

Úzkostné poruchy

Charakteristickým a hlavním příznakem těchto poruch je **patologicky zvýšená úzkost** nebo **strach**. Tyto příznaky jsou natolik závažné, že vedou k **výrazným obtížím** nebo k významnému **narušení** osobních, rodinných a sociálních **vztahů**, a **narušení uplatnění** v důležitých oblastech života (vzdělávání, zaměstnání a ostatních).

U ostatních neurotických poruch (OCD, somatoformní a disociativní poruchy) jsou dominantními závažnými příznaky již **patologické strategie** vytvořené sekundárně k **zamezení pocíťované úzkosti**.

Strach představuje reakci na vnímanou bezprostřední současnou hrozbu, zatímco **úzkost** je více zaměřená na budoucnost a týká se uvědomění si očekávaného ohrožení, má méně jasný objekt.

Agorafobie

Úzkostná porucha charakterizovaná **strachem z veřejnosti**, tedy z:

- **veřejných prostranství**
- **davů**
- **opuštění domova**
- **jízdy veřejnou dopravou**

- Výskyt **4-6% populace**
- Obvyklý nástup: okolo 30. roku života (jen vzácně v dětství a po 45. roku)
- **Etiopatogeneze**
 - Vliv genetických vloh
 - Evoluční význam ? (strach z otevřeného prostoru a vzdálení se domovu jako ochrana před napadením predátory)
 - Biologické projevy- dysregulace mediátorových systémů, zvýšená aktivita amygdaly, hyperreaktivita vegetativního systému
 - Analytické teorie
 - vlastní traumatický zážitek/sociální učení
 - Strach z opuštění, vyhýbavé rysy v osobnosti, narušené sebepojetí
 - Časná separace od rodiče v dětství
 - Sekundární zisky např. v podobě připoutání si druhého člověka

Silná úzkost se rozvíjí na veřejných v místech a situacích, ze kterých je obtížný (nebo ponižující) únik nebo je špatně dosažitelná pomoc v případě panické ataky, či obdobného stavu (kino, divadlo, obchodní centrum, koncert, letiště, atp.). Typické je vytváření si katastrofických myšlenkových scénářů před proběhnutím situace - *“Určitě omdlím”, “Nedostanu se rychle k pomoci a zemřu”*. V situaci i mírné úzkostné symptomy jsou hodnoceny přehnaně (*“ted’ omdlím”, “umírám”*) a mohou vést rozvoji až panické ataky, eventuálně poruchy.

Strach se dostavuje již před vystavením se situaci - jako tzv. **anticipační úzkost**.

Typické je vyhýbání se místům a situacím které můžou vyvolat úzkost (**vyhýbavé chování**), nebo požadování druhé blízké opěrné osoby jako doprovodu (**zabezpečovací chování**).

Léčba

- Zásadní význam má **psychoterapie** – nejvíce důkazů je pro KBT (kognitivně behaviorální terapii) s **expoziční** terapií
- Psychofarmakologie – léky mohou snižovat projevy a pocity úzkosti, nemírní však vyhýbavé chování
 - 1. volbou jsou antidepresiva typu **SSRI**

V těžké formě je Agorafobie silně **hendikepující** a má řadu **zdravotních a sociálních důsledků**:

- zanedbávání lékařských prohlídek, nevyhledání lékaře při obtížích, zanedbávání zdravého životního stylu, rozvoj sekundární deprese
- ztráta partnera, ztráta zaměstnání, neschopnost si vytvořit sociální kontakty, nemožnost naplnit svůj životní potenciál

Jedná se o chronické onemocnění s kolísajícím průběhem. U 50% pacientů přetrvávají symptomy v mírné podobě, u další velké části příznaky časem úplně vymizí a u 10 – 20 % pacientů příznaky nabývají na intenzitě a vedou k **invaliditě**

Časté psychiatrické komorbidity (až v 84% případů): deprese, jiné úzkostné poruchy (nejč. panická porucha, sociální fobie, OCD), poruchy osobnosti (např. vyhýbavá či závislá), závislost na návykových látkách.

Sociální fobie

Strach ze **sociálních situací**, tedy strach:

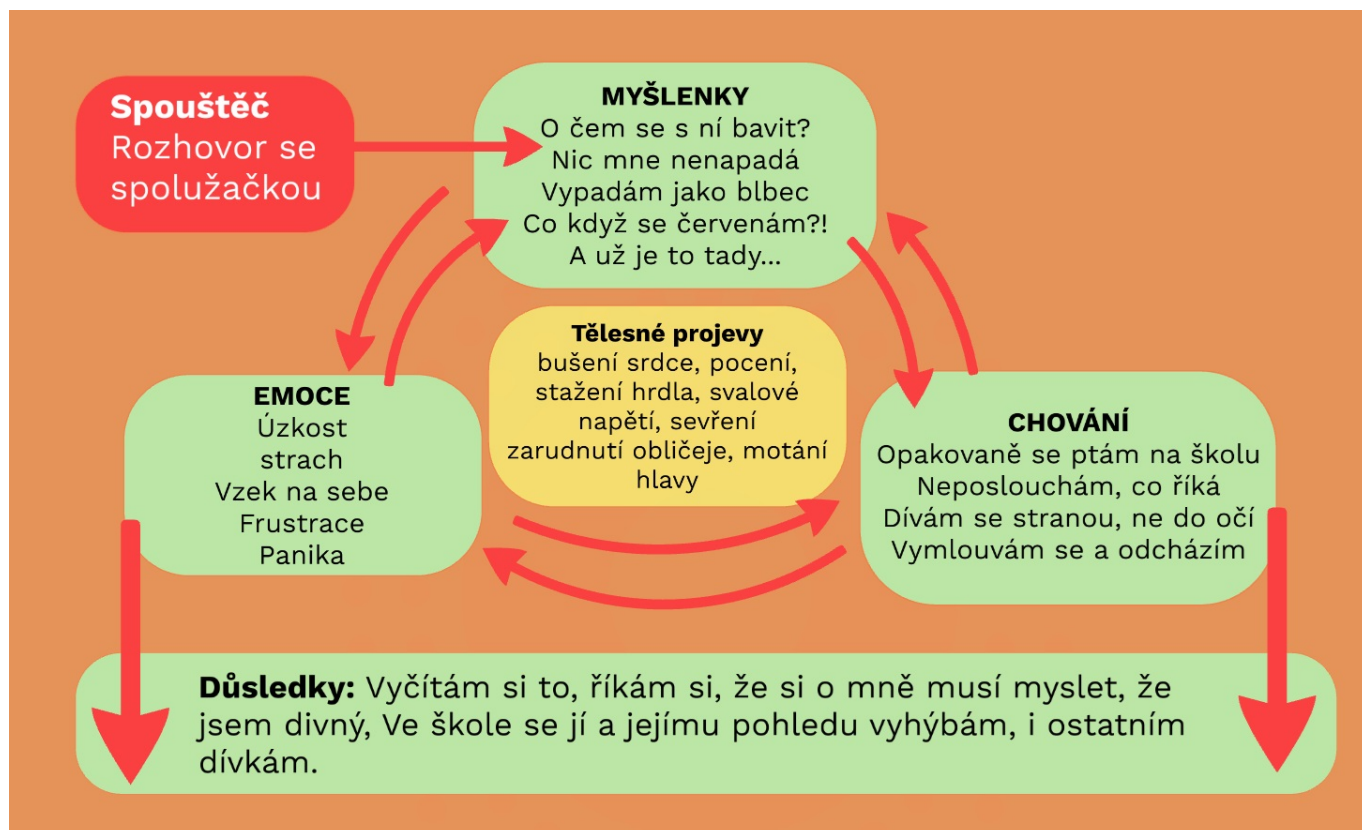
- **být středem pozornosti**
- **ze ztrapnění**
- **z ponížení na veřejnosti**
- **že ostatní uvidí úzkost dotyčného**

Vede k vyhýbání se sociálním situacím.

- **Výskyt 3-16% populace**
 - Široké rozmezí s různou intenzitou symptomů
 - Až 40% populace trpí sociální úzkostí s vyhýbáním se společenským situacím jako je vystupování na veřejnosti
 - Obvyklý nástup: **okolo 15 let**
- **Etiopatogeneze**
 - Genetika a biologické aspekty – obdobné jako u jiných úzkostných poruch
 - Psychoterapeutické teorie
 - dětství a výchova – perfekcionismus rodičů, hyperprotektivita při výchově
 - opakované zraňující zkušenosti v minulosti
 - sociální učení (maminka je úzkostná, kamarád je úzkostný etc..)
 - nedostatečná socializace dítěte a nedostatečné rozvinutí komunikačních a sociálních dovedností
 - nízké sebevědomí, neschopnost snášet kritiku

Při vystavení sociální situaci dochází k rozvoji úzkostné symptomatiky s vegetativními projevy (pocení rukou, zčervenání v obličeje, mdloby...) ale i se sníženou schopností soustředění, verbální produkce. Postižený si vytváří katastrofické scénáře, které nastanou poté, co se ztrapní nebo ho někdo poníží. Častý je strach z kontaktu s neznámými lidmi. Strach je již anticipační – před potenciální sociální situací a vede k vyhýbavému a zabezpečovacímu chování obdobně jako u agorafobie, což může v těžkých případech vést k vyřazení nemocného z jeho normálního života

Bludný kruh příznaků a následného vyhýbavého chování:





Kognitivně-behaviorální model sociální fobie



Časté komorbidity: deprese, závislost na alkoholu a BZD aj.

Léčba

- Z dlouhodobého hlediska má hlavní význam psychoterapie (zejména KBT), která může být podpořená medikací (nejčastěji antidepresiva **SSRI**) zejména v počátečních měsících terapie
- **KBT**
 - **expozice**
 - **kognitivní restrukturalizace** (dysfunkční postoje z dětství, které člověk převzal od rodinných příslušníků a výchovou -*schémata*- jsou testovány a hledají se nové adaptivnější postoje, propracování emočních stavů, které jsou se schémata propojeny /dopis rodičům, hraní rolí/)
 - **Nácvik sociálních dovedností**
 - neverbální chování
 - zahájené konverzace
 - naslouchání a podporování rozhovoru
 - ukončení konverzace
 - poskytnutí zpětné vazby
 - poskytnutí a přijetí pochvaly
 - požádání o laskavost
 - odmítnutí neoprávněného požadavku
 - reakce na odmítnutí
 - vyjádření kritiky
 - reakce na kritiku
 - asertivní vyjádřování
 - **Moritova terapie** (*vycházející ze zen buddhismu, v ČR propagovaná Stanislavem Kratochvílem*) - přijetí úzkosti: sociální úzkost je normální lidská emoce, která má sebeaktualizující význam, může být využita jako motivující faktor ke konstruktivní akci: přijmout pocity, zjistit cíl, udělat to, co je třeba. [Moritova terapie](#)
- Ve specifických případech sociální fobie (např. strach z veřejného vystupování) lze užívat **beta-blokátory** před vystavení sociální situaci (snižují vegetativní doprovod- potlačují sympatikus - třes, bušení srdce, tlak v břiše) např. propranolol nebo atenolol

Specifické fobie

Výskyt **strachu** z určité **konkrétní situace** nebo **objektu**.

- Jedna z nejčastěji se vyskytujících úzkostných poruch: **11% populace**
- Etiopatogeneze
 - Specifické fobie se považují za pozůstatek vymizelých reakcí, které byly kdysi účelné (strach z hadů, z výšek...)
 - Roli hraje genetická predispozice, sociální učení a podmiňování
- Klinický obraz:
 - výrazný, přehnaný, nesmyslný strach z určité situace nebo objektu
 - při expozici situaci/objektu se objevuje ochromující intenzivní úzkost s typickými tělesnými příznaky
 - vystupňovaná úzkost může přecházet až do stavu panické ataky

- Porucha obvykle začíná již v dětství nebo adolescenci

Příklady specifických fobií: **arachnofobie** (pavouci), ofidiofobie (hadi), **mysofobie** (špína), **akrofobie** (výšky)

Léčba

Metodovou volby je **KBT s expoziční terapií**

Generalizovaná úzkostná porucha

Příznaky **výrazné a nadměrné všeobecné úzkosti**, které přetrvávají po dobu nejméně **několika měsíců**, jsou přítomny **většinu dní**.

- projevují se:
 - všeobecnými obavami (tj. „volně plynoucí úzkost“)
 - **nadměrnou starostí o četné každodenní oblasti**, nejčastěji se týkající rodiny, zdraví, financí a školy nebo práce (často se mění v čase a skáčou z jedné oblasti na druhou)
 - dalšími příznaky
 - **svalové napětí** nebo motorický neklid
 - zvýšená **sympatická autonomní aktivita**
 - subjektivní **pocity nervozity**
 - **potíže udržet soustředění**
 - **podrážděnost nebo poruchy spánku**
- Výskyt **5% až 15%** populace
 - Porucha se může manifestovat kdykoliv během života, častější je začátek po 5. roku života
- **Etiopatogeneze**
 - Genetické vlivy
 - Psychosociální vlivy
 - V dětství: úmrtí/odchod rodiče, hyperprotektivita nebo naopak nedostatečná péče
 - Stresující životní události (rozvod, ovdovělost, nezaměstnanost...)
 - Osobnostní rysy (úzkostnost, neschopnost snášet kritiku, perfekcionismus, potřeba ujišťování, potřeba kontrolovat okolí)
 - V patogenezi se uplatňují změny neurotransmitterových systémů (Ser, Nor, GABA) a odlišné fungování mozkových struktur regulujících stresovou odpověď. Předpokládá se všeobecná zvýšená aktivace okruhu strachu se zvýšenou pozorností selektivně vyhledávat možné nebezpečí (ohrožení).

Postižený zveličuje obavy, vytváří si **katastrofické scénáře**, podceňuje vlastní schopnosti zvládnout problémy a životní výzvy. Je neustále ve stavu vnitřního napětí, **neumí se uvolnit a odpočívat**.

Potíže se paradoxně zhoršují, když ke člověk více v klidu a nemá nic na práci.

Objevují se příznaky z nabuzení vegetativního systému: (sklony k vyššímu TK, bušení srdce, chvění, pocení...) a další tělesné příznaky úzkosti.

Nejčastější komorbiditity: Deprese, jiné úzkostné poruchy (např. panická porucha, somatoformní poruchy...), dystymie, závislosti (alkohol, BZD).

Terapie

- **Psychofarmakologie**

- Antidepresiva – SSRI nebo SNRI (např. venlafaxin)
- Antiepileptika – pregabalin (Lyrica)
- Nebenzodiazepinová anxiolytika (buspiron, hydroxyzin – Atarax)
- Vzhledem ke stálé povaze příznaků jsou BZD indikovány jen výjimečně

- **Psychoterapie**

- KBT
- mindfulness
- nácviky relaxace
- úprava životního stylu
- intenzivní pohyb

Panická porucha

Rekurentní neočekávané **záchvaty paniky**, které se neomezují na konkrétní podněty nebo situace.

- obavy z opakovaného návratu nebo závažnosti panických záchvatů
- chování, které má zamezit návratu panických záchvatů

Panický záchvat

Epizoda **intenzivní úzkosti** doprovázená rychlým a souběžným nástupem několika charakteristických příznaků (např. palpitace nebo zvýšená srdeční frekvence, pocení, třes, dušnost, bolest na hrudi, horko, závratě nebo točení hlavy, zimnice, návaly horka, **strach z bezprostřední smrti**, strach ze ztráty kontroly, depresionalizace, derealizace).



Během panického záchvatu se v odpovědi mění vnitřní rovnováha organismu (zejm. pH krve a krevní plyny), což dále přispívá k udržení panické reakce.

Trvá **5-20 min** a maxima dosahuje během 10 min, vzácně může trvat i déle.

Pak dochází k spontánnímu zklidnění příznaků. Po proběhlém záchvatu se objevuje pocit vyčerpání, může přetrvávat chvění nebo napětí.

- Výskyt: **2% populace**, častěji ženy
 - Vyšší výskyt u těhotných žen, lidí po traumatické události a veteránů
 - Nástup: 2 vrcholy výskytu choroby – okolí **20. roku** života poté kolem **50. roku** života
- **Etiopatogeneze**
 - genetické vloh
 - psychosociální vlivy
 - neurobiologické faktory a biologický korelát obtíží: u panické poruchy se vyskytují **abnormality v aktivitě vegetativního nervového systému** (zvýšeně reaktivní sympatikus, který reaguje i na podprahové podněty a pomalu se adaptuje na opakující se podněty). Zvýšeně aktivní **“fear network”** (amygdala, locus coeruleus, hippocampus,

periakeveduktální šed, thalamus, orbitofrontální kortex, cingulum),

- Serotonin: snížená schopnost vazby určitých serotoninových receptorů a SERT
- Noradrenalin: Adrenergická aktivita, hypersenzitivita adrenergických receptorů
- GABA: snížená senzitivita GABA receptorů
- Dochází k nevědomému vyhodnocení **podprahových signálů** z okolí (nebo i vnitřního prostředí) jako potenciálně nebezpečných a vzniká falešná poplachová reakce v mozku, nervový systém následně v organismu spouští úzkostnou reakci v ostatních částech těla.
- Bylo identifikováno několik chemických látek, které mohou v organismu u predisponovaných jedinců spustit panickou ataku = **panikogeny** (např. CO₂, laktát). tyto látky vytváří pocit falešného dušení, slouží i jako experimentální modely panických atak.

Průběh bývá **chronický** se střídáním období remisí a exacerbací, u části pacientu dochází k plné úzdavě, u další části pak k chronifikaci (vleklé trvání období s častou přítomností panických atak). V období rozvoje první ataky lze často vysledovat působení **výrazného stresu** nebo výskyt nějaké stresující životní události.

Existuje také zvýšené **riziko kardiovaskulární morbidity** (vyšší výskyt arteriální hypertenze, infarktu myokardu, cévních mozkových příhod aj.)

Záchvaty paniky se mohou vyskytovat u:

- Posttraumatické stresové poruchy
- Všech fobií
- Depresivní poruchy
- Generalizované úzkostné poruchy
- Vyhýbavé poruchy osobnosti
- OCD
- Závislostí
- a u dalších...



Panická porucha se může vyskytovat i u **zdánlivě jinak zcela zdravých lidí**. V průběhu panických atak končí pacient většinou cestou rychlého záchranného systému na urgentních ambulancích somatických oborů, kde se často setkává s necitlivým přístupem, odbýváním a stigmatizací (*“nic mu není a zatěžuje přetížený zdravotnický systém”* cítí se jako *“blázen”*, je zatížen pocitem **studu a neadekvátnosti**). Často je pro tohoto pacienta náročné navázat důvěru ke zdravotnickému systému a je těžší ho motivovat k hledání pomoci a řešení.

Je zde důležitá citlivá edukace o povaze poruchy a adekvátní nasměrování k potřebné péči.

U pacientů s panickou poruchou je **zvýšené riziko suicidálního jednání**. 7% pacientů se pokusí o sebevraždu.

Léčba

• Farmakoterapie

- Profylaktická terapie: antidepressiva (SSRI, SNRI), prvních 4-5 týdnů lze kombinovat s BZD
- Akutní terapie (náběh na panický záchvat): anxiolytika (BZD – např. alprazolam, klonazepam)

- **Psychoterapie**

- KBT
- nácviky dýchání a zvládnání panické ataky, odvádění pozornosti
- režim (udržování zdravého vnitřního prostředí- hydratace, spánek, strava)

Úzkostné poruchy s typickým výskytem v dětství

Separční úzkostná porucha

Výrazný a **nadměrný strach z odloučení od konkrétních osob**, k nimž je jedinec připoután.

U dětí a dospívajících se separční úzkost typicky zaměřuje na pečovatele, rodiče nebo jiné rodinné příslušníky a strach nebo úzkost jsou intenzivnější, než se považuje za vývojově v normě.

U dospělých se typicky týká partnera nebo dětí.

Projevy separční úzkosti mohou zahrnovat myšlenky na zranění nebo nešťastné události, které se mohou přihodit osobě, ke které je jedinec připoután, neochota odejít do školy nebo do práce, opakující se nadměrné trápení při odloučení, neochota nebo odmítání spát jinde než je osoba, ke které má jedinec vazbu a opakující se noční můry o odloučení.

Příznaky přetrvávají po dobu nejméně několika měsíců a jsou natolik závažné, že způsobují významné obtíže nebo významné narušení osobních, rodinných, sociálních vztahů, ve vzdělávání, v zaměstnání nebo jiných důležitých oblastech fungování.

Selektivní mutismus

From:

<https://imagined.site/uni/ppa/> - **Psychiatrie pro adiktology**

Permanent link:

https://imagined.site/uni/ppa/doku.php?id=uzkostne_poruchy&rev=1737148796

Last update: **2025/01/17 21:19**

