



ACADEMY 17. 09. 2014

Úzkostná porucha

Úzkost je nepříjemný emoční stav, který představuje strach z neznámého. Její příčinu nelze přesně definovat. Úzkost je doprovázena nepříjemnými...

Úzkostné poruchy jsou jedny z nejčastějších duševních onemocnění. Postihují čtvrtinu populace vyspělých zemí. Chorobný úzkostný stav neboli **anxieta** je odvozen od latinského **anxius** (úzkostný). Jedná se o psychický stav zahrnující nadměrný pocit ohrožení, nervozity, obav či znepokojení. V minulosti byly úzkostné poruchy označovány jako **neurózy**. Kromě úzkostných poruch, kdy se nemocní bojí něčeho neznámého, se k nim řadí i **fobie**, strach vázaný na konkrétní situaci či věc.

Co je to úzkost?

Úzkost je nepříjemný emoční stav, který představuje strach z neznámého. Její příčinu nelze přesně definovat. Úzkost je doprovázena nepříjemnými tělesnými příznaky. Úzkosti je blízký strach. Vzniká však jako odpověď na rozpoznané nebezpečí a trvá pouze po dobu jeho existence.

Za normálních okolností mají obě negativní emoce nezastupitelný ochranný význam. Fungují jako adaptační mechanismus, který vybízí organismus, aby se vyhýbal nebezpečným situacím nebo se na ně alespoň připravoval. Jestliže vznikají v nepřiměřených situacích nebo jsou nadměrné intenzity a četnosti, jedná se o nemoc.

Druhy úzkosti

Úzkost se může rozvíjet zcela nečekaně jako **spontánní úzkost**. Pokud vzniká za určitých situací,

které lze předvídat, jedná se o **situační úzkost**. **Anticipační úzkost** se spouští při pouhé myšlence. Úzkost obrovské intenzity se označuje jako **panika** a může mít všechny tři výše zmíněné podoby.

Příčina úzkosti

Existuje spousta teorií, proč **úzkostné stavy** vznikají. Původně se předpokládalo, že úzkost má pouze psychologický podklad. Dnes se však ukazuje, že příčina úzkostných stavů je komplexní, roli hrají faktory genetické, výchovné, biologické či existenciální. Jejich složení určuje závažnost a druh úzkostné poruchy.

Příčina úzkosti bývá připisována konfliktům z raného dětství u osob, jejichž výchova byla přísná a omezující. Stresové situace vedou v dospělosti k odhalení těchto konfliktů, což se projeví strachem nebo úzkostí. Časté stresové zážitky a špatné rodinné zázemí v raném dětství způsobuje oslabení osobnosti dítěte a pozdější **rozvoj úzkostných stavů**.

K úzkostným poruchám může vést i nedostatečně pevná citová vazba s rodiči v dětství, kdy dočasné odloučení (při nástupu do školky, rozvodu rodičů,...) vedlo k rozvoji separační úzkosti.

Úzkost může být způsobena i nesprávným vyložením myšlenek a tělesných vjemů. Běžná reakce organismu je vnímána jako příznak ohrožení a způsobuje rozvoj strachu a úzkosti.

Existenciální teorie říká, že uvědomění si smrtelnosti života může způsobit vznik úzkosti. Bránit se člověk může hledáním smyslu života a jeho naplněním.

Úzkost a strach mají také genetický podklad. Dokazuje to několikanásobně vyšší výskyt v příbuzenstvu u osob trpících úzkostnou poruchou.

Co se děje v mozku při úzkosti?

Při úzkosti a záchvatech paniky bývá zvýšená hladina jednoho z typů chemických látek podílejících se na komunikaci nervových buněk – neurotransmiterů noradrenalinu a serotoninu. Bývá zvýšená aktivita nervových buněk v jednom z jader mozku kmene (locus coeruleus), kde se tyto substance ve vyšší míře vyskytují.

Novější teorie říká, že při úzkosti je snižena aktivita nebo nedostatečně působí další z chemických substancí γ -aminomáselná kyselina (GABA), neurotransmitter tlumící aktivitu nervových buněk. U osob s úzkostnou poruchou je GABA méně účinná nebo jsou produkovány látky, které ruší její funkci. Pomocí zobrazovacích metod se při úzkostných poruchách prokázalo nerovnovážné cévní zásobení mozkových center. Při panické atace jsou mozkové cévy zúžené a mozek se nedostatečně prokrvuje.

Příznaky úzkostné poruchy

Úzkost se projevuje psychickými a fyzickými (somatickými) příznaky. Úzkostný člověk se cítí neklidný, nervózní, má strach ze ztráty kontroly, „zešílení“. Pociťuje sevření hrdla, odtržení od okolního dění (derealizaci) a prožívání sebe sama (depersonalizaci). Má potíže s příjmem potravy či se spánkem, nemůže usnout, v noci či brzy ráno se budí. Na rozdíl od psychóz nedochází k výraznému narušení osobnosti a poruše vnímání reality.

Z tělesných příznaků dominuje bušení srdce, zrychlený pulz, pocení, třes a sucho v ústech. Všechny potíže jsou způsobené zvýšenou aktivitou vegetativního nervového systému. Dále se objevují návaly horka a chladu, závratě, mravenčení, znecitlivění a pocit na omdlení. Úzkostná osoba pociťuje nepříznivé příznaky v oblasti hrudníku jako je ztížené dýchání, pocit nedostatku vzduchu, zalykání a bolesti na hrudi. Často se připojuje pocit na zvracení (nauzea) a další potíže s trávením – nadýmání, nutkání na stolici, průjem nebo neurčité bolesti břicha.



Diagnostika úzkostné poruchy

Lidé trpící výraznou úzkostí jsou častými návštěvníky ordinací praktických lékařů. Jejich úzkostná porucha je často skryta za neurčitými tělesnými potížemi nebo různými onemocněními.

Panická porucha může imitovat poruchy funkce štítné žlázy, poruchy srdečního rytmu, srdeční infarkt, žlučnickové kameny, funkční poruchy trávení, migrénu a řadu dalších chorob. Přítomnost úzkostné poruchy je nutné odlišit od četných běžných starostí. Zásadní je narušení psychosociální adaptace, úzkostný člověk sám starosti nezvládá, a výrazné déle než 6 měsíců trvající potíže.

U nemocných s úzkostnou poruchou se provádí základní laboratorní vyšetření krve, tedy stanovení hladiny krevních iontů, hormonů štítné žlázy a srdečních markerů infarktu myokardu. Vhodné je natočit EKG a změřit krevní tlak. Podle potíže lékař ordinuje další vyšetřovací a zobrazovací metody – ultrazvuk srdce, břicha, rentgen, neurologické vyšetření atd. Kromě tělesných příznaků doprovázející úzkostné poruchy (přechodná vysoká srdeční frekvence a krevní tlak) nejsou objektivně zjištěny žádné patologické nálezy.

Praktický lékař může úzkostnou poruchu léčit sám, k psychoterapeutické léčbě však musí pacienta odeslat k psychologovi nebo psychoterapeutovi. Pokud není léčba dostačující, odesílá nemocného k psychiatrovi, lékař zabývající se psychickými poruchami.

Léčba úzkostných poruch

Léčba úzkostných poruch je založena kombinací psychoterapie a farmakologické medikace. Z psychoterapeutických metod se nejčastěji volí kognitivně-behaviorální terapie, která předpokládá změnu chování pomocí změny myšlení. Jejím úkolem je tedy změnit pohled dotyčného člověka na svět pomocí změny jeho myšlenkových postupů, názorů a postojů. Tím se snaží o zmírňování negativních psychických i tělesných (vegetativních) projevů úzkosti. Dále je snaha omezit vyhubé chování, které úzkostný člověk používá, aby rozvoji úzkosti v dané situaci zamezil.

Léky na snížení úzkosti se označují jako anxiolytika. Zpravidla se začíná anxiolytiky ze skupiny benzodiazepinů. Jsou vhodné k akutní léčbě, protože úzkost velmi rychle odstraní, ale po vysazení se zase vrátí. Proto je lepší současně užívat i antidepresiva, i když se u úzkostného nemocného neprojevují depresivní příznaky. Jejich účinnost je srovnatelná s benzodiazepiny, mají však pomalejší nástup účinku (až 5 týdnů), méně nežádoucích příznaků a nevzniká na ně závislost. Po nastoupení účinku antidepresiv se benzodiazepiny pomalu vysazují.

Benzodiazepiny nejsou vhodné k dlouhodobé léčbě, protože asi po čtyřech měsících na ně vzniká tolerance, takže klesá jejich účinek. Při delším užívání mohou narušit prostorovou představivost, schopnost učit se a vyjadřovat emoce nebo poškodit paměť. Současně způsobují vznik závislosti, naštěstí se nemusí zvyšovat jejich dávky.

Panická porucha

Pokud opakovaně vznikají záchvaty úzkosti obrovské intenzity bez přítomnosti ohrožující situace, jedná se o **panickou poruchu**. Epizody panické úzkosti se objevují náhle a nepředvídatelně. Skokově dosahují vysoké intenzity. Doprovází je tělesné příznaky, zejména bušení srdce, bolesti na hrudi, pocit dušnosti a závratě.

Průběh panické poruchy

Ataka paniky trvá 5 – 20 minut, maximálně 1 hodinu. Rozvíjí se z klidu během obvyklé denní činnosti. Může se objevit i několikrát denně a u téměř poloviny postižených se stává chronickou. Po několika atakách u dvou třetin může rozvinout agorafobie, strach z otevřeného prostranství. Neléčená panická porucha může vést k rozvoji depresivní poruchy, užívání návykových látek, včetně vzniku alkoholismu, pokusu i vykonání sebevraždy.

Kdy panická porucha vzniká?

Panická porucha postihuje až 4% dospělých, dvakrát častěji se objevuje u žen. Typicky začíná u mladých lidí, kteří měli stresové dětství, ve 3. dekádě života. První ataka může přijít v době krize, pokud dotyčného postihne vážná nehoda, smrt blízkého nebo závažná nemoc. Rizikovým obdobím je šestinedělí, kdy organismus ženy prodělává výrazné hormonální změny. Jako nebezpečné se považuje i užívání psychoaktivních látek jako je marihuana, kokain, LSD. Začátek poruchy může být spojen s vznikem poruchy funkce štítné žlázy, její zvýšenou či sníženou funkcí.

Léčba panické poruchy

Léčbu panické poruchy je třeba zahájit co nejdříve, aby nedošlo k fixaci obtíží a uložení vzorců chování do způsobu života dané osoby. V léčbě se využívá psychoterapie a užívání medikace.

Kognitivně-behaviorální terapie se při léčbě panické poruchy zaměřuje na ovlivnění vnímání některých nepříjemných podnětů (jako píchnutím hrudi, zvýšená frekvence dýchání, bušení srdce), aby nespustily sérii reakcí vyvolávající panickou ataku.

Při panické atace úzkost rychle a spolehlivě utlumí anxiolytika Frontin, Neurol, Xanax a Rivotril. K dlouhodobé léčbě se více hodí antidepresiva Citalec, Sertralin, Parolex, Prozac, Asentra, Zoloft, Elicea, Cipralex, Apo-moclob nebo Aurorix. Nemocní s úzkostnými poruchami bývají citlivější k vedlejším účinkům, proto je lepší zpočátku užívat nižší dávku, kterou pak podle efektu postupně zvyšovat.

Generalizovaná úzkostná porucha

Generalizovaná úzkostná porucha je chronické onemocnění vyznačující se dlouhodobou výraznou úzkostí a obavou z obecných situací. Nemocní jsou plačtiví, trpí nadměrnou starostlivostí o běžné životní události, žijí v očekávání špatných věcí, neumí odpočívat a relaxovat. Jsou nespokojení se svým životem, mají neustálé starosti a pocity beznaděje. Úzkost považují za svůj trvalý povahový rys a jsou přesvědčeni, že se nedá léčit. Současně trpí tělesnými obtížemi jako jsou bolesti hlavy a zad, nadměrné pocení, třes, svalové napětí nebo nespavost s obtížným usínáním.

Koho generalizovaná úzkostná porucha postihuje?

Onemocnění nejčastěji vzniká v rané dospělosti a jeho nástup je pozvolnější než u panické poruchy. Postihuje 5 - 9% populace, ženy onemocní dvakrát častěji. Celkový průběh je chronický, jen ojediněle dojde ke spontánnímu uzdravení. Velmi často je generalizovaná úzkostná porucha spojena s jinou duševní chorobou, depresí, fobií či nadužíváním alkoholu.

Léčba úzkostné poruchy

Léčba generalizované úzkostné poruchy obvykle probíhá ambulantně podle výše uvedeného schématu léky na snížení úzkosti - anxiolytiky a antidepresivy. Doplnuje ji nezbytná **psychoterapie**. Z anxiolytik se doporučují léky ze skupiny benzodiazepinů, zejména Neurol SR, Helex Retard a Xanax SR, jejichž forma s prodlouženými uvolňováním zaručí stabilní hladinu během celého dne. Vhodnějším anxiolytikem je Anxiron, který je dobře snášen, nedochází u něj ke snižování tolerance a rozvoji závislosti. Chronickou úzkost výborně tlumí anxiolytika s antihistaminovým účinkem (blokující účinek dalšího neurotransmiteru histaminu) jako Atarax.

Při generalizované úzkostné poruše se léky užívají dlouhodoběji, proto je lepší s anxiolytiky současně nasadit i antidepresiva. Užívají se stejná antidepresiva jako při panické poruše, tedy Citalec, Sertralin, Parolex, Prozac, Asentra, Zoloft, Elicea, Cipralex, Apo-moclob nebo Aurorix.

Psychoterapeutická léčba při kognitivně-behaviorální terapii se soustřeďuje na učení novým dovednostem a řešení problémů, plánování aktivit a relaxaci. Zatímco léky je možné po několika týdnech pomalu vysazovat, v psychoterapeutické podpoře je vhodné pokračovat.

Smíšená úzkostná depresivní porucha

Smíšená úzkostná depresivní porucha se dříve označovala jako **depresivní neuróza**. Jedná se o kombinaci úzkosti a deprese, která je mírnějšího charakteru, takže nedosahuje vlastních kritérií deprese ani úzkostné poruchy. Součástí onemocnění jsou stavy úzkosti, občasné panické ataky, strach z veřejných prostranství (agorafobie), deprese a poruchy spánku.

V léčbě platí stejné zásady jako u ostatních úzkostných poruch. Doporučuje se nasazení dobře snášeného antidepresiv a do doby nastoupaní jeho účinku krátkodobé užívání benzodiazepinů. Samozřejmě nesmí chybět psychoterapie s kognitivně-behaviorálním přístupem, která nemocného učí plánovat čas, řešit životní problémy a postupně se vystavovat obávaným situacím.

Prevence úzkostné poruchy

Přirozenou obranou proti úzkosti je vyhýbání se situacím, které v nás úzkost vyvolávají. Toto vyhýbavé chování však úzkostné potíže udržuje. Mnohem účinnější než úzkosti se vyhýbat je úzkosti čelit. Postupně se vystavujte situacím a věcem, jež ve vás úzkost vyvolávají. Navažte krátký oční kontakt se sousedem či spolupracovníkem, připravte si krátkou přednášku, vyjádření pro své kolegy v práci, projděte se po náměstí plném lidí.

Přivyknete si tak zvládat „ohrožující“ situace a úzkost při nich se postupně zmírní. Stejným způsobem v podstatě probíhá i kognitivně-behaviorální psychoterapie s tím rozdílem, že je vedena odborníkem.

Doporučení při úzkostné poruše

Jestliže se vám nedaří úzkost zmírnit redukcí vyhýbavého chování, neváhejte s návštěvou psychologa či psychoterapeuta, jež bude vaši léčbu vést.

Pokud vám byla **úzkostná porucha** diagnostikována, nechejte se léčit u psychologa či psychiatra. Předejdete tak zbytečným vyšetřením a hospitalizacím pro interní, neurologické a jiné choroby, které stejně neprokážou žádný organický původ.