

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**.

Agorafobie

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

- **veřejných prostranství**
- **dvů**
- **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 osobnost (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**

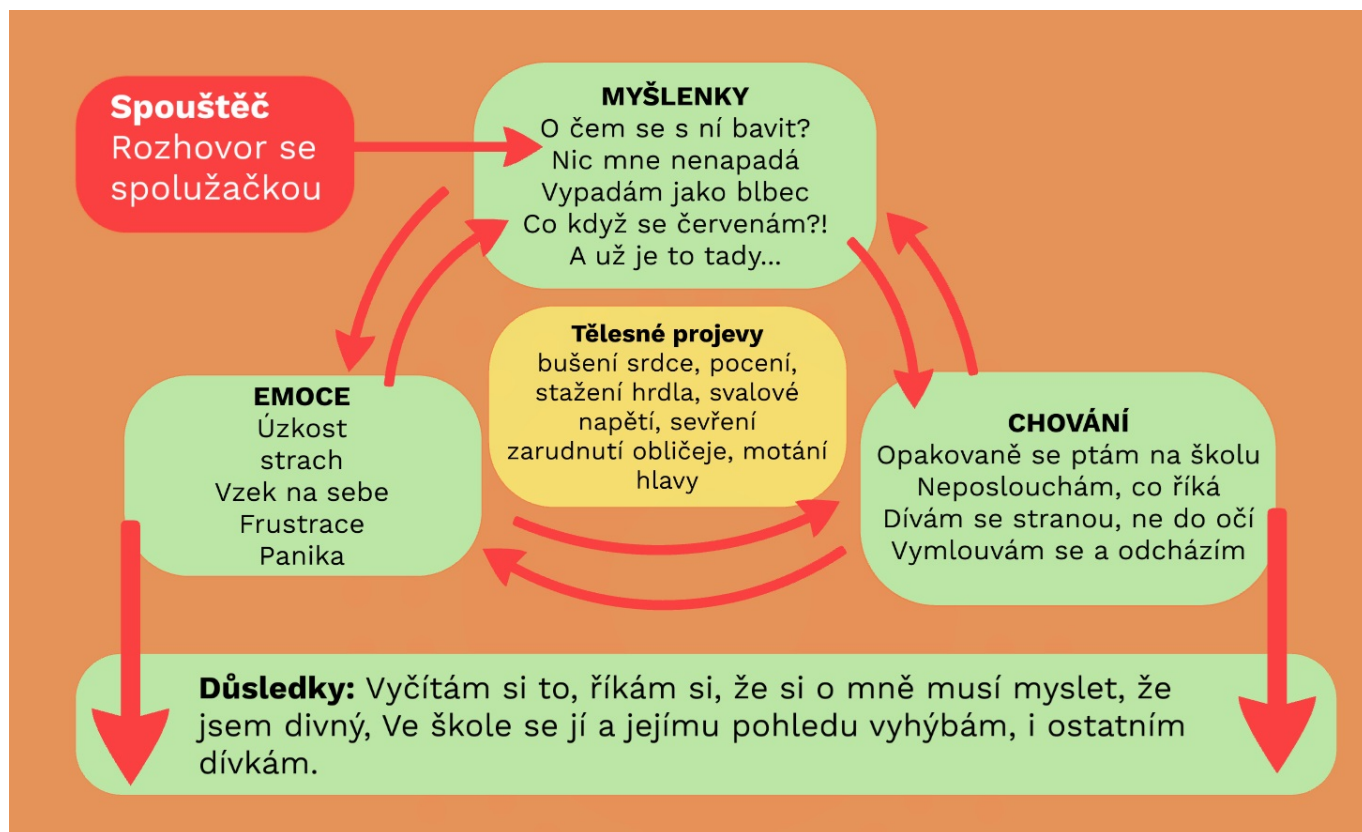
Vede k vyhýbání se sociálním situacím.

- **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

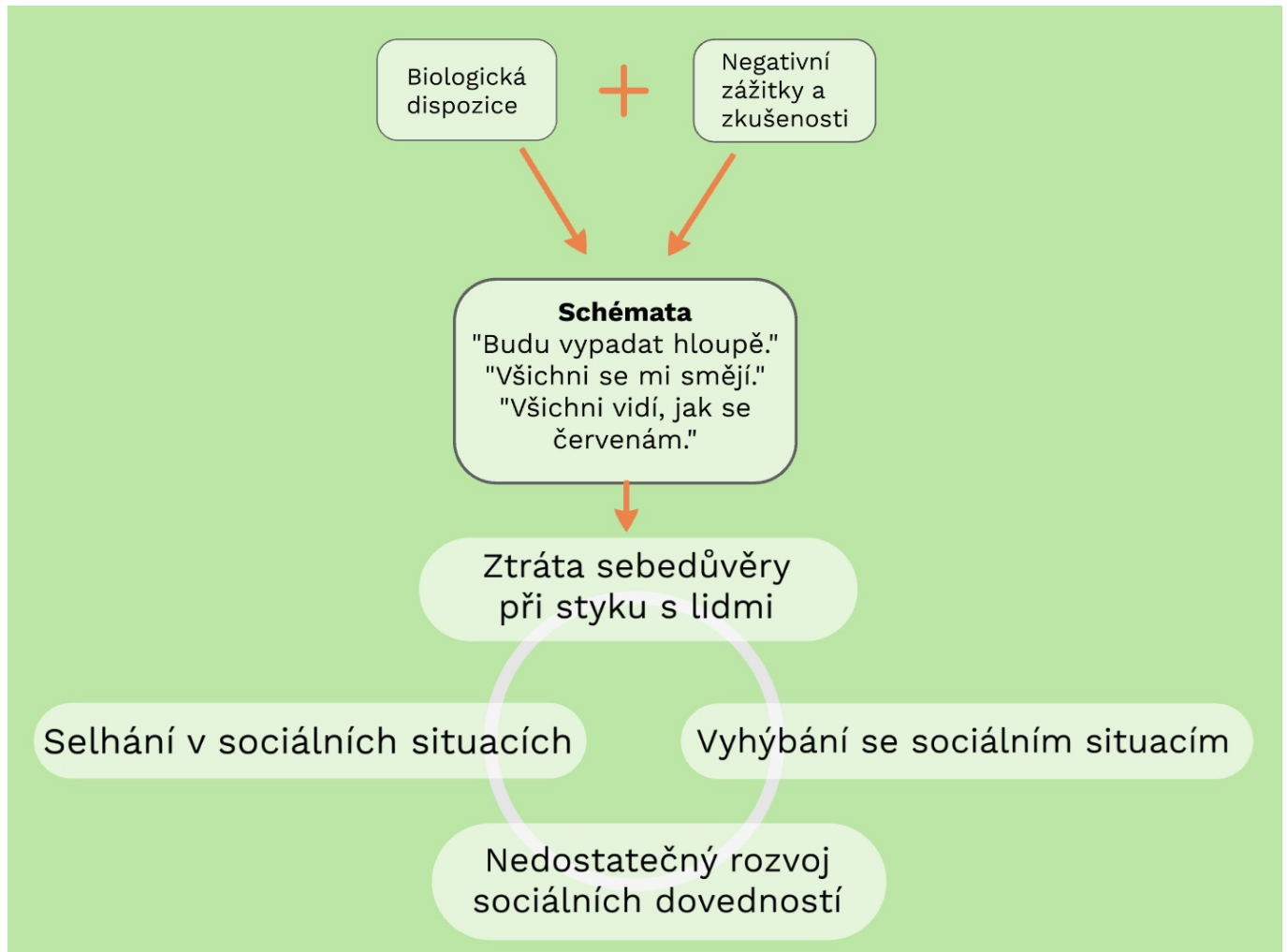
Při vystavení sociální situaci dochází k rozvoji úzkostné symptomatiky s vegetativními projevy (pocení rukou, zčervenání v obličeje, mdloby...) ale i se sníženou schopností soustředění, verbální produkce. Postižený si vytváří katastrofické scénáře, které nastanou poté, co se ztrapní nebo ho někdo poníží.

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 podpořena 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 schématy propojeny /dopis rodičům, hraní rolí/)
 - **Nácvik sociálních dovedností**
 - neverbální chování
 - zahájení 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 fóbií: **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 čtené 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**
 - Antidepressiva – 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, depersonalizace, 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, periakveduktální 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 pocity **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: antidepresiva (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

Separáční úzkostná porucha

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

U dětí a dospívajících se separáční 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

- 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
- 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

Trvalá selektivita v mluvení. Dítě vykazuje adekvátní řečové schopnosti v konkrétních sociálních situacích (obvykle doma) ale setrvale nemluví v jiných situacích (typicky ve škole). Někdy se selektivita týká konkrétních osob.

Porucha trvá nejméně jeden měsíc, neomezuje se pouze na první měsíc školy a je dostatečně závažná, aby narušovala vzdělávací výsledky nebo sociální komunikaci.

Neschopnost mluvit není způsobena nedostatkem znalosti nebo jistoty mluveného jazyka vyžadovaného v dané sociální situaci (např. jiný jazyk používaný ve škole než doma).

From:

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

Permanent link:

https://imagined.site/uni/ppa/doku.php?id=uzkostne_poruchy&rev=1741210234

Last update: **2025/03/05 21:30**

