

Diagnostika a léčba úzkostných stavů – možnosti praktického lékaře

MUDr. Věra Vobořilová

Psychiatrická ambulance, Nemocnice Mariánské Lázně, s. r. o.

Úzkostné poruchy jsou skupinou psychických poruch, u kterých je úzkost dominantním příznakem. Vyznačují se záchvatovými nebo kontinuálně fluktuujícími stavy, při kterých se bez vazby na reálné nebezpečí objevují tělesné a psychické projevy úzkosti nebo strachu. Podle klasické evropské psychopatologie má strach svůj objekt (člověk ví, čeho se bojí), zatímco úzkost objekt nemá (člověk má pocit strachu, ale neví, čeho se bojí). Problém začíná tam, kde se úzkost či strach objevují příliš často, trvají příliš dlouho a jejich intenzita je vzhledem k situaci, která je spustila, příliš velká nebo se objevují v nepřiměřených situacích. V těchto případech negativně zasahují do života jedince, snižují kvalitu jeho života, omezují pracovní schopnost a narušují sociální vztahy.

Klíčová slova: úzkost, fobie, antidepressiva, anxiolytika, psychotherapie.

Diagnosis and treatment of anxiety disorders – focused on treatment by general practitioner

Anxiety disorders are a group of mental disorders in which anxiety is the dominant symptom. They are characterized by paroxysmal or continuously fluctuating states in which physical and mental symptoms of anxiety or fear occur without being linked to some real danger. According to classical european psychopathology, fear has its object (one knows what is afraid of), while anxiety does not have an object (one has a feeling of fear, but one does not know what is afraid of). The problem begins where anxiety or fear occurs too often, lasts too long, and the intensity is too large for the situation that triggered it, or they occur in inappropriate situations. In these cases, they adversely affect an individual's life, reduce his or her quality of life, limit his ability to work, and disrupt social relationships.

Key words: anxiety, phobia, antidepressants, anxiolytics, psychotherapy.

Epidemiologie

Pro primární péči je typické, že většina úzkostných pacientů nepřichází k lékaři pro úzkost samotnou, ale pro somatické příznaky, které úzkostnou poruchu doprovázejí, nebo domněle či skutečně vyvolávají. Praktický lékař by proto měl na možnost úzkostné poruchy vždy pomyslet a zhodnotit, jak velkou úlohu v obtížích pacienta může úzkost hrát a po vyloučení somatických příčin zavést odpovídající léčbu nebo pacienta doporučit ke specializované péči. Úzkostné poruchy jsou často poddiagnostikovány či nerozpoznány a tudíž nedostatečně léčeny.

Dle rozsáhlých populačních studií bylo zjištěno, že až 33,7 % populace v průběhu

života onemocní úzkostnou poruchou (1). Úzkostné poruchy mají často tendence k chronickému průběhu, ačkoliv se zvyšujícím se věkem nemocného pozorujeme poklesající klinické projevy nemoci. Úzkostné poruchy jsou v časté komorbiditě s jinými úzkostnými poruchami, depresivní poruchou a závislostmi na návykových látkách (2). Základní schéma vzniku úzkostných stavů ukazuje obr. 1.

Klasifikace úzkostných poruch podle MKN-10

Úzkost může „volně plynout“ bez omezení na zvláštní okolnosti, nebo se může projevit v záchvatech. Pokud se objeví náhle a bez zjevné příčiny, mluvíme o spontánní úzkosti.

Pokud se týká konkrétních situací, kterých se běžně lidé nebojí, hovoříme o fobii. Pokud se úzkost rozvine při očekávání ohrožující situace, mluvíme o anticipační úzkosti (tzv. „strach ze strachu“) (3, 4). Klasifikace úzkostných poruch viz tab. 1.

Diagnostický postup a vyšetření pacienta s úzkostí

Naprostá většina pacientů s úzkostnou poruchou nepřichází do ordinace praktického lékaře pro úzkost, ale pro somatické příznaky.

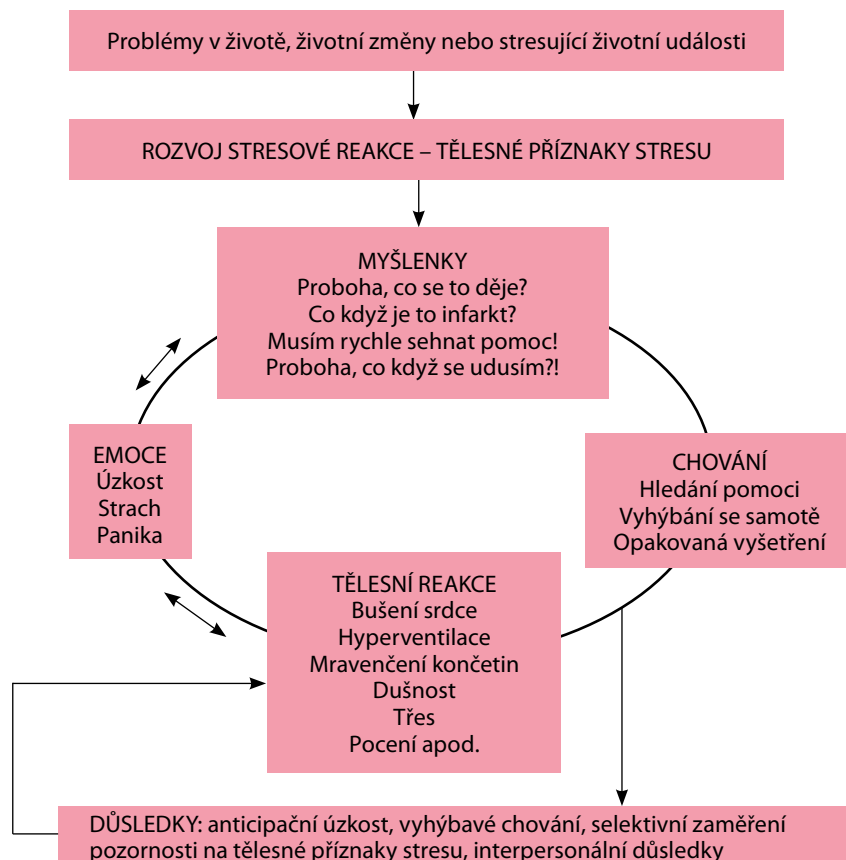
Anamnéza

■ Rodinná a osobní anamnéza zaměřená na psychiatrická onemocnění a léčbu.



KORESPONDENČNÍ ADRESA AUTORA: MUDr. Věra Vobořilová, vera.voborilova@neml.cz
Psychiatrická ambulance, Nemocnice Mariánské Lázně, s. r. o.
U Nemocnice 91/3, 353 01 Mariánské Lázně

Cit. zkr: Med. praxi 2021; 18(3): 190–196
Článek přijat redakcí: 29. 3. 2021
Článek přijat k publikaci: 23. 5. 2021

Obr. 1. Bludný kruh úzkostných příznaků

- Osobní anamnéza zaměřená na tělesná onemocnění spojená s úzkostnou symptomatologií.
- Anamnéza abúzu (alkohol, stimulační látky, kofein, kouření, hráčství).
- Farmakoterapie (užívá pacient léky na spání?, na „uklidnění“?, farmaka, která mohou vyvolávat úzkostné stavy).

Nynější onemocnění

- Typické situace, které vyvolávají úzkost nebo strach.
- Charakter úzkostných stavů (atak); kdy, kde, jak, s kým a s kým nikoliv se úzkostné projevy objevují, čeho se nejvíce obává, jaké tělesné reakce se objevují, jak se přitom chová, jak reaguje na druhé lidi; jaká jsou typická témata (obsahy) úzkostných myšlenek nebo strachů.
- Čemu se díky úzkostným příznakům vyhýbá (např. cestování, mluvení s cizím člověkem apod.) a jak se proti úzkosti zabezpečuje (např. nosí s sebou alprazolam, láhev s pitím, igelitový sáček apod.), zda se naučil nějaké strategie, jak si sám pomoci.

- Jaké jsou projevy anticipační úzkosti.
- Co stavy úzkosti, strach, obavy a starosti modifikuje (aktivity, léky, menstruace, přítomnost druhých osob apod.).
- Jak je to s užíváním kofeinových nápojů, silného čaje, jaké užívá léky (např. antiastmatika).
- V čem ho úzkostné stavy, strach, obavy, starosti a úzkostnost omezují v životě (pracovně, v rodinném životě, ve volném čase).

Základní fyzikální vyšetření pacienta s úzkostí

Úzkostnými příznaky se může již od počátečních stadií projevovat řada nemocí: epilepsie, cévní mozkové příhody, Parkinsonova choroba, roztroušená skleróza, bolesti hlavy, neuroborrelióza, nádorová onemocnění, angina pectoris, srdeční arytmie, srdeční selhání, infarkt myokardu, prolaps mitrální chlopně, astmatické záchvaty, chronická obstrukční bronchopulmonální choroba, hyperventilační syndrom, hypoxické stavy, některé metabolické a endokrinní poruchy, malnutrice, chronická bolest, vertebrogenní bolest apod. U některých žen může přinést řadu úzkost-

ných a depresivních příznaků menopauza. Při podezření na organické poškození mozku je nutné doplnění neurologického vyšetření (5).

Diferenciální diagnóza úzkostných poruch

Příznaky úzkosti se může projevovat celá řada psychických onemocnění.

- **Deprese:** V průběhu depresivní epizody se může objevit nadměrný strach z určitých konkrétních objektů, je však založen na depresivním přesvědčení, že postižený není schopen situaci zvládnout.
- **Psychotické poruchy:** Počáteční stadia psychotického onemocnění se mohou projevovat úzkostně depresivní symptomatologií. Proto musíme vždy pátrat po specifických psychotických příznacích, na které si pacient nemusí spontánně stěžovat. Při úzkostné poruše má postižený náhled a vždy si uvědomuje, že jeho strachy jsou přehnané nebo nesmyslné.
- **Závislosti:** Dlouhodobý abúzus návykových látek může vést k úzkostně depresivní symptomatologii, rovněž se mohou úzkostné příznaky objevit v rámci syndromu z vysazení. U pacientů s úzkostnou poruchou může dojít druhotně k rozvoji závislosti, když se snaží „samoléčbou“ zmírnit příznaky pitím alkoholu nebo užíváním benzodiazepinových preparátů.
- **Obsedantně-kompulzivní porucha:** Může se projevit nadměrným strachem a vyhýbáním se situacím nebo místům s možností nákazy. Ovšem kromě vyhýbavého chování a obavy z některých míst a situací se objevují typické obsese a kompulze.
- **Následky po traumatu:** Důsledkem traumatické události může dojít u zranitelných jedinců k rozvoji poruchy adaptace. Relativně nenápadná anamnéza až do události prožitku traumatu u adaptačních poruch svědčí spíše pro reaktivní stav.
- **Posttraumatická stresová porucha (PTSD):** Projevuje se vyhýbáním situacím a předmětům připomínajícím trauma; kromě zjevné souvislosti s traumatickou událostí se objevují další typické příznaky PTSD, jako jsou flashbacky a noční můry.

Tab. 1. Úzkostné poruchy – typy, nejčastější symptomy

Panická porucha (F410)	- náhlé, opakované epizody masivní úzkosti (paniky), nejsou omezeny na žádnou určitou situaci, a pacient je neumí předvídat - rozvoj intenzivního strachu, že se něco hrozného přihodí, že se postižený zblázní, že umírá, či pocit ztráty kontroly - řada intenzivních tělesných příznaků: bušení srdce, sevření či bolest na hrudi, pocity dušení, závratě a pocity neskutečnosti (depersonalizace, derealizace) - ataky většinou trvají 5–20 minut (výjimečně déle), po záchvatu někdy přetrvává třes, napětí, únava, uvolnění či letargie
Generalizovaná úzkostná porucha (F411)	- nadměrné zaobírání se starostmi a stresujícími myšlenkami, týkajícími se často běžných každodenních starostí, obav o zdraví svoje i rodiny, obav o finanční záležitosti, strachu ze selhání v práci, obav z budoucnosti - toto vede k úzkostnosti, únavě a nepříjemným tělesným pocitům - příznaky se objevují nenápadně a pozvolna, bývají velice pestré
Smišená úzkostně depresivní porucha (F412)	- kombinace úzkosti s příznaky deprese, nicméně ani příznaků deprese ani příznaků úzkosti není tolik, aby zdůvodňovaly diagnózu depresivní poruchy či některé z úzkostných poruch - typická je trvalá nebo vracející se dysforická nálada, obtížná koncentrace nebo pocit „prázdná v hlavě“, obtíže s usínáním nebo udržením spánku, neklidný spánek, pocit únavy, nedostatek energie, podrážděnost, nadměrná ostražitost, tendence k plačtivosti po nepatrných podnětech, pesimistická očekávání do budoucna, anticipace horšího, nízké sebevědomí nebo pocity méněcennosti - často podceňována, nedostatečně léčena
Agorafobie (F400)	- strach z otevřených prostranství, z přeplněných míst, z opuštění domova, z obchodů, cestování dopravními prostředky, z jízdy výtahem, z uzavřených prostor apod. - úzkost je vyvolána jak přítomností fobického podnětu, tak vzdálením se z místa bezpečí - podstatou je strach z panického záchvatu v situaci, ve které není dostupná pomoc či ze které je obtížné se vzdálit - možnost rozvoje vyhýbavého chování až do maximální sociální izolace postiženého jedince
Sociální fobie (F401)	- strach a vyhýbání se situacím, v nichž může být člověk pozorován a posuzován jinými lidmi - postižený má strach z kontaktu s jinými lidmi, obává se, že ho nepřijmou, že před ním nepodá očekávaný výkon, že si všimnou jeho potíží - možné formy fobie: strach ze setkání s neznámými lidmi, mluvení na veřejnosti, jedení a pití před lidmi, psaní před druhými apod. - anticipační úzkost, která často vede k vyhýbavému chování a následnému celkovému životnímu omezení
Specifické fobie (F402)	- nepřiměřený strach z určitého konkrétního objektu nebo situace - postižený netrpí příznaky úzkosti, pokud se nesetká nebo se neobává setkání s fobickým podnětem - postižený si je vědom iracionality strachu - nejčastější specifické fobie: fobie ze zvířat, zvláště ze psů, hadů, hmyzu a myši - další běžné fobie: klaustrofobie (strach z uzavřených prostor), akrofobie (strach z výšek)

- Poruchy příjmu potravy:** Vyhýbání se jídlu může někdy zpočátku imponovat jako úzkostná porucha, zejména pak specifická fobie.
- Jiné psychické poruchy:** U dalších psychických poruch, jako jsou somatoformní poruchy, poruchy spánku, sexuální dysfunkce se mohou objevovat příznaky úzkosti, nicméně intenzita dalších specifických příznaků je vyšší.

- antipsychotika
- estrogeny
- inzulin
- levodopa
- protizánětlivé nesteroidní látky
- steroidy
- stimulancia (kofein, amfetamin, kokain)
- sympatomimetika (efedrin, teofylin)
- tyreoidální hormony

Léčba

Edukace pacienta

Léčbu zahajujeme edukací. Pacient potřebuje získat jednoduché a přitom adekvátní informace o tom, co se s ním děje – edukace o psychické poruše. V druhém kroku se potřebuje dozvědět, jakým způsobem se bude léčit – edukace o léčbě.

Nejčastější farmaka spojená s úzkostnou symptomatologií

- anestetika, analgetika
- antihypertenziva (methyldopa, betablokátory)
- antibiotika
- anticholinergní léky (atropin, antiarytmika, myorelaxancia, antiepileptika)

Terapeutické možnosti úzkostných poruch – všeobecné zásady

Úzkostné poruchy lze léčit jak psycho-terapeuticky (individuální, skupinová, kognitivně behaviorální terapie), tak farmakoterapeuticky (antidepresiva, anxiolytika) (6). Optimální je kombinace obou metod. Psychofarmaka zpravidla působí dříve. Psychoterapie je náročnější, její výsledek je však trvalejší.

Léčba lehčích forem úzkostných poruch může být vedena psycho-terapeuticky nebo farmakoterapeuticky, přednost by však měla mít psychoterapie, pokud je dostupná. Z dlouhodobého hlediska je vhodnější psychoterapie. Pacient ji však může odmítnout nebo systematická psychoterapie pro něj nemusí být dostupná (v okolí není vycvičený terapeut) nebo vhodná (např. při intelektové nedostatečnosti).

Od počátku je třeba vytvořit dohodu o léčbě, cílech léčby a léčebném plánu. Cíle léčby by měly explicitně směřovat k fungování v práci a v rodině, a nikoliv jen k odstranění příznaků. V počáteční fázi léčby je nejdůležitějším úkolem kontrolovat příznaky. Než je tohoto cíle dosaženo, může proběhnout 2–6 měsíců léčby. Proto je potřebné pacienta posilovat v trpělivosti, vysvětlit mu, že příznaky budou odeznívat pozvolna a že je potřebné, aby i v průběhu léčby pozvolna zvyšoval nároky na sebe. Cílem není úplné odstranění příznaků, ale kvalitní fungování v životě.

Postoj k psychofarmakům je potřebné důkladně probrat a uvést na pravou míru mýty o psychofarmacích, kterými trpí jak pacient, tak jeho příbuzní, jinak hrozí, že pacient nebude předepsané léky užívat. Dále je potřebné vysvětlit, za jak dlouho může pacient očekávat, že se účinek medikace objeví a jaké se mohou objevit vedlejší účinky, eventuálně co s nimi má dělat. Je třeba počítat s tím, že pacient si zpravidla přečte příbalový leták, kde jsou uvedeny i nejvýznamnější vedlejší účinky, a že vzhledem k úzkostné poruše má větší pravděpodobnost je prožít nebo vnímat intenzivněji. Součástí léčby jsou také režimová opatření, aktivní relaxace, dostatek spánku, zvýšení fyzické aktivity, a v neposlední řadě i omezení příjmu kofeinu.

Farmakoterapie

Zásady farmakoterapie

Vzhledem k tomu, že úzkostné poruchy vesměs mívají chronický průběh, léčba anxiolytiky benzodiazepinové řady (alprazolam, clonazepam, bromazepam, diazepam, oxazepam, chlordiazepoxid a další) není vhodná, protože na ně snadno vzniká tolerance a závislost.

Výhodnější je podávání nebenzodiazepinových anxiolytik (hydroxyzin, buspiron) nebo antidepresiv (paroxetin, citalopram, escitalopram, sertralin, fluoxetin, fluvoxamin, imipramin, clomipramin, venlafaxin, moklobemid).

Novinkou na českém trhu je léčivý přípravek s obsahem silice z levandule, který se užívá k léčbě přechodných úzkostných poruch. U mírných úzkostných stavů lze využít i efektu některých rostlinných extraktů s anxiolytickým účinkem (kozlíkový, meduňkový, mátový).

Platí zásada začínat nízkou dávkou antidepresiva (zpravidla poloviční, než je uvedena na příbalovém letáku), až pak

po jednom až dvou týdnech dávku zvýšit. Důvodem je zvýšená citlivost pacientů s úzkostnými poruchami na nežádoucí účinky léků (zejména pacienti s panickou poruchou a generalizovanou úzkostnou poruchou).

Vzhledem k opožděnému nástupu účinku SSRI antidepresiv (SSRI – selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu) **a jejich iniciální aktivaci 5HT₂ receptorů, která může paradoxně vést k dočasnému zhoršení anxiозity, je u pacienta s akutními příznaky úzkosti výhodné začít léčbu kombinací benzodiazepinu s SSRI** a upozornit na to, že benzodiazepin bude vysazen po několika týdnech, když začne působit SSRI. Základní zásady farmakoterapie úzkostných poruch v primární péči shrnuje tab. 2.

Výběr léku

První volbou u úzkostných poruch jsou SSRI. Jedná se o skupinu léků, které kromě vysoké účinnosti mají minimum vedlejších účinků, jsou relativně bezpečné, nejsou kar-

diotoxické, lze je podávat i seniorské populaci, nemají potenciál k rozvoji závislosti a dají se podávat v jedné denní dávce.

Dávkování a délka farmakoterapie

Léčba úzkostných poruch bývá zpravidla dlouhodobá. Je důležité podávat **na počátku velmi nízkou dávku**, tj. u paroxetinu, citalopramu nebo fluoxetinu 10 mg (u fluoxetinu jsou doporučovány ještě nižší dávky, tj. 2,5 mg), u escitalopramu 5 mg, u sertralinu a fluvoxaminu 25 mg; u clomipraminu a imipraminu 10 mg. **Po týdnů až dvou** je možné velmi **pomalů titrovat** na plnou dávku léku. První známky zlepšení po léčbě se neobjevují dříve než za 3 až 6 týdnů. **Ústup potíží bývá pomalý**, u většiny pacientů trvá 8–12 týdnů. Pokud pacient zareaguje jen částečně na základní dávku během 4–6 týdnů, je vhodné postoupit na maximální dávku a s ní vytrvat alespoň 2 týdny. Po ústupu příznaků je vhodné **pokračovat v léčbě alespoň 12–18 měsíců**. Vysazování antidepresiv je zpravidla postupné, trvá nejméně měsíc. Pokud se

INZERCE

Tab. 2. Základní zásady farmakoterapie úzkostných poruch v primární péči

Látka	Terapeutická dávka v mg	Počáteční dávka u úzkostných poruch v mg	Obvyklé dávkování
SSRI			
paroxetin	10–60	10	1-0-0
citalopram	20–40	10	1-0-0
escitalopram	10–20	5	1-0-0
sertralin	25–200	25	1-0-0
fluoxetin	10–80	10	1-0-0
fluvoxamin	100–300	50	0-0-1
Tricyklická antidepresiva			
imipramin	100–300	10–25	1-0-0
clomipramin	100–250	12,5–25	1-0-0
SNRI			
venlafaxin*	75–375	37,5	1-0-0
SARI			
trazodon	75–300	25	0-0-1
RIMA			
moklobemid	300–600	150	1-0-1
Jiné látky			
buspiron	15–60	5	1-1-1
hydroxyzin	25–100	12,5	1-1-1
promethazin	25–50	12,5	1-0-1
gabapentin*	900–3 600	300	1-1-1
pregabalin*	150–600	75	1-0-1
levandulová sílice	80	80	0-0-1
Benzodiazepiny			
alprazolam	2–6	0,25–0,5	1-1-1
bromazepam	3–9	0,75	1-0-1
clonazepam	1–5	0,5	1-1-1
diazepam	5–60	2,5	1-0-1
oxazepam	10–30	5	1-1-1

*preskripční omezení PSY, NEU

Tab. 3. Přehled, výhody a nevýhody protiúzkostných léků s povolenou preskripcí VPL

Skupina	Výhody	Nevýhody
SSRI	- dobře tolerovaná - bezpečnost při předávkování - minimální přírůstek na váze - podávání jednou denně - antidepresivní účinek	- iniciální aktivace 5HT₂ receptorů (dočasné zhoršení afektivní tenze nebo anxiózy) - iniciální nauzea, výjimečně zvracení - bolesti hlavy - astenie - insomnie - sexuální dysfunkce
Benzodiazepiny	- rychlý nástup - redukce anticipační úzkosti - dobrá snášenlivost - široké terapeutické rozpětí - bez iniciální aktivace - relativně bezpečné při předávkování	- sedace - problémy s pamětí - příznaky z vysazení - návykový potenciál - zkřížená tolerance s alkoholem - nevhodné u anamnézy závislosti, poruch osobnosti
Tricyklická antidepresiva	- podávání jednou denně - antidepresivní účinek - dlouholeté zkušenosti	- iniciální aktivace - anticholinergní vedlejší účinky - přírůstek na váze - ortostatická hypotenze - nebezpečné při předávkování - sexuální dysfunkce
RIMA	- minimální vedlejší účinky a dobrá snášenlivost - chybí iniciální aktivace	- pravděpodobně nižší efektivita - opožděný počátek účinku
Levandulová sílice	minimum vedlejších účinků	efekt lze očekávat u mírných poruch

však příznaky objeví znovu, je na místě se k lékům vrátit a v terapii pokračovat. Přehled o jednotlivých typech protiúzkostných léků je ukázán v tab. 3.

■ Nejvhodnější volbou jsou antidepresiva, a to zejména skupiny SSRI – paroxetin, citalopram, escitalopram, sertralin, fluoxetin, fluvoxamin.

- Začínat nízkou dávkou – počáteční nežádoucí účinky může pacient hůře tolerovat a být více úzkostný – edukovat.
- Účinek se dostavuje za 3–12 týdnů – nutno o tomto pacienta edukovat.
- Podávat dostatečně dlouhou dobu: 12–18 měsíců udržovací léčba.
- Před vysazením postupně snižovat dávku, vysazovat minimálně 1 měsíc.
- Anxiolytika typu BZD (benzodiazepiny) jen na přechodnou dobu – vysadit do 8–16 týdnů, jinak hrozí závislost (méně u generalizované úzkostné poruchy).
- Kombinace anxiolytika s antidepresivem krátkodobě – než začne působit antidepresivum.

Riziko vzniku závislosti na medikaci

Závislost u antidepresiv a nebenzodiazepinových anxiolytik nevzniká. Benzodiazepinová anxiolytika by se však vzhledem k riziku závislosti neměla podávat déle než 2–4 měsíce a obecně je lepší se jejich dlouhodobému užívání vyhnout. Jejich vysazování musí být pomalé, o 1/8 dávky za týden.

Kdy ukončit farmakoterapii

Trvající remise ve všech pěti dimenzích 12–18 měsíců.

Pět dimenzí pro stanovení plné remise:

- úzkostné stavy (panika, obavy, starosti, reminiscence, obsese a kompulze atd.),
- anticipační úzkost,
- vyhýbavé chování,
- postižené role (pracovní/rodinné/společenské),
- celkové zdraví.

Pacient by se měl nacházet v tzv. stabilní životní situaci a cítit se připraven.

Kdy změnit medikaci

- Netolerance léku.
- Rezistence na léčbu nebo ztráta účinnosti léku.
- Pokud po 6 týdnech není žádný efekt, zvažujeme výměnu léku. Faktory, které vedou k perzistenci příznaků, se velmi často týkají komorbidní symptomatologie. Často je to u komorbidní s depresí, další úzkostnou poruchou, těžkou agorafobií, poruchou osobnosti. Dalším

důvodem může být abúzus návykových látek. Vždy se musíme zamyslet, jde-li o pravou rezistenci, nebo jen léčba nepokračuje, jak by měla. Kontrolujeme, zda jsme použili dostatečnou dávku léku po dostatečně dlouhou dobu a zda je pacient doopravdy užívá.

- V případě čisté rezistence na lék je možné lék zaměnit nebo je možné pracovat s kombinacemi léků.

Změna léku

O účinnosti změny léčby chybí u jednotlivých úzkostných poruch kontrolované studie. Pokud vezmeme v úvahu údaje u depresivní poruchy, zdá se, že pokud je jedno SSRI málo účinné, druhé účinné být může. Zda tento princip platí také u jednotlivých úzkostných poruch, nevíme. Alternativním přístupem však může být přechod na lék jiné skupiny, tj. některé z novějších antidepresiv, jako je venlafaxin, bupropion, či trazodon či některé z tricyklických antidepresiv. Na přechodné

užívání můžeme využít některý z benzodiazepinů, např. vysoce potentní benzodiazepin alprazolam či clonazepam. Počáteční dávka alprazolamu bývá mezi 0,75–1,5 mg na den a u clonazepamu 0,25–1,5 mg na den v rozdělených dávkách a během týdne může být titrována na efektivní dávku, která vede ke kontrole nad úzkostnou symptomatologií či záchvaty paniky (mezi 3–4 mg alprazolamu nebo 1–2 mg clonazepamu na den). V tomto kroku je vždy potřebné zvážit kognitivně-behaviorální terapii (KBT), pokud nebyla již paralelně použita.

Augmentace léčby

Dostatečná empirická data, která by nám pomohla v rozhodnutí, zda změnit lék nebo provádět augmentaci, nejsou u úzkostných poruch k dispozici. Doporučení se různí, některá říkají, že lék měníme v případě, že pacient na předchozí léčbu nereagoval do 6 týdnů žádným zlepšením, zatímco k augmentaci přistupujeme, když se zlepšil, ale

zlepšení po 12 týdnech léčby není dostatečné. Měřítka, co je a co není dostatečné, není dáno. **Augmentační strategie patří do rukou zkušeného specialisty.**

Kombinační léčba

U velmi rezistentních pacientů je indikována kombinace SSRI s tricyklickými antidepresivy (musíme plně zvážit možné interakce mezi léky a potenciaci nežádoucích účinků), nebo je možno zkusit kombinaci se stabilizátorem nálady. **Kombinační léčba patří do rukou zkušeného specialisty.**

Léčba pacienta s komorbiditou

Léčebně nejsložitější komorbiditou bývá závislost na návykových látkách anebo alkoholu. Všeobecně závislost, byť vznikla druhotně, se stává základním problémem a měla by být léčena jako první. Až po dosažení abstinence je možná přiměřená léčba panické poruchy. Obtížná bývá komorbidita s depresí, protože deprese většinou pacien-

ta demotivuje k provádění expoziční léčby. Navíc komorbidní deprese výrazně zvyšuje riziko suicidia. Při komorbiditě s depresí je vždy na místě farmakoterapie. Komorbidita s poruchou osobnosti může znamenat obtíže a někdy i rezistenci v léčbě, při této komorbiditě je vždy lepší se vyhnout benzodiazepinům. Naproti tomu antidepresiva kromě úzkosti mohou ovlivnit i impulzivitu, a tak mohou velmi dobře pomoci.

Léčba pacienta s poruchou spánku

Úzkostná porucha často vede k poruše spánku. Chceme-li se vyhnout hypnotikům, můžeme zkusit trazodon – antidepresivum typu SARI (serotoninoví antagonisté a inhibitory zpětného vychytávání serotoninu). Trazodon není sice pro úzkostné poruchy registrován, ale v dávce 50 mg večer může nahradit hypnotikum. Kombinace trazodonu v dávce do 150 mg s SSRI je vzhledem k jeho farmakodynamice výhodná, vyšší dávky trazodonu v kombinaci se SSRI však znamenají vyšší riziko rozvoje serotoninového syndromu.

Psychoterapie úzkostných poruch

Psychoterapie je srovnatelně účinná s farmakoterapií v léčbě akutních stavů, po ukončení léčby je však její efekt trvalejší než u farmakoterapie. Je limitována především dostupností a větší časovou náročností. Akutní intenzivní psychoterapie trvá 6–12 týdnů; záleží na frekvenci setkání. Psychoterapie pou-

žívá různé přístupy. Největší zkušenosti jsou s následujícími přístupy:

Dynamická psychoterapie a psychoanalýza

Psychoanalytický přístup je založen na předpokladu, že aktuálně přítomné chování, emoce a vztahové vzorce jsou hluboce ovlivněny minulými zkušenostmi, nejvíce z raného období života daného jedince.

Skupinová psychoterapie

Základní idea skupinové psychoterapie vychází z předpokladu, že léčené problémy vznikly v malých přirozených skupinách, jako jsou rodina, školní třída nebo pracovní kolektiv, které mohou formovat nebo deformovat psychiku a chování člověka. V terapeutické skupině je možné tyto poruchy diagnostikovat a léčebně korigovat. Člen skupiny se učí porozumět způsobům, jak si tvoří svoje vztahy na základě konfrontací s členy skupiny a interpretace skupiny. Náhled znamená pochopení, čím jsou jeho vztahy podmíněny, odkud pochází jeho vztahové vzorce a jak se projevují v chování k druhým, případně jak je prožívají druzí.

Kognitivně behaviorální terapie

Nejvíce výzkumně ověřeným směrem, používaným pro léčbu většiny úzkostných poruch, je kognitivně behaviorální terapie (KBT). KBT je založena na principech teorie učení; jak se člověk v průběhu života naučil být úzkostným, tak se může naučit být k úz-

kosti odolným. KBT má daný jasný program jednotlivých kroků, který je do značné míry přizpůsoben individualitě každého pacienta. Podle logického plánu se pacient postupně učí dovednostem, jak zvládat své epizody obav a starostí, panické záchvaty, fobické vyhýbavé chování, jak zmírnit úzkost, naučit se dobře komunikovat, i jak efektivně řešit životní problémy.

Souhrn

Úzkostné poruchy se vyskytují velmi často v praxi praktického lékaře, většina nemocných navštíví praktického lékaře jako prvního odborníka. Výskyt v populaci je vysoký, v průběhu života onemocní úzkostnou poruchou cca každý třetí člověk. Vysoké procento poruch není diagnostikováno a následně léčeno. Častý bývá společný výskyt úzkostných a depresivních poruch, tato komorbidita zvyšuje riziko chronického průběhu a v krajních případech i suicidálního chování. Úzkostné poruchy bývají provázány sociální dysfunkcí pacienta a obecně vyšší spotřebou zdravotní péče. Mají tendence k recidivitě, chronicitě, bývají častou příčinou pracovní neschopnosti, někdy i invalidizace a případné suicidality. Včasná farmakologická intervence je důležitá pro prognózu a přitom dostupná i pro praktického lékaře. Léčbou první volby při farmakoterapii úzkostných poruch jsou antidepresiva typu SSRI, nikoliv BZD. U SSRI očekáváme počátek efektu za 2–3 týdny, mají dobrou snášenlivost i u somaticky nemocných, málo interakcí, nízký výskyt nežádoucích účinků, chybí zde riziko vzniku závislosti.

LITERATURA

1. Thibaut F. Anxiety disorders: a review of current literature. *Dialogues Clin. Neurosci.* 2017 Jun; 19(2): 87–88.
2. Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. Bandelow B, Michaelis S. *Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. Dialogues Clin. Neurosci.* 2015 Sep; 17(3): 327–335.
3. Vobořilová V, Červený R. Doporučené diagnostické a tera-

peutické postupy pro všeobecné praktické lékaře. Úzkostné poruchy. Novelizace 2018. CDP PL, Praha.

4. Praško J. Úzkostné poruchy. In: Praško J a kol. *Klinická psychiatrie*. Tigris 2011: 310–336.
5. Anders M, Seifertová D, Herman E. Psychiatrické vyšetření v somatických oborech. In: Herman E a kol. *Konziliární psychiatrie*. Medical Tribune CZ, Galén Praha 2007: 294–317, 378–392.

6. Nawka A, Fiala O. Úzkostné poruchy. In: Uhrová T, Roth J a kol. *Neuropsychiatrie*. Maxdorf Jessenius Praha. 2020: 419–429.

7. Seifertová D, Praško J, Horáček J a kol. Postupy v léčbě psychických poruch. *Algoritmy České neuropsychofarmakologické společnosti*. Praha: Academia Medica Pragensis, ČNPS, Medical Tribune CZ 2008.