięcie mięśni, co tylko napędza błędne koło zaburzenia, dostarczając osobie powodów do dalszego zamartwiania się. Osoby z hipochondrią często też szukają u lekarzy i/lub rodziny i przyjaciół zapewnień, że nic im nie jest, jednak nie wierzą im na długo i nie przynoszą im długotrwałej ulgi - po jakimś czasie zwykle zaczynają szukać nowych "dowodów" na swoją chorobę. Popularne jest też wyszukiwanie objawów w internecie (tzw. cyberchondria).

Jak działają zaburzenia lękowe?

Przyczyny rozwinięcia zaburzeń lękowych mogą być najróżniejsze. Jednymi z najczęstszych jest doświadczenie traumatycznych lub po prostu nieprzyjemnych wydarzeń, często połączone z brakiem wsparcia społecznego. Może to być np. wczesne doświadczenia upokorzenia, wyśmiewania lub odrzucenia w przypadku fobii społecznej. Skojarzenia danego obiektu/sytuacji z tymi doświadczeniami mogą prowadzić do unikania podobnych sytuacji w przyszłości. Ryzyko zachorowania zwiększają inne zaburzenia psychiczne występujące u osoby, np. depresja, zaburzenie osobowości, inne zaburzenie lękowe. Ważnym czynnikiem sprzyjającym rozwojowi zaburzeń lękowych w przyszłości są wzorce wyniesione z domu. Samo obserwowanie lękowych reakcji bliskich na różne bodźce może prowadzić do utrwalenia ich przez dziecko jako właściwych. Rozwojowi zaburzeń lękowych w przyszłości bardzo sprzyja też nadopiekuńczość rodziców. Nadmierne "chronienie" dziecka przed wszelkimi zagrożeniami (również tymi tylko wyobrażonymi) utrudnia mu naukę radzenia sobie w trudnych sytuacjach, buduje przekonanie o własnej bezradności w obliczu problemów i zwiększa podatność dziecka na lęk. Mówi się o tym m.in. w przypadku rozwoju fobii, OCD czy hipochondrii.

Sam lęk jako uczucie powstaje w wyniku błędnej interpretacji neutralnych bodźców jako zagrożenia. Jego działanie napędzają i podtrzymują różne mechanizmy, działające na zasadzie błędnego koła - obawy zwiększają intensywność objawów, które nasilają lęk. Np. kompulsje wzmacniają obsesje poprzez chwilowe uśmierzenie lęku, myśli katastroficzne i przewidywanie negatywnych scenariuszy utrzymuje poczucie zagrożenia, a nadmierne skupianie uwagi na potencjalnych zagrożeniach, przesadne monitorowanie swojego własnego zachowania i ocenianie go surowiej niż u innych utwierdzają osobę, że jej lęk jest uzasadniony. Innym mechanizmem podtrzymującym lęk jest unikanie, które uniemożliwia konfrontację irracjonalnych wyobrażeń z faktami. To właśnie nad tymi mechanizmami należy pracować podczas leczenia zaburzeń lękowych.

Leczenie i strategie samopomocy

Za najskuteczniejszą psychoterapię dla osób z wszelkimi zaburzeniami lękowymi uważa się terapię w nurcie poznawczo-behawioralnym (CBT). Jej ważnym elementem jest restrukturyzacja poznawcza - rozpoznawanie, analiza i zmiana negatywnych, irracjonalnych myśli, które wywołują

i/lub wzmacniają lęk. Popularne w terapii zaburzeń lękowych w tym nurcie są techniki ekspozycyjne - stopniowe narażanie na obiekty/sytuacje wywołujące lęk, w kontrolowanych warunkach, aby powoli się z nimi oswoić. Bywają dobrym rozwiązaniem dla osób z różnymi fobiami, OCD i zaburzeniem hipochondrycznym. Pomocne przy wszystkich zaburzeniach lękowych bywają też techniki relaksacyjne, takie jak ćwiczenia oddechowe, medytacja, joga, mindfulness, trening Jacobsona. W przypadku PTSD za wyjątkowo skuteczną uchodzi terapia EMDR (z ang. Eye Movement Desensitization and Reprocessing), polegająca na stymulacji ruchu oczu podczas przywoływania traumatycznych wspomnień. Osobom z zaburzeniami adaptacyjnymi oprócz CBT poleca się też terapię interpersonalną i terapię wsparcia. Osobom z fobią społeczną oprócz terapii pomagają trening asertywności.

Leczenie zaburzeń lękowych czasem wymaga korzystania z farmakoterapii, wyłącznie pod nadzorem lekarza psychiatry. Popularnymi lekami pierwszego wyboru są tzw. selektywne inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny, w skrócie zwane SSRI. W skrajnych przypadkach ostrego lęku można krótkoterminowo stosować benzodiazepiny. W ciężkich przypadkach OCD zdarza się też włączanie leków przeciwpyschotycznych w małych dawkach, jako dodatku do SSRI. Przeciwwskazaniem do stosowania długoterminowych leków jest krótkotrwałe utrzymywanie się objawów, np. w ASR.

Ważnym elementem leczenia zaburzeń lękowych są strategie samopomocy - sposoby radzenia sobie z lękiem, które można zastosować samodzielnie. Zaliczają się do nich wspomniane wcześniej techniki relaksacyjne, edukacja na temat zaburzenia, rozmowy z bliskimi lub grupą wsparcia. Osoby, które mogą liczyć na wsparcie rodziny i/lub przyjaciół lepiej rokoją w leczeniu, dlatego cierpiącym na zaburzenia lękowe zaleca się unikanie izolacji. Ważne jest też utrzymywanie zdrowego stylu życia, zwraca się na to uwagę zwłaszcza przy zaburzeniu z napadami paniki, GAD i OCD. Regularna aktywność fizyczna, zdrowa dieta, odpowiednia ilość snu i unikanie alkoholu i kofeiny, których działanie napędza lęk, wiele ułatwia w powrocie do zdrowia. Niekiedy zaleca się też tzw. unikanie unikania - samodzielne drobne próby oswojania się z sytuacjami wywołującymi lęk. Jest to jednak strategia zalecana w późniejszych fazach leczenia, gdy objawy nie są już tak ostre i świeże. Zwłaszcza w przypadku zaburzeń związanych z reakcją na stres jest to ryzykowne.

Bibliografia

American Psychiatric Association. (2013). Kryteria diagnostyczne z DSM-5: Desk reference. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Association. A.P., Force. A.P.A.D.5. T. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5., wyd. 5th ed, Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013, ISBN 978-0-89042-554-1, OCLC 830807378.

Beck, A. T., Davis, D. D., & Freeman, A. (2015). Terapia poznawcza zaburzeń osobowości zgodnie z DSM-5. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Bourne, E. J. (2011). Lęk i fobia: Praktyczny podręcznik dla osób z zaburzeniami lękowymi. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Carson, R. C., & Butcher, J. N. (2007). Diagnoza psychiatryczna: Praktyczny podręcznik dla klinicystów. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Craske, M. G., Stein, M. B. (2016). Anxiety, „The Lancet”, 388(10063), s. 3048–3059, DOI: 10.1016/S0140-6736(16)30381-6, PMID: 27349358.

First, M. B. (2018). DSM-5. Diagnostyka różnicowa. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Paris, J. (2017). DSM-5 bez tajemnic: Praktyczny przewodnik dla klinicystów. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Popiel, A., Pragłowska, E. Psychoterapia poznawczo-behawioralna – praktyka oparta na badaniach empirycznych, „Psychiatria w Klinice Praktycznej”, tom 2, numer 3, ISSN 1899-5071.

World Health Organization. (1992). Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10: Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne. Warszawa: Elsevier Urban & Partner.

Maria Wójcik,
Psycholog

Fundacja I Pójdiesz Dalej 12.01.2026