

## Úzkostné poruchy

Obranné chování je u vyšších živočichů řízeno nervovým systémem a je spouštěné v reakci na nebezpečí. Zahrnuje vrozené reakce (např. reflexy) nebo naučené chování (např. zvyky, implicitní nebo explicitní vyhýbavé chování).

Nebezpečí v současné době představuje nepřeborné množství situací či podnětů, které můžeme rozdělit např. na fyzické (nemoc, smrt, napadení člověkem či zvířetem, ...), psychické (šikana na pracovišti, ve škole, devalvace v rodinných vztazích, noční služba v nemocnici, zkouška ve škole...) a ztrátou (partnera, dítěte, práce, bydlení, sociálního postavení, ...).

Při detekci nebezpečí se u savců včetně člověka, u kterého může proběhnout i bez účasti vědomí, aktivují velmi podobné struktury a mechanismy, které zajišťují fyziologické odpovědi v mozku i v těle. Ze subkortikálních struktur sem patří amygdala, hipokampus, periaqueduktální šed', hypotalamus, thalamus, ncl. accumbens, ventrální pallidum; z kortikálních struktur pak přední cingulární kortex, inzula, ventrální/dorzální a mediální/laterální prefrontální kortex, orbitofrontální kortex. Výše uvedené struktury jsou pod modulačním vlivem noradrenalinu, serotoninu, dopaminu a acetylcholinu.

**Obranná odpověď sestává z autonomní (sympatický systém), endokrinní (zejména adrenalin, kortizol) a behaviorální složky**. Je řízena zejména subkortikálními okruhy.

**Člověk v situacích ohrožení je navíc schopen popsat doprovázející pocit, např. strach nebo úzkost**. Vědomé prožitky jsou výsledkem aktivace korových oblastí, např. prefrontální kortex, inzula a parietální kortex, funkčně zapojených do pracovní paměti a kognitivních funkcí. Kortikální oblasti prefrontálních laloků se také podílejí na automatické i vůlí řízené regulaci obranné odpovědi.

Při expozici a řešení nebezpečné situace je mozkový systém obrany schopen současně ukládat do paměti i kontextuální informace z různých smyslových modalit, což umožňuje do budoucna v situacích podobných rychle aktivovat obrannou odpověď v různém rozsahu od uvědomění si divného pocitu, přes zvýšení ostražitosti až po úplné vyhnutí se situaci. Vedle zmíněných behaviorálních projevů se vždy také spouští autonomní a endokrinní složka obranné odpovědi.

Pokud je člověk vystaven opakovaně a dlouhodobě nebezpečným situacím a podnětům, aktivuje se neustále a nadměrně sympatický systém a také uvolňování zejména kortizolu, který vedle metabolických účinků působí inhibičně na imunitní systém. To vše dohromady může spustit patofyziologické procesy vedoucí ke vzniku somatického onemocnění.

Aktivace mozkového systému obrany člověka na vědomé úrovni vyvolává:

**Úzkost** – prožitková odpověď na signály, vycházející z nejasných náznaků potenciálně nebezpečných situací (i v budoucnosti). Je provázána déletrvající zvýšenou ostražitostí (hypervigilance) a zvýšeným vnímáním bolesti a tělesného stavu. Protože nebezpečí není jisté ani jasně definované, není možné se mu cíleně vyhnout.

**Strach** – prožitková odpověď na bezprostředně hrozící reálné nebezpečí. Je doprovázen sníženým vnímáním bolesti a behaviorální odpovědí typu ztuhnutí nebo útěk/boj vedoucí k vyhnutí se nebezpečí. Po úspěšném vyřešení ohrožující situace pocit strachu rychle odeznívá.

Úzkost a strach jsou pocity s negativní valencí, za fyziologických podmínek zvyšují schopnost adaptace a pravděpodobnost přežití. Pokud se však objevují v nepřiměřených situacích nebo jsou nadměrné intenzity či četnosti zásadně ovlivňující život, hovoříme o úzkostných poruchách.

Úzkost z pohledu psychiatra: nepříjemný emoční stav jako reakce na nebezpečí přicházející z vnitřního nebo zevního prostředí (lze nebezpečí identifikovat?) doprovázené somatickými a psychickými příznaky.

K příznakům somatickým patří i) vegetativní hyperaktivita – palpitace, zrychlený pulz, pocení, třes, sucho v ústech; ii) příznaky v oblasti hrudníku a břicha – obtížné dýchání, pocit zalykání se, nedostatku vzduchu, nepříjemné pocity/bolesti hrudníku, nauzea, dyspepsie; iii) celkové příznaky – návaly horka, chladu, znečitlivění, mravenčení, závratě, točení hlavy, mdloby.

**Cave!** Somatické příznaky mohou korelovat se somatickým onemocněním, proto musí být pacient vyšetřen vždy somaticky k vyloučení této příčiny.

Z příznaků psychických jsou nejčastější neklid, vnitřní napětí; strach ze smrti, ztráty kontroly, „zešílení“, nemoci; pocity depersonalizace nebo derealizace (tyto se mohou objevit i pod vlivem psychoaktivních látek či při spánkové deprivaci, např. po větších flámech).

Úzkost může mít různou intenzitu a délku, může být spontánní, situační (fobie), anticipační. Terminologicky je vhodné rozlišovat mezi „stresorem“=nebezpečí a „stresem“=obranná odpověď.

Někteří lidé jsou celoživotně více úzkostní, vykazují rysy anxiózní nebo anankastické nebo závislé poruchy osobnosti. Při nedostatečném množství protektivních faktorů pak závažné životní situace mohou přestat zvládat a pro silné úzkosti často vyhledají pomoc lékaře či psychologa.

### **Úzkost se ale může objevit jako nespecifický příznak:**

- psychiatrických onemocnění – demence, delirium, odvykací stavy, psychotické onemocnění či deprese,

- somatických onemocnění – např. hypo i hypertyreóza, hypoglykémie, feochromocytom; hypokalémie, hypernatrémie, arytmie, infarkt myokardu, koronární nedostatečnost, chlopenní vady; asthma, plicní embolie, pneumothorax, hypoxie; dráždivý tračník, žaludeční vředy, žlučnicková kolika; epilepsie, mozkové příhody, Parkinsonova choroba, vestibulární dysfunkce, roztroušená skleróza, vertebrogenní bolesti; systémová onemocnění, ...

- intoxikace psychoaktivními látkami – např. kofein, marihuana, LSD, kokain nebo amfetaminy,

- nežádoucího účinku léků – např. antidepresiva tricyklická, SSRI; antihypertenziva; preparáty s kofeinem; bronchodilatancia; blokátory kalciových kanálů; anticholinergní preparáty a řada dalších.

- reakce na zjištění závažného onemocnění.

*V následujícím textu najdete základní informace o vybraných úzkostných poruchách, které vám poslouží k diferenciatně diagnostickým rozvahám v další části dnešní TBL lekce. Ucelenou kapitolu o úzkostných poruchách pak naleznete v doporučené studijní literatuře Höschl C., Libiger J., Švestka J. (editoři), Psychiatrie (II. doplněné a opravené vydání). Praha, 2004, Tigis, s.r.o., 883 s., ISBN 82-900130-7-4.*

## F40 – Fobické úzkostné poruchy

Jedinec zažívá velmi silný strach z věcí nebo situací, v konečném důsledku tento strach nebo/a s ním spojené chování omezuje jeho život.

Typické společné rysy jsou: uvědomování si nepřiměřenosti strachu, anticipační úzkost a na ni často navazující vyhýbavé chování.

Při expozici obávané situaci může dojít k panickému záchvatu.

### F40.0 – Agorafobie (dg. kritéria viz. Höschl a kol. 2004, str. 495)

- Strach z toho, že se jedinci „něco stane“ (omdlí, dostane infarkt, udusí se, zemře, zblázní se, přestane se ovládat, dostane panický záchvat, ...) a nedostane se mu pomoci.
- Vede ke strachu a vyhýbání se různým prostředím: uzavřeným (výtah, tunel, schody, kancelář, ...), přeplněným lidmi (koncert, obchod, restaurace, rušná ulice, ...), dopravním prostředkům, volným prostranstvím (les, přehrada, hřiště nebo parkoviště, ...) atd.
- Komorbidita s panickou poruchou 50-90 %.
- Celoživotní prevalence 4-6 %.
- **Modifikující faktory:**
  - o Zhoršuje se se vzdáleností od bezpečného prostředí a s náročností situace.
  - o Často méně intenzivní, pokud doprovází někdo blízký nebo je přítomen „pevný bod“ (např. možnost držet se vozíku apod.).
- **Nejčastější diferenciální diagnostika:**
  - o Schizofrenní onemocnění – strach způsoben bludy nebo halucinacemi
  - o Poruchy nálady – nevycházení z domu kvůli depresivním příznakům
  - o Reálné obavy somaticky nemocných – Crohnova choroba, ICHS, ...  
Cave! Somaticky nemocní mohou trpět i psychiatrickým onemocněním!
  - o Sociální fobie, PTSD, OCD – pomůže explorační povahy obav (anamnéza)
  - o Závislost na návykových látkách – úzkost při intoxikaci či odvykací stavy
- **Na co si dát pozor:**
  - o Komorbidita s depresivní poruchou → zvyšuje se riziko suicidálního chování
  - o Užívání návykových látek s cílem redukce úzkosti brání uzdravě a zhoršuje úzkosti
  - o Nadužívání benzodiazepinů (BZD)

### F40.1 – Sociální fobie (dg. kritéria viz. Höschl a kol. 2004, str. 497)

- Strach z negativního hodnocení ostatními, že pro své chování (projev, způsob stravování se, způsob chůze, tón hlasu ...) nebo vzhled (účes, oblečení, ...) budou „trapní, divní, nedostačující, horší, hloupí apod. Časté jsou představy tohoto chování, např. ve škole se u tabule pomochím, ukápne mi slina, zakoktám se, zrudnu.
- Přesvědčení, že si druzí všímají jejich obtíží a hodnotí je.
- V obávané situaci se dostavuje úzkost. Jejich somatických projevů, např. červenání se, třes, pocení, sucho v ústech, si pacient všímá a bojí se, že jej za to druzí negativně hodnotí. To dále potencuje úzkost a vzniká tak bludný kruh.
- Sociální izolace je ego-dystonní, tzn. pacient se nechce izolovat, ale nemůže vlivem silného strachu jinak. O kontakt s druhými má většinou přiměřený zájem.
- Celoživotní prevalence: 10-16 %.
-

- **Nejčastější diferenciální diagnostika:**
  - Běžná sociální úzkost
  - Schizofrenní onemocnění – strach z druhých vlivem bludů či halucinací
  - Depresivní porucha – nepřejí si být mezi lidmi, izolují se pro strach ze selhání, sníženou motivaci a energii k sociálním interakcím a sebeodevzdáváním myšlenkám.
  - OCD – vyhýbání se lidem ze strachu z kontaminace
  - Schizoidní porucha osobnosti – vyhýbání se lidem je ego-syntonní
- **Na co si dát pozor:**
  - Komorbidita s depresivní poruchou → zvyšuje se riziko suicidálního chování
  - Užívání návykových látek s cílem redukce úzkosti brání uzdravě a zhoršuje úzkosti
- **K zamyšlení:**
  - Jaký je rozdíl mezi běžnou mírou sociální úzkosti a sociální fobií? Uveďte příklad.

### **F41 – Jiné úzkostné poruchy**

#### **F41.0 – Panická porucha (dg. kritéria viz. Höschl a kol. 2004, str. 500)**

- Periodická záchvatovitá (paroxysmální) úzkost, tzn. opakované záchvaty velmi silné úzkosti trvající zpravidla 5-20 minut. Nástup maximální úzkosti je v řádech minut, poté postupně odeznívá.
- Úzkostné tělesné i psychické symptomy jsou extrémně silné, jedinec se často bojí, že umírá či se zblázní. Typickým somatickým příznakem je hyperventilace, dušnost, pocení, třes.
- Ataky nejsou vázány na jednu konkrétní situaci, ale mohou se v zátěžových situacích objevovat častěji.
- Na zvládnutí panické ataky a silné úzkosti obecně máme řadu intervenčních postupů, například odklon pozornosti, zklidňující dýchání (viz níže) či využití medikace. Preferovány jsou nefarmakologické postupy.
- Celoživotní prevalence: 1,5-3,5 %.
- **Nejčastější diferenciální diagnostika:**
  - Tělesné onemocnění – např. srdeční infarkt, poruchy štítné žlázy, epilepsie
  - Generalizovaná úzkostná porucha – méně intenzivní, dlouhotrvající úzkost, opakované, četné a nadměrné obavy téměř o každý aspekt života
  - Panické ataky navozené psychotropními látkami
- **Na co si dát pozor:**
  - Komorbidita s depresivní poruchou → zvyšuje se riziko suicidálního chování
  - Nepřehlédnout další symptomy, panická porucha je velmi často komorbidní k jiným psychickým obtížím
  - Pozor na stimulační legální látky, např. kofein apod.
- **K zamyšlení:**
  - Jak dlouho může panická ataka ve výjimečných případech trvat?
  - Pacienti po zážitku panické ataky často opakovaně navštěvují somatické lékaře. Proč?
  - Někteří odborníci zastávají názor, že agorafobie vzniká sekundárně z panické poruchy. Jak to lze vysvětlit?

## Dýchání při panickém záchvatu

Pokud je jednou ze složek panického záchvatu hyperventilace, je vhodné klást důraz na nácvik kontrolovaného dýchání. Kromě toho by si měl každý, kdo si stěžuje na panické záchvaty, důkladně procvičovat další techniky zvládnání panického záchvatu, aby je mohl v případě potřeby začít používat téměř automaticky, např. odklon pozornosti apod. Vždycky je snazší zvládnout stav úzkosti v jeho počátečních fázích, a proto je užitečné naučit se rozeznávat již první známky narůstajícího napětí. Někdy se však stane, že si pacient těchto prvních známek úzkosti nevšimne a záchvat paniky ho přepadne náhle. V té chvíli je těžké myslet jasně a jednat rozumně, proto je velmi důležité se naučit (opakovaným nácvikem!), co může v okamžiku panického záchvatu dělat.

Během hyperventilace dochází ke snižování parciálního tlaku oxidu uhličitého s následnými změnami pH krve a s tím souvisejícím posunem v koncentraci vápenatých iontů. To vyvolává velmi nepříjemné pocity. Může se objevit brnění, mravenčení, bolesti, křeče, třes, závratě, pocit nedostatku vzduchu. Tyto pocity jsou tak podobné příznakům úzkosti, že jsou navzájem často zaměňovány. Jejich uvědomění opět zvyšuje napětí a úzkost, což dále prohlubuje nadměrné dýchání, uzavírá se tzv. bludný kruh. Tento bludný kruh lze např. narušit změnou způsobu dýchání – a to i během záchvatu paniky.

Uvedeme zde dva způsoby, jak to udělat:

### 1. Změna způsobu dýchání.

Existuje několik adaptací zklidňujícího dýchání, např. s využitím pauz mezi nádechy a výdechy, s různě dlouhými intervaly nádechu a výdechu apod. Jedná se však o drobné změny, princip zůstává stejný. Jde o zpomalení nádechu a výdechu, kdy výdech musí být delší než nádech, a dýchání pomocí bránice.

Instrukce: Nejdříve se, pokud možno, posadte tak, aby nohy byly pevně v kontaktu s podložkou. Dejte si jednu ruku na břicho, budete se snažit celou dobu dýchat do břicha, tzv. brániční dýchání. Nádech je 3-5 vteřin (dle individuální preference pacienta), pomáhá nadechovat se nosem nebo přivřenými ústy tak, aby nemohlo dojít k silnému a rychlému nádechu. Výdech 4-7 vteřin, opět můžeme nosem či malou „škvírkou“ v ústech. Před nádechem a výdechem je dobré dělat pauzu cca 1 vteřinu. Tímto způsobem dýcháme, dokud ataka nepřejde, většinou 3-15 minut, může být ale delší/kratší. Během celého procesu je důležité se plně soustředit na dech, případně na pohyb ruky, kterou máme položenou na břicho – zapojujeme tak zároveň odklon pozornosti od úzkostných myšlenek a celý proces je efektivnější.

Doplnění: **1)** Pacient se může učit také při výdechu uvolnit tělo, což napomáhá snížení úzkosti a napětí v těle. Jde o prosté uvolnění alespoň horní poloviny těla během výdechu, typické „shrbení“ apod. **2)** Při panické atace na klienta mluvíme dostatečně zřetelně a nahlas, aby nás byl schopen vnímat, kapacita pozornosti v takové situaci je výrazně snížena vlivem intenzivních emocí. **3)** Je potřeba nácvik! Tzn. s pacientem dechové cvičení nacvičíme, dokud si jej základně neosvojí (většinou cca 2-5 min). **4)** Je vhodné pacienta instruovat dělat dechové cvičení i preventivně a v rámci nácviku cca 3x denně (ráno, poledne, před spaním). S opakovaným nácvikem se výrazně zvyšuje efektivita cvičení při panické atace. **5)** Pacienti mohou využít asistence aplikace Nepanikař!

### 2. Dýchání do papírového pytlíku.

Přiložte si jej těsně přes nos a ústa a dýchejte několik vteřin do pytlíku. Tím se v něm nahromadí kyslíčnick uhlíčitý. Opětovným vdechováním vydechnutého vzduchu se v krvi poměrně rychle obnoví parciální tlak oxidu uhličitého a nepříjemné tělesné pocity se ztratí.

#### **F41.1 – Generalizovaná úzkostná porucha (GAD) – dg. kritéria viz. Höschl a kol. 2004, str. 503**

- Pacient se neustále automaticky zaobírá nadměrnými starostmi, katastrofickými interpretacemi a negativními očekáváními. Ty se týkají všech oblastí každodenního života, často pro ně nenacházíme reálný základ, např. se pac. obává, že v práci udělá chybu a propustí ho, ačkoli pracuje x let bezchybně.
- Příklady obav: ztrapnění se, udělení chyby, obavy o zdraví svoje či rodiny, obavy z náhlých negativních událostí, z katastrof, a nepříjemných sociálních interakcí
- Vede k vyčerpání, vyššímu svalovému napětí, somatickému třesu a bolestem, neschopnosti se soustředit, problémům se spánkem (zejména usnutím), nevolnostem, slabostí a pocitu vyčerpání
- Obavy se typicky soustředí na budoucnost ve srovnání s depresivní poruchou, kde jsou negativní myšlenky častěji do minulosti (tzv. ruminace), nemusí však být pravidlem
- Příznaky trvají minimálně 6 měsíců
- Celoživotní prevalence: 5-15 %.
- **Nejčastější diferenciální diagnostika:**
  - Tělesné onemocnění vyvolávající úzkost, např. arytmie, hypoglykémie
  - Ostatní úzkostné poruchy – i zde jsou časté obavy jako sociální fobie, panická porucha, agorafobie, nicméně ty bývají více vázané na specifické příznaky (zčervenám před spolužáky) nebo situace (dostanu zase záchvat, nikdo mi tam nepomůže apod.). U GAD jde více o obavy z každodenních situací (nezvládnou práci, dětem se cestou do školy něco stane). GAD je však velmi často k dalším úzkostným poruchám komorbidní (až u 75 % případů) a někdy nelze zpočátku jasně rozlišit.
  - Psychotické poruchy (viz výše)
  - Demence a organické poruchy – pomůže explorace dalších symptomů
- **Na co si dát pozor:**
  - Je důležité hodnotit, zdali je úzkost již patologická
  - Užívání návykových látek s cílem redukce úzkosti
- **K zamyšlení:**
  - Proč si myslíte, že mají pacienti s GAD problém usnout, případně proč mají problémy se spánkem obecně?
  - Pacient s GAD i dalšími úzkostnými problémy si často stěžují na výraznou zapomnětlivost a neschopnost si vybavit i rutinní informace (kde jsem zaparkoval, co nakoupit, informace apod.). Proč si myslíte, že tomu tak je?
  - Jak byste odlišili „nadměrné“ obavy a „běžné“ obavy?
  - U pacientů z GAD se mimo typické obavy o budoucnost apod. mohou objevovat tzv. negativní metakognice, tzn. obavné myšlenky o vlastních myšlenkách. Zkuste uvést nějaké příklady negativní metakognice.

#### **F42 – Obsedantně-kompulzivní porucha (OCD) – dg. kritéria viz. Höschl a kol. 2004, str. 510**

- Charakterizována nutkavými a vtíravými, ego-dystonními (viz výše) avšak vnímanými jako vlastní, myšlenkami či představami, jež způsobují silnou tíseň/úzkost. Těmto myšlenkám/představám říkáme obsese
- Úzkost z obsesivních obsahů se pacient snaží zmírnit pomocí opakovaného „rituálního“ jednání, např. opakované zamykání či duševní činnosti, např. opakování si abecedy, modlitby, jmen. Tomuto jednání říkáme kompulze
- Kompulze sníží úzkost pouze na omezenou dobu, často je pacient musí více a více navyšovat, až začnou být výrazně maladaptivní. Snaha kompulze nedělat vede k nárůstu tenze a jejich následnému provedení.
- Příznaky musí být přítomny po většinu času minimálně dva týdny
- Celoživotní prevalence: 1,9-2,5 %.
- **Nejčastější diferenciální diagnostika:**
  - o Tourettův syndrom – zde jsou hlavním vodítkem výrazné vokální a motorické tiky
  - o Schizofrenní onemocnění – přidruženy další symptomy než pouze „zvláštní“ a rituální chování
- **Na co si dát pozor:**
  - o Nepodceňovat závažnost onemocnění, ačkoli k tomu povaha některých rituálů může přispívat, tzn. pokud např. klient každý den 12 hodin myje hrníčky v saponátu, jde o závažné narušení sociálního, ekonomického a potenciálně somatického zdraví.
- **K zamýšlení:**
  - o Myslíte, že může být diagnóza OCD stanovena bez jedné ze základních charakteristik, tedy bez obsesí či kompulzí? Vyhleďte si v MKN kód F42.0 a F42.1
  - o Pokud jedince „odstraníme“ z prostředí, které v něm vzbuzuje obsese, např. při strachu z napadení viry z laboratoře přestane jedinec v laboratoři pracovat, myslíte si, že dojde k úzdavě?
  - o Vyhleďte si nejčastější druhy obsesí a kompulzí (Höschl, Libiger, Švestka, 2004, str. 509), zamyslete se nad příklady.

#### **F43.1 – Posttraumatická stresová porucha (PTSD) – dg. kritéria viz Höschl a kol. 2004, str. 514**

- Rozvoj po traumatické události
- Traumatické události mohou zahrnovat přírodní katastrofy (požáry, záplavy,), válečné události, události způsobené lidmi, (znásilnění, popravky, přepadení, bití, ...), autonehody, úmrtí a další. Traumatické události nejčastěji zahrnují ohrožení života vašeho či někoho blízkého/jiného a nad událostmi má jedinec typicky velmi nízkou kontrolu.
- Tzv. protektivní faktory, tj. faktory pomáhají nám se vyrovnat se stresem, snižují riziko rozvoje PTSD – proto je důležité je rozvíjet
- Rozvíjí se typicky do 6 měsíců od události/ukončení stresu, ale může i později
- Typické je znovuprožívání v podobě flashbacků či živých vzpomínek a snů
- Celoživotní prevalence: 1-9 %.
- **Nejčastější diferenciální diagnostika:**
  - o Akutní intoxikace/abstinenční stav – živé „představy“ a další příznaky rychleji odeznívají.
  - o Akutní stresová reakce (F43.0) – rozvoj je téměř okamžitě po stresové události a dříve odeznívá.

- Specifické fobie – po stresové události se může rozvinou fobická úzkostná porucha, chybí však zvýšené nabuzení a „intruzivní rozpomínání se na událost
- **K zamyšlení:**
  - Co si myslíte, že mohou znamenat někdy užívané pojmy sekundární případně terciální traumatizace?
  - Myslíte si, že zdravotníci jsou více ohroženi rizikem rozvoje PTSD? Či je tomu naopak? Zamyslete se nad argumenty pro obě možnosti.
  - V nové klasifikaci MKN-11 se objeví diagnóza tzv. „komplexního PTSD“ (cPTSD), o co se dle vás může jednat?
  - Jaké jsou vaše „protektivní faktory“, které vám pomáhají vyrovnat se se stresem (např. spánek, sociální opora, sport, ...).

### **Léčba úzkostných poruch – principy:**

- **Klíčová je edukace o onemocnění a léčbě!**
- Lehká nebo středně těžká závažnost bez těžší komorbidity – psychoterapie nebo farmakoterapie
- Středně těžká a těžká závažnost, závažná komorbidita – farmakoterapie + psychoterapie

### **Farmakoterapie úzkostných poruch v kostce:**

- v principu platí, že se úzkostné poruchy neléčí anxiolytiky!
- u krátce trvajících potíží je ale možné po edukaci vyzkoušet přechodně jen anxiolytika, začneme raději nebenzodiazepinovými (hydroxyzin nebo buspiron)
- při trvání delším léčíme antidepresivy ze skupiny SSRI nebo venlafaxinem. Úvodní dávky musí být poloviční než při léčbě deprese pro časté nežádoucí účinky, kam patří zhoršení úzkostí a GIT potíže. Nutno o těchto NÚ pacienta předem informovat!
- přidání benzodiazepinů k antidepresivu je zpočátku vhodné k potlačení NÚ, které obvykle vymizí po cca 3-10 dnech. BZD můžeme podávat i poté, než nastoupí účinek antidepresiva, nejdéle však cca 8 týdnů pro možnost zvýšeného rizika vzniku závislosti
- BZD vysazujeme pomalu pro riziko vzniku syndromu z vysazení
- BZD jsou méně účinné při přídatné depresivní symptomatologii, zatímco více účinné při výrazných tělesných příznacích
- kombinace benzodiazepinů s psychoterapií není doporučována, protože snižuje účinek psychoterapie
- u GAD je po vyzkoušení antidepresiv doporučeno nasadit v další fázi pregabalin
- u těžkých dlouhodobých rezistentních forem úzkostných potíží se může kombinovat antidepresivum+anxiolytikum+antipsychotikum (např. quetiapin, olanzapin nebo risperidon)

### **Psychoterapie:**

- Kognitivně behaviorální terapie
- Skupinová dynamická nebo interpersonální psychoterapie
- Krátká psychodynamická psychoterapie

### **Doplňkové studijní materiály:**

Praško, J. Úzkostné poruchy: klasifikace, diagnostika a léčba. Portál (2005).



LeDoux, J. Rethinking the Emotional Brain. *Neuron*, (2012) 73, 653-676.  
<https://doi.org/10.1016/j.neuron.2012.02.004>

Roman, R., Světlák, M., Damborská, A., Kukleta, M. Neurofyzologie obranného chování. *Česká a slovenská psychiatrie*. (2014) 110/2, 96-104.