

SMÍŠENÁ ÚZKOSTNĚ DEPRESIVNÍ PORUCHA

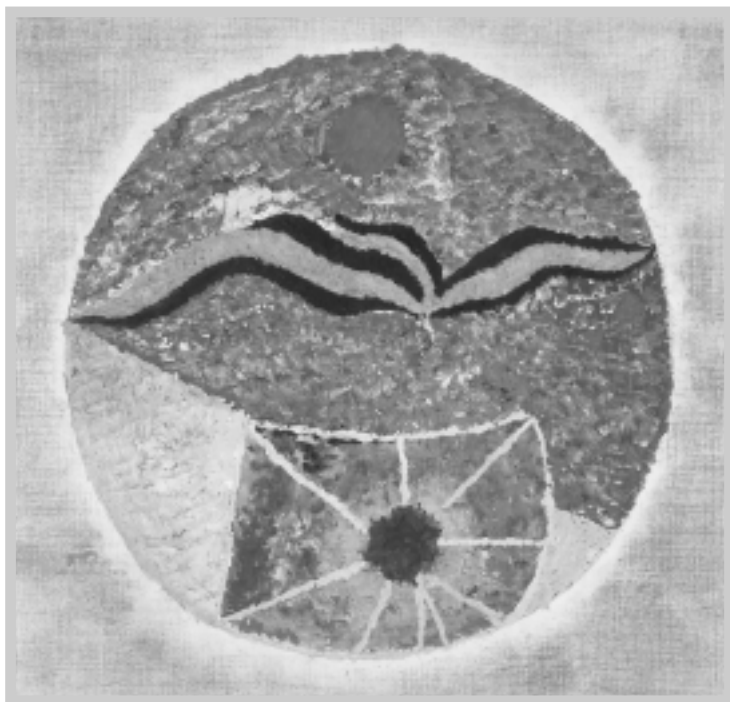
MUDr. Ján Praško, CSc.
MUDr. Erik Herman
doc. MUDr. Jiří Hovorka, CSc.
MUDr. Beata Pašková
MUDr. Hana Prašková



Příručka pro klinickou praxi

SMÍŠENÁ ÚZKOSTNĚ DEPRESIVNÍ PORUCHA

MUDr. Ján Praško, CSc.
MUDr. Erik Herman
doc. MUDr. Jiří Hovorka, CSc.
MUDr. Beata Pašková
MUDr. Hana Pašková



Příručka pro klinickou praxi

OBSAH

Úvod	3
Epidemiologie	5
Etiopatogeneze	6
Diagnostika	7
Klinické projevy	8
Diferenciální diagnostika	11
Průběh	15
Farmakoterapie	16
Kognitivně-behaviorální terapie	20
Závěr	34
Literatura	38

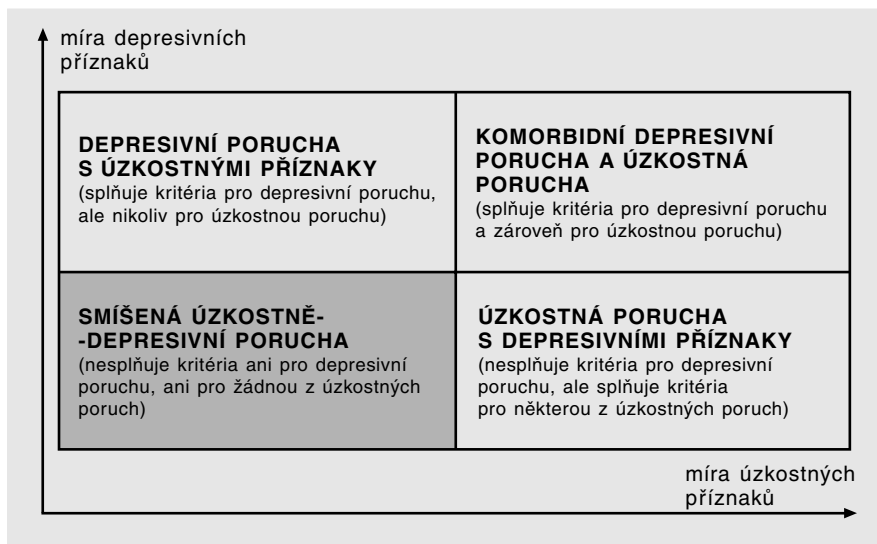
ÚVOD

Pojmy »úzkost« a zejména »deprese« jsou velmi rozšířené jak mezi lékařskou veřejností, tak mezi laiky. Tyto pojmy postupně získaly celou škálu významů a dnes se často používají k pojmenování jakýchkoliv osobních problémů a těžkostí, což od odborného pojetí »úzkostné« nebo »depresivní« poruchy může být na hony vzdáleno. Lidé říkají, že mají »depku«, a myslí tím nepohodu, způsobenou uzávěrkami v práci, hádkou s partnerem nebo nepochopením s pubertálním dítětem, někdy dokonce »jsou na dně« z toho, že jejich oblíbené mužstvo prohrálo fotbalový zápas.

Úzkost a deprese patří mezi příznaky, které jsou nejtypičtější pro neurotické poruchy nebo pro poruchy nálady. V tomto textu budeme mluvit o smíšené úzkostně-depresivní poruše. Pacient si stěžuje na příznaky, které jsou typicky »neurotické«, tedy nepsychotické, přesto mohou výrazně handicapovat. Symptomy mají tendenci se v průběhu času měnit. Jednou dominují příznaky úzkosti, jindy dysforie, v jiném období se obojí prolíná, nebo se objeví obsedantní příznaky nebo panická ataka. V žádném období však nedosahují svým počtem, závažností nebo obojím kritérií depresivní poruchy nebo některé z úzkostných poruch. Přestože příznaky úzkosti či deprese jsou subsyndromální pro diagnózu čisté úzkostné nebo depresivní poruchy, způsobují postiženému výrazný stres a významně znehodnocují jeho život. Při smíšených obrazech stojíme před klinickým rozhodováním, zda došlo k rozvoji deprese na terénu úzkosti nebo naopak. Překrývání příznaků deprese a úzkosti je velmi časté, a to zejména v primární péči, kde jsou smíšené stavy častější než vyhraněné »čisté« formy. V praxi se můžeme setkat s různými obrazy (viz schéma na str. 2):

- depresivní poruchou s úzkostnými příznaky,
- úzkostnou poruchou (např. panickou poruchou, sociální fobií nebo generalizovanou úzkostnou poruchou) s příznaky deprese,
- komorbidní depresivní poruchu s úzkostnou poruchou,
- a konečně se smíšenou úzkostně-depresivní poruchou.

Diagnostické jednotky u smíšené úzkostné a depresivní symptomatologie



Přestože existuje jen velmi málo studií o smíšené úzkostně-depresivní poruše, víme dnes následující:

- nemocní se smíšenou úzkostně-depresivní poruchou jsou velmi častými pacienty v primární péči nebo nepřicházejí k léčbě vůbec;
- kolem 50 % nemocných s touto poruchou projde ordinací praktického lékaře nerozpoznaných;
- pokud ji lékaři rozpoznají, často podceňují její závažnost;
- léčba bývá neadekvátní, většinou benzodiazepiny, které nebývají účinné;
- rovněž časté dílčí tělesné příznaky, například atypické bolesti hlavy, zad, aj. bývají v somatické medicíně neadekvátně léčeny, například analgetiky;
- porucha mívá chronický průběh;
- často vede k invaliditě;
- bývá komplikována závislostí na alkoholu nebo benzodiazepinech (zejména u žen);
- její prevalence roste s věkem;
- často komplikuje obraz i léčbu somatických nemocí;
- má vysoké procento suicidálních pokusů, zejména parasuicidií;
- vede průměrně k delší pracovní neschopnosti než »čistá« depresivní porucha.

EPIDEMIOLOGIE

Prevalence neurotických poruch v populaci je relativně vysoká. Studie zaměřená na primární péči ukázala, že aktuální prevalence úzkostně-depresivní poruchy v primární péči je 4,1 %⁽⁶⁾. Podle Turnera⁽¹³⁾ smíšenou úzkostně-depresivní symptomatologií trpí kolem 8 % populace ve Velké Británii. V primární péči pacienti s touto symptomatologií tvoří až 1/3 všech návštěv praktického lékaře. U praktického lékaře si stěžují zejména na tělesné příznaky a jsou odesíláni k nejrůznějším specialistům (neurologům, kardiologům, gastroenterologům, imunologům a dalším), kde tvoří základ skupiny tzv. »beznadějných případů«, protože nedostávají účinnou léčbu a jejich potíže stále přetrvávají. Jedná se většinou o časté návštěvníky ordinací, kteří mají celou řadu symptomů (někdy si s sebou přinášejí jejich seznam), při jejich vstupu do ordinace lékař propadá beznaději.

Příznaky závažné úzkosti se objevují u 60–90 % pacientů s depresivní poruchou⁽¹⁵⁾. Podobně pacienti trpící primárně některou z úzkostných poruch vykazují velmi často příznaky depresivní poruchy:

Komorbidity úzkostných poruch s depresivní poruchou⁽¹⁵⁾

21–91 % pacientů s	panickou poruchou generalizovanou úzkostnou poruchou agorafobií sociální fobií posttraumatickou stresovou poruchou obsedantně-kompulzivní poruchou
splňuje také kritéria pro depresivní poruchu	

ETIOPATOGENEZE

Etiologie smíšené úzkostně-depresivní poruchy není známa. Některé genetické studie nacházejí souvislost mezi depresivní a úzkostnou symptomatologií v rodinách. Na druhé straně je výrazně vyšší prevalence u nižších sociálních vrstev, u méně vzdělaných, méně kvalifikovaných nebo nezaměstnaných osob. Vlivem psychodynamických škol je řada psychiatrů přesvědčena, že příčinu úzkosti a deprese bychom měli hledat v dětství. U dětí, které do svého 10. roku ztratily některého z rodičů, je přibližně 2–3× vyšší pravděpodobnost, že u nich dojde k rozvoji deprese nebo úzkostné poruchy, nebože budou mít horší schopnost adaptovat se na ohrožení nebo ztrátu v dospělém věku. Podobně existuje řada důkazů o tom, že předčasná separace, týrání v dětství, sexuální zneužívání, vyrůstání v chaotické rodině s četnými konflikty mezi rodiči, mají za důsledek horší zvládnutí dospělých interpersonálních problémů, což často ústí do úzkostných nebo depresivních příznaků.

Depresivní porucha i většina úzkostných poruch (zejména panická porucha) jsou také charakterizovány řadou biologických abnormit⁽⁵⁾:

- oploštělá odpověď růstového hormonu na podání clonidinu,
- chybějící suprese kortizolu po podání dexamethazonu,
- zvýšená hladina kortizolu,
- dysregulace serotonergní neurotransmise.

U úzkostných poruch se však vesměs nevyskytují dvě pro depresivní poruchy typické abnormity:

- abnormální spánkové EEG,
- snížená odpověď TSH na TRH.

Jak je tomu u smíšené úzkostně-depresivní poruchy nevíme, protože biologické výzkumy u ní prováděny nebyly – můžeme uvažovat jen analogicky. Nejdůležitější biologickou dysfunkcí, společnou pro úzkostné stavy a depresivní poruchu, je dysfunkce serotonergní neurotransmise. SSRI, které blokují pouze zpětné vychytávání serotoninu, jsou účinné jak u pacientů trpících depresivní poruchou, tak u pacientů trpících úzkostnými poruchami.

DIAGNOSTIKA

V MKN–10 je smíšená úzkostně-depresivní porucha definována následujícím způsobem⁽¹¹⁾:

»Jsou přítomny příznaky úzkosti a deprese, ale žádný typ příznaků není vyjádřen do takové míry, aby opravňoval ke stanovení samostatné diagnózy kterékoli z obou poruch.«

Operacionální diagnostická kritéria pro smíšenou úzkostně-depresivní poruchu nejsou v MKN–10 vypracována⁽¹⁶⁾. V americké klasifikaci DSM–IV (APA 1994) a její revizi DSM–IV–TR⁽²⁾ jsou kritéria operacionálně definována v následující tabulce.

Kritéria DSM–IV–TR pro smíšenou úzkostně-depresivní poruchu (APA 2000)

- A) TRVALÁ NEBO VRACEJÍCÍ SE **DYSFORICKÁ NÁLADA** TRVAJÍCÍ NEJMÉNĚ 1 MĚSÍC.
- B) **DYSFORICKÁ NÁLADA JE DOPROVÁZENA PO DOBU NEJMÉNĚ 1 MĚSÍCE ČTYŘMI (NEBO VÍCE) Z NÁSLEDUJÍCÍCH PŘÍZNAKŮ:**
1. obtíže s koncentrací nebo pocit »prázdná v hlavě«
 2. poruchy spánku (obtíže s usínáním nebo udržením spánku nebo neklidný, nedostatečný spánek)
 3. únava nebo malá energie
 4. podrážděnost
 5. obavy
 6. snadné pohnutí k slzám
 7. nadměrná bdělost (ostražitost)
 8. anticipace horšího (selhání)
 9. beznaděj (pronikavý pesimismus do budoucna)
 10. nízké sebevědomí nebo pocitu bezcennosti.
- C) **PŘÍZNAKY ZPŮSOBUJÍCÍ KLINICKY VÝZNAMNÉ OBTÍŽE NEBO ZHORŠENÍ VE VÝKONU SOCIÁLNÍCH, PRACOVNÍCH NEBO JINÝCH DŮLEŽITÝCH FUNKCÍ.**
- D) **PŘÍZNAKY NEJSOU ZPŮSOBENY PŘÍMÝMI FYZIOLOGICKÝMI ÚČINKY SUBSTANCE (NAPŘÍKLAD NÁVYKOVÉ LÁTKY NEBO LĚKU) NEBO SOMATICKÉHO ONEMOCNĚNÍ.**
- E) **VŠECHNY NÁSLEDUJÍCÍ PODMÍNKY:**
1. nikdy nebyla splněna kritéria pro **velkou depresivní poruchu, dystymní poruchu, panickou poruchu** nebo **generalizovanou úzkostnou poruchu** v současnosti nejsou splněna kritéria pro kteroukoliv jinou **úzkostnou poruchu** nebo **poruchu nálady**, včetně úzkostné poruchy nebo poruchy nálady v **částečné remisi**
 3. příznaky nelze přiřadit k **jiné duševní poruše**

KLINICKÉ PROJEVY

Příznaky úzkostně-depresivní poruchy se vyvíjejí v průběhu týdnů až měsíců; jen zřídka dojde k rychlejšímu rozvoji po silné stresující události. Problémy se spánkem, bolesti hlavy či celkově zvýšené napětí bývají často přisuzovány problémům v zaměstnání nebo rodině. Jak pacient a jeho blízcí, tak lékař, ke kterému pacient přichází, jim často nevěnují dostatečnou pozornost. Pokud jsou přítomny somatické příznaky, jako je pocit knedlíku v krku, palpitace, tlak na hrudi, hyperventilace, nadměrné pocení, oprese v oblasti žaludku ap., je přirozené, že postižení hledají příčinu v nějakém somatickém onemocnění a požadují návštěvu nějakého specialisty. Občas postižení popisují velmi netypické příznaky, budící obavy z organického onemocnění, jako jsou bolesti páteře, tlak za očima, tělesná vyčerpanost se slabostí svalů, zhoršené vidění, časté bolesti v krku nebo tlaky v oblasti malé pánve.

Často postižený není schopen jasně popsat příznaky, které prožívá, nebo je popisuje jen v tělesné oblasti. Svoje depresivní emoce pacienti mohou popisovat jako »mám náladu pod psa«, nebo »cítím se bez energie«, »nemám žádnou šťávu«, »nic mi nedělá radost«. Cirkadiánní kolísání nálady s ranními pesimy obvykle nezjistíme, spíše nálada kolísá podle zevních stresujících podnětů, nebo může být horší večer, když je pacient více unaven. Typické jsou obavy do budoucna, pacient nevidí perspektivu, často se obviňuje za nejrůznější, i banální prohřešky, je rozcitlivělý, snadno se pohne k slzám. Typické jsou problémy se soustředěním, respektive pacient se soustředí na svůj nedobrá stav a nedokáže udržet pozornost u jiných věcí. Stížnosti na narušený spánek – potíže s večerním usínáním, ale i udržení spánku – jsou velmi běžné. Během dne se pak postižení cítí nadměrně unavení, bez energie, »bez života«. Velmi časté jsou pocity podrážděnosti, kdy dochází k rozhněvání, hádavosti nebo naopak naříkavosti i po nepodstatných podnětech. Mezi nejtypičtější projevy patří obavy a starosti, které podobně jako u GAD těkají po všech oblastech života (rodina, práce, zdraví, budoucnost), a zvýšené nabuzení (hyperarousal), což vede k automatickému vyhledávání obávaných podnětů. Zvýšené nabuzení vede ke kognitivnímu zkreslení události – proto máme často pocit, že pacienti nadměrně katastrofizují, přehánějí nebo zkreslují jak své potíže, tak zážitky z života. Každodenní chování může být zasaženo neschopností vydržet v klidu, neustálým pobíháním, přebíháním od jedné činnosti ke druhé. Mohou se objevit drobné obsedantní příznaky, jako je posedlost pořádkem v domácnosti, zdravé vaře-

ní, strach z nákazy vedoucí k nadměrné čistotnosti. Tyto příznaky však nejsou natolik v čase stabilní, jako je tomu u OCD; mění se intenzita i obraz v průběhu doby. Vždy bychom měli pátrat po abusu alkoholu nebo benzodiazepinů, který může komplikovat obraz. Paradoxně řada pacientů pije nadměrně kávu (kofeinové nápoje, nebo jedí hodně čokolády) ve snaze zvýšit soustředění a překonat nadměrnou únavu – výsledkem je nárůst úzkostnosti, popudlivost, zhoršování bolestí hlavy, nespavost a někdy panické ataky.

Kazuistika

Lucie je 36letá úřednice, vdaná, matka tří dětí, kterým je 6, 9 a 12 let. Vystudovala zdravotní školu a pracovala jako zdravotní sestra. Před 3 lety se po mateřské dovolené již k sesterské práci nevrátila, protože se obávala, že ji z velké části zapomněla. Našla si místo úřednice u zdravotní pojišťovny. Na tomto místě před 2 roky povýšila a stala se nadřízenou pro další 4 úřednice. Při příchodu na oddělení si stěžovala na smutek, úzkost, napětí, nadměrnou únavu, zhoršenou koncentraci, sníženou výkonnost, podrážděnost a potíže s usínáním. Záhy se ukázalo, že se trápí nadměrnými obavami o zdraví svých dětí. Stále se bojí, aby se jim něco nestalo, vyděsí ji i banální onemocnění, jako chřipka nebo nachlazení. Má také obavy, zda se dvě starší děti cítí dobře v kolektivu ve škole a zda se dobře učí. Nikdo z učitelů jí sice neupozornil na žádné jejich problémy, ale děti si občas postěžují a v ní to vyvolává hrůzu. Bojí se, jak to s nimi dopadne v budoucnosti, zda dostudují a jestli budou někdy šťastné. Často má dojem, že vše může dopadnout špatně. Hodně se obává vedení svého oddělení, bývá často podrážděná a zlobí se na své podřízené. Myslí si, že nejsou dostatečně zodpovědné a některé své práce odbývají. Ona to pak musí často kontrolovat, protože je za činnost oddělení zodpovědná. Je z toho už tak vyčerpaná, že není schopna zvládnout domácí práce a v poslední době už nebyla schopna ani pracovat. Začala plakat i po malých podnětech, které v ní dříve slzy nevyvolávaly. Na činnost se nedokáže soustředit. Složitější práce, jak doma, tak v zaměstnání, raději odkládá, protože má strach, že je nezvládne. Práce se jí hromadí. Doma je plno nevypraného a nevyžehleného prádla, a i když vždy byla pořádná, dnes není schopna uklidit. Doma

je podrážděná, snadno se na děti »utrhne«. Věci, které ji dříve těšily, ji přestaly bavit. O sexuální život ztratila zájem. V práci se jí rovněž nahromadily resty, má dojem, že až to zjistí nadřizení, z práce ji propustí, protože je úplně neschopná. V této situaci se objevily myšlenky, že takový život nemá smysl. Ve všem selhala.

Kazuistika

Jirka je 34letý právník, otec dvou dětí, kterým je 7 a 13 let. Od dob studií trpí úzkostí a depresivními náladami. Měl za to, že je »nervák«, a žádnou odbornou pomoc nevyhledal. Potíže byly vždy větší, když byl ve stresu, a zmírnily se, když se jeho život urovnal. V posledních třech letech se však příznaky vystupňovaly. Opakovaně – jakoby z čistého nebe – se u něj objevilo silné bušení srdce, nemohl popadnout dech a bál se, že dostal infarkt. Protože měl o sebe strach, několikrát vyhledal pohotovost. Z obavy, že má vážně nemocné srdce, absolvoval řadu vyšetření a byl 2x hospitalizován na interním oddělení. Nikdy se nepotvrdil nález, který by vypovídal o nemoci srdce. Jirku to však neuklidnilo, ale naopak přestal lékařům důvěřovat. Řešil to tím, že začal vyhledávat nové a nové odborníky. Jirka nyní žije ve stále úzkosti, která se střídá s rezignací a smutkem. Stále se obává o své zdraví, sleduje svoje tělesné pochody a nachází celou řadu problémů. Neustále ho bolí hlava, cítí tíseň na hrudi, občas má pocity na zvracení, často pocit lehkého žaludku. Nedokáže se již soustředit na svoji práci a přestal se věnovat svým koníčkům. V posledních dvou měsících se jeho nálada výrazně zhoršila, kromě obav o zdraví cítí většinu dne smutek, bezmoc. Obává se, že se nikdy nevyléčí, a bojí se, kdo se postará o rodinu. Dává vinu sobě a nachází spoustu svých chyb v tom, co udělal nebo neudělal v minulosti. Vyčítá si je.

DIFERENCIÁLNÍ DIAGNOSTIKA

V první řadě potřebujeme vyloučit organické příčiny příznaků. Je vhodné udělat laboratorní screening k vyloučení anémie, jaterního postižení (i pro možné alkoholické postižení), chronického infekčního onemocnění, lymeské borreliózy, revmatického onemocnění, endokrinopatie (zejména tyreopatie), nebo jiného metabolického onemocnění. U kuřáků a lidí stěžujících si na palpitace je dobré vyšetřit EKG, eventuálně udělat rtg plic. Užitečné může být toxikologické vyšetření moče. Další specifická somatická vyšetření bychom měli udělat v případě jasného podezření na některé ze somatických onemocnění – neměli bychom pacienta zahltit vyšetřeními »pro jistotu«, protože ho snadno iatrogenizujeme.

Diferenciální diagnózu můžeme rozdělit do následujících skupin onemocnění:

- **Organické nemoci:** Na možnost organické nemoci musíme vždycky myslet. Diagnóza by měla vycházet z anamnézy, somatického vyšetření a přítomnosti specifických příznaků. Úzkostně-depresivními příznaky se může již od počátečních stadií projevovat řada nemocí: mozkové příhody, Parkinsonova choroba, epilepsie, neuroborrelióza, nádorová onemocnění, systémová onemocnění, endokrinopatie, malnutrice ap. U některých žen může přinést řadu úzkostných a depresivních příznaků menopauza. V následující tabulce jsou uvedeny důležité organické nemoci, které se mohou projevovat úzkostně-depresivní symptomatologií (viz tab.).

Nejčastější somatické stavy spojené s úzkostně-depresivní symptomatologií

Kardiovaskulární	Arytmie Srdeční selhávání Koronární insuficience Prolaps mitrální chlopně Infarkt myokardu Stavy po kardiochirurgických operacích
Endokrinní	Karcinoid Cushingův syndrom Hypertyreóza Hypotyreóza Hypoparatyreoidismus Hypoglykémie Menopauza Feochromocytom Premenstruální syndrom

Nejčastější somatické stavy spojené s úzkostně-depresivní symptomatologií (pokračování)

Respirační	Astmatické záchvaty Chronická obstrukční bronchopulmonální choroba Hyperventilační syndrom Hypoxie
Neurologické	Epilepsie Cévní mozkové příhody Parkinsonova choroba Roztroušená skleróza Chronická bolest Bolesti hlavy Stavy po mozkových traumatech, operacích a při jiných mozkových lézích Huntingtonova choroba Vestibulární dysfunkce Wilsonova choroba
Užívání psychoaktivních látek	
Intoxikace	Anticholinergní látky Acylpirin Kofein Steroidy Sympatomimetika Psychostimulancia Některá starší antikonvulziva, např. barbituráty Alkohol
Odvykací příznaky	Narkotika Sedativa, hypnotika

- **Úzkostné poruchy:** U úzkostných poruch se mohou vyskytovat do určité míry depresivní příznaky, navíc komorbidně u všech úzkostných poruch může dojít k rozvoji depresivní epizody. Příznaky smíšené úzkostně-depresivní poruchy však nedosahují počtu nebo závažnosti některé z úzkostných poruch. V tabulce uvádíme základní charakteristiky jednotlivých úzkostných poruch včetně epidemiologie, průběhu a léčby (viz tab. na str. 11).
- **Závislosti:** Na možnost závislosti na alkoholu nebo jiných látkách nás může upozornit anamnéza, informace od blízkých, ale také zvýšené hodnoty jaterních enzymů v krvi. Dlouhodobý abusus návykových látek může vést k úzkostně-depresivní symptomatologii, rovněž se mohou úzkostné příznaky objevit v rámci syndromu z vysazení. U pacientů se smíšenou úzkostně-depresivní poruchou může dojít druhotně k rozvoji závislosti, když se snaží »sebe-léčením« zmírnit příznaky pitím alkoholu nebo užíváním trankvilizérů. Někdy je těžké odlišit od sebe příčinu a následek.

Základní charakteristiky jednotlivých úzkostných a fobických poruch⁽¹⁰⁾

Porucha	Typické příznaky	Hlavní obava	Epidemiologie	Průběh	Psychofarmaka	Psychoterapie
Panická porucha	Náhlé nečekané záchvaty paniky s intenzivními vegetativními příznaky	Zemřu. Zkolabuju. Mám infarkt. Zešílím. Ztratím kontrolu.	Celoživotní prevalence 1,5–3,5 % Roční prevalence 0,5–2,3 %	Vlnovitý, bez léčby zpravidla chronický. Sekundárně agorafobie, deprese	Clomipramin Imipramin SSRI Moclobemid Tranylcypromin Alprazolam Clonazepam	Edukace Kontrola dechu Interoseptivní expozice Změna katastrofických interpretací Relaxace Řešení problémů
Generalizovaná úzkostná porucha	Alešpoň 6 měsíců trvá výrazné napětí, fluktuující úzkost, strach a obavy z každodenních událostí a problémů. Příznaky vegetativního podráždění.	Starosti o zdraví svoje i rodiny, o práci, finance, zvládnání každodenních záležitostí.	Celoživotní prevalence 5–15 % Roční prevalence 2–4 %	Vlnovitý, bez léčby zpravidla chronický	Alprazolam Clonazepam a další BZD Amitriptylin Dosulepin Clomipramin SSRI Bupiron Venlafaxin	Edukace Relaxace Změna katastrofických interpretací Řešení problémů Asertivita Plánování času
Smišená úzkostně-depresivní porucha	Jsou přítomny příznaky úzkosti a deprese, ale žádný typ příznaků není vyjádřen do té míry aby opravňoval ke stanovení samostatné diagnózy kterékoliv z obou poruch	Nic nezvládnou. Nikdo o mě nestojí. Věci dopadnou špatně.	Aktuální prevalence v primární péči 4,1 %	Chronický nebo periodický, častá invalidizace	SSRI Moclobemid Venlafaxin	Edukace Plánování aktivit Změna katastrofických scénářů Návčik komunikace
Agorafobie	Strach z cestování, opuštění domova, davu nebo veřejného prostranství. Při expozici vegetativní příznaky. Systematické vyhýbání se těmito situacím.	Zkolabuji tam. Nikdo mi nepomůže. Nevydržím tělesné příznaky. Pomoc bude daleko.	Celoživotní prevalence 4–6 % Roční prevalence 1,5–3 %	Bez léčby zpravidla chronický, méně často vlnovitý s remisemi	Climipramin Imipramin SSRI Moclobemid Tranylcypromin Alprazolam Clonazepam	Edukace Změna katastrofických interpretací Expozice in vivo Řešení problémů
Sociální fobie	Strach z pátravých pohledů druhých, ze strapnění a zesměšnění. Vegetativní příznaky při expozici. Vyhýbání se sociálním situacím.	Bude to trapné. Dudou se mi třást ruce, budu se červenat ap. Znemožním se. Nevydržím příznaky.	Celoživotní prevalence 10–16 % Roční prevalence 1,5–3 %	Bez léčby chronický s mírným olísáním. Sekundárně deprese a častá závislost na alkoholu	Moclobemid SSRI Clonazepam	Edukace Změna katastrofických interpretací Návčik komunikace Expozice in vivo
Specifické fobie	Jde o iracionální strach např. z pavouků, psů, výšky, bouřky, tmy, pohledu na krev. Vyhýbání se těmito situacím.	To nedokážu vydržet. To bych zemřela strachy.	Celoživotní prevalence 12 % Roční prevalence 4–7 %	Bez léčby chronický, některé, které začaly v dětství, spontánně odezní v dospělosti.		Edukace Expozice in vivo

- **Psychotické poruchy:** Zejména počáteční stadia psychotického onemocnění se mohou projevovat typickou úzkostně-depresivní symptomatologií. Proto musíme vždy pátrat po specifických psychotických příznacích, na které si pacient nemusí stěžovat.
- **Následky po traumatu:** Důsledkem traumatické události může dojít u zranitelných jedinců k rozvoji poruchy adaptace, posttraumatické poruchy, depresivní poruchy nebo smíšené úzkostně-depresivní poruchy. Podobná je situace po ztrátě blízké osoby. Diferenciálně diagnosticky je obtížné rozlišení mezi poruchou adaptace se smíšenou úzkostně-depresivní symptomatologií a smíšenou úzkostně-depresivní poruchou. Často rozhodne teprve průběh – poruchy adaptace v průběhu času odeznívají, zatímco smíšená úzkostně-depresivní porucha persistuje léta. Také relativně nenápadná anamnéza až do kritické události u adaptačních poruch svědčí spíše pro reaktivní stav.
- **Jiné psychiatrické poruchy:** U dalších psychických poruch, jako je obsedantně-kompulzivní porucha, somatoformní poruchy, poruchy příjmu potravy, poruchy spánku a sexuální dysfunkce, mohou být příznaky úzkosti nebo dysforie, nicméně základní charakteristiky té které poruchy jsou závažnější a určují diagnózu. Není však vzácností výskyt úzkostně-depresivní poruchy v komorbiditě s těmito poruchami.

PRŮBĚH

Průběh úzkostně-depresivní poruchy bývá buď periodický, jako u rekurentní depresivní poruchy, nebo dlouhodobě kolísající, jako u generalizované úzkostné poruchy. Symptomatologie se však často mění. Spontánní remise je spíše výjimkou. Léčba bývá často nevhodná, pacienti dostávají dlouhodobě málo účinné benzodiazepiny, často se rozvíjí závislost, přitom příznaky přetrvávají. Neadekvátně léčená nebo chronická smíšená úzkostně-depresivní porucha vede nápadně často k trvalé pracovní neschopnosti a invaliditě a celkový dopad bývá dokonce závažnější, než je tomu u velké depresivní poruchy. Velmi často dochází k rozpadu partnerských vztahů i sociální sítě postižených osob a izolovaní pacienti jsou opakovaně hospitalizováni v somatických nebo psychiatrických zařízeních, která jsou často jejich jediným sociálním zázemím. Přitom odpovídající léčba od počátku rozvoje poruchy může tento demoralizující vývoj změnit. Pokud je tato porucha včas rozpoznána a adekvátně léčená, nebývá její léčba nijak zvlášť obtížná. Depresivní pacienti s komorbidní úzkostnou poruchou ve srovnání s pacienty s depresivní nebo úzkostnou poruchou bez komorbidit⁽⁶⁾:

- mají menší osobní a sociální podporu,
- mají více příznaků,
- častěji u nich mívají chronický průběh poruchy,
- hůře reagují na léčbu,
- mají vyšší riziko sebevražedného jednání,
- jejich onemocnění začíná v časnějším věku,
- mívají častější rekurence,
- častěji u nich dochází k sekundárnímu rozvoji závislosti na alkoholu nebo drogách,
- většinou bývají léčeni benzodiazepiny po dobu mnoha let, získávají rezistenci na tuto léčbu a chronifikují.

FARMAKOTERAPIE

Co se týče účinnosti léčby, studie týkající se smíšené úzkostně-depresivní poruchy zatím neexistují. Lze se jen opřít o tvrzení autorit, ze kterého vyplývá^(4, 6,13):

- relativně málo úspěšná jsou tricyklická antidepresiva,
- **terapeutickou první volbou jsou SSRI,**
- efektivita kognitivně-behaviorální terapie je podobná jako SSRI.

Farmakoterapie je neúčinnější metodou léčby pro komorbidní i smíšenou úzkostně-depresivní poruchu. Přes 50 % pacientů, kteří jsou léčeni antidepresivy, se výrazně zlepší nebo dosáhne úplné remise. Výběr vhodné medicace je ovlivněn účinností, bezpečností a vedlejšími účinky jednotlivých léků. U komorbidní a smíšené úzkostně-depresivní poruchy jsou neefektivnější antidepresiva ovlivňující zpětné vychytávání serotoninu. Z tricyklických antidepresiv jsou to zejména clomipramin a imipramin, z moderních antidepresiv zejména **SSRI** (citalopram, escitalopram, sertralín, paroxetin, fluoxetin, fluvoxamin), RIMA (moclobemid) a SNRI (venlafaxin). Za léky volby bývají pokládány SSRI. Je důležité vědět, že reakce na tyto léky jsou individuálně variabilní. Někteří pacienti se po nich cítí již za krátkou dobu klidněji, zatímco jiní v prvních týdnech mohou být ještě více úzkostní, neklidní nebo popudiví a jejich spánek se může zhoršit. Typická doba, kdy se efekt léku projevuje, je za 3–6 týdnů užívání, pokud se do té doby jeho účinek neprojevil dostatečně, je na místě preparát vyměnit. U SSRI se neobjevují závažnější vedlejší účinky, jako je posturální hypotenze, výrazná sedace, retardace moče nebo obstipace, suchost v ústech. Objevuje se však nauzea a jiné gastrointestinální těžkosti u 10–20 % léčených. Tyto potíže zpravidla během několika týdnů odezní, pokud by přetrvávaly, je na místě změnit preparát. Dále se může objevit podrážděnost, bolesti hlavy, eventuelně nespavost. Podobně jako nauzea mají tyto vedlejší účinky tendenci odeznít během prvních týdnů léčby. Dalším vedlejším účinkem, o kterém se moc nemluví, jsou sexuální poruchy, které se objevují u více než 20 % užívajících SSRI. Může jít o snížení sexuální touhy, o snížení, oddálení nebo vymizení orgasmu nebo oddálení ejakulace (posledního se někdy využívá při léčbě předčasné ejakulace) (viz tab. na str. 15).

Léky úspěšně používané při léčbě úzkostně-depresivní poruchy

Skupina léků	Generický název	Firemní názvy	Počáteční dávka	Terapeutická dávka (mg)	Nejdůležitější vedlejší účinky
Antidepresiva – SSRI	Citalopram	Seropram Citalec	první týden 10 mg	20–60	Někdy nauzea, únava, sexuální dysfunkce, pocity nervozity, nespavost, cephalea
	Escitalopram	Cipralex	5 mg	10–20	
	Paroxetin	Seroxat	první týden 10 mg	20–50	
	Fluoxetin	Prozac Deprex Portal		20–80	
	Fluvoxamin	Fevarin	50–100 mg	100–200	
	Sertralín	Zoloft	50 mg	50–200	
Antidepresiva – RIMA	Moclobemid	Aurorix	300 mg	300–600	Ojedinele nauzea, průjem nebo naopak zácpa, nespavost, sucho v ústech
Antidepresiva – tricyklická	Clomipramin	Anafranil	2–3× denně 25 mg	100–250	Při vyšších dávkách ortostatické kolapsy, únava, zácpa, sucho v ústech, poruchy akomodace, tachykardie, mikční potíže, prodloužení síňokomorového vedení, pocení, fotosenzitivita
Antidepresiva –SNRI	Venlafaxin	Efectin	2× denně 37,5 mg	75–375	Nauzea, nechutenství, nespavost nebo ospalost, únava, cephalea, zvýšení krevního tlaku
Antidepresiva –ostatní	Tianeptin	Coaxil	3× denně 12,5 mg	37,5	Ojedinele třes, nauzea, tachykardie, závratě, bolesti hlavy, bolesti břicha, flatulance

U pacientů rezistentních na farmaka mohou pomoci **IMAO** (tranylcypromin). Zde je potřeba myslet na lékové interakce a držení diety⁽¹²⁾. Problémem **tricyklických antidepresiv** jsou jejich nepříjemné vedlejší účinky, kontraindikace (hlavně onemocnění srdce, glaukom, retence moči, hypertrofie prostaty, epilepsie) a vysoká toxicita při předávkování. Léčbu začínáme zpravidla nízkými dávkami, pak dávku zvyšujeme vždy po dvou nebo třech dnech. Efekt podobně jako u SSRI nastupuje během 3 až 6 týdnů. Při převaze úzkosti bývají výhodnější clomipramin a imipramin, při retardaci pak amitriptylin. Neúčinnost jednoho z TCA neznamena, že u pacienta nebude fungovat druhé. TCA jsou výhodné zejména pro nízkou cenu, z hlediska pacienta je daleko výhodnější podávání SSRI nebo RIMA, zejména pro lepší kompliance. V průměru dvakrát více pacientů užívajících TCA přerušil předčasně léčbu oproti pacientům užívajícím SSRI⁽⁷⁾.

Výhody SSRI oproti tricyklickým antidepresivům

- efektivní více u komorbidní či smíšené úzkostné a depresivní poruchy než tricyklická antidepresiva
- široké spektrum účinku
- výrazný anxiolytický účinek
- zlepšují spánek bez útlumu přes den
- nízká toxicita při předávkování
- nízké vedlejší účinky
- nízké nebo žádné anticholinergní efekty
- nemají kardiotoxický efekt
- nevedou k přibývání na váze
- méně provokují mánii u bipolárních pacientů
- vhodné u starších pacientů
- vhodné u pacientů se somatickou komorbiditou
- nepotencují se s alkoholem ani hypnotiky
- u většiny stačí jedna denní dávka
- lze začít s plnou dávkou od počátku
- lepší compliance než u TCA

Další léčebnou možností je použití vysoce potentních benzodiazepinů (alprazolam, clonazepam), které ovlivňují jak úzkost, tak depresi. Tyto léky se snadno užívají a velmi rychle snižují úzkost. To pacienti rychle zjistí. Jsou bezpečné při předávkování, a pokud jsou podávány intermitentně, krátkou dobu a v přiměřené dávce, mohou na počátku léčby pacientovi významně ulevit. Jejich nevýhodou je přece jen menší účinnost u závažnějších stavů a větší riziko ztráty účinnosti při delším podávání a možný vznik závislosti. Přestože jejich návykový potenciál byl v minulosti přeceňován, dlouhodobé podávání není vhodné. Proto je vhodné je podávat po přechodnou dobu ke snížení těžkých úzkostných stavů, ale dlouhodobě dát přednost antidepresi-

vům⁽¹³⁾. Benzodiazepiny mohou umožnit hladké překonání úvodní fáze léčby antidepresivy u těch lidí, u kterých došlo k rozvoji agitovanosti (zejména po SSRI). Při vysazování je potřebná opatrnost a pozvolné snižování dávky, jinak hrozí výrazné abstinenční příznaky u 58–100 % pacientů.

Obvyklou klinickou strategií je kombinace antidepresiv s benzodiazepiny. Zda je tato kombinace efektivnější, než užití jednoho preparátu, se však dosud neví. Umožňuje však zklidnění pacienta v době, než se objeví působení antidepresiva.

Léčba příznaků úzkosti a deprese (upraveno podle Turnera, 2001)

Příznak	Benzodiazepiny	SSRI	TCA	IMAO	KBT
Panické ataky	++	+ / ++	++ (některé)	++	++
Poruchy usínání	++	0	++	0 / +	++
Časté nebo předčasné probouzení	+	+ / ++	++	0 / +	0
Generalizovaná úzkost	++	++	+(malé dávky)	+	++
Zhoršení nálady	0	++	++	++	+
Retardace	0	+	++	+	0
Nechutenství / úbytek hmotnosti	0	+ / ++	++	+ / 0	0
Suicidální tendence	+ / 0	++	++	+	+
			(pozor na předávkování)		
Iritabilita	++	+ / ++	++	0 / +	+
			(pozor na předávkování)		
Poruchy koncentrace	0	++	+ / ++	0	0
			(pokud není příliš velká sedace)		
Snížení energie / únava	0	+ / ++	+	+ / ++	0
			(pokud není příliš velká sedace)		

Po odstranění či zmírnění akutních příznaků by měla pokračovat udržovací a pak i profylaktická léčba, pro které platí podobné zásady, jak je tomu u depresivních poruch. Dlouhodobá léčba významně redukuje procento relapsů (z 50 % na 20 % u pacientů s minimálně 3 epizodami v předchorobí). Pacient by měl po dosažení remise první epizody nemoci užívat léky ještě alespoň 6–9 měsíců, i když už žádné příznaky nemá. Pokud prodělal více než dvě nebo tři epizody poruchy, je vhodné, aby profylaktická léčba trvala nejméně 2 roky, při více atakách pět let, někdy však i celý život.

KOGNITIVNĚ-BEHAVIORÁLNÍ TERAPIE

Kromě antidepressiv je další léčbou volby u smíšené úzkostně-depresivní poruchy kognitivně-behaviorální terapie (KBT). Prozatímni nedostatek studií věnovaných této problematice nám však nedovoluje říci, zda je účinnější léčba léky, nebo KBT. Z klinické zkušenosti se však zdá, že optimální je kombinace obou přístupů. Léčebné strategie kognitivně-behaviorální terapie u smíšené úzkostně-depresivní poruchy se neliší podstatně od běžných přístupů v KBT. Léčba je konkrétně plánovaná tak, aby specificky vyhovovala pacientovým potřebám, stylu, schopnosti spolupracovat a řešit problémy a splňovala jeho očekávání.

Před zahájením léčby je nutné vždy posoudit, nakolik je pacient *vhodný* pro specifickou KBT, nebo zda pro něj nebude vhodnější podpůrná léčba a podávání léků. Pokud se terapeut rozhodne, že pacient vhodný je, navrhne mu tento způsob léčby, vysvětlí důvody a seznámí ho s podmínkami léčby. Základní terapeutický proces na počátku léčby je zacílený na posílení *motivace* pacienta ke spolupráci, zvýšení *naděje* na změnu, vytvoření *léčebného kontraktu*, navázání konstruktivního *terapeutického vztahu a mobilizaci podpůrné sítě* mezi příbuznými pacienta.

Citlivé a empatické vyslechnutí, *vyjádření pochopení* pro příznaky i životní situaci a *edukace* o poruše, vzájemném ovlivňování jednotlivých skupin příznaků (bludný kruh), o možnostech léčby poruchy – to zpravidla napomůže k vytvoření základu terapeutického vztahu a posílení naděje na změnu. Je výhodné, když touto edukací může projít také *partner* nebo jiný blízký příbuzný, od kterého budeme očekávat sociální podporu. Terapeutický vztah je od počátku definován jako spolupráce a jsou vymezeny *odpovědnosti* pacienta i terapeuta. Jak terapeut, tak pacient musí soustředit svoje síly a energii na terapeutické cíle, na kterých se dohodnou. *Kontrakt* o terapii může být písemný (je to lepší), nebo probrán ústně. Je v něm stanoven počet společných setkání, jejich délka, domácí cvičení a může obsahovat i kontrakt o sociální podpoře, který se navazuje s příbuznými. Detailnější kontrakty obsahují rovněž definici problémů a cílů a uvádějí odpovědnosti terapeuta a pacienta. Zdůrazňování »my společně budeme to a ono« upevňuje vztah, ale pro ochranu před zbytečnou regresí ve vztahu je od počátku zdůrazňováno také »vy zkusíte to a ono.« Od počátku je potřebné mluvit o *domácích cvičeních*, která pomáhají naučené přenést z terapie do života. Pacient dostává jako pomůcku příručku o své poruše a její léčbě.

Kognitivně-behaviorální léčba smíšené úzkostně-depresivní poruchy používá základní strategie, potřebné jak pro léčbu deprese, tak úzkostných stavů:

- a) edukace o poruše a léčbě,
- b) plánování aktivit,
- c) nácvik zklidnění dechu a relaxace,
- d) kognitivní rekonstrukce,
- e) nácvik komunikace,
- f) expozice,
- g) řešení problémů,
- h) příprava na budoucnost.

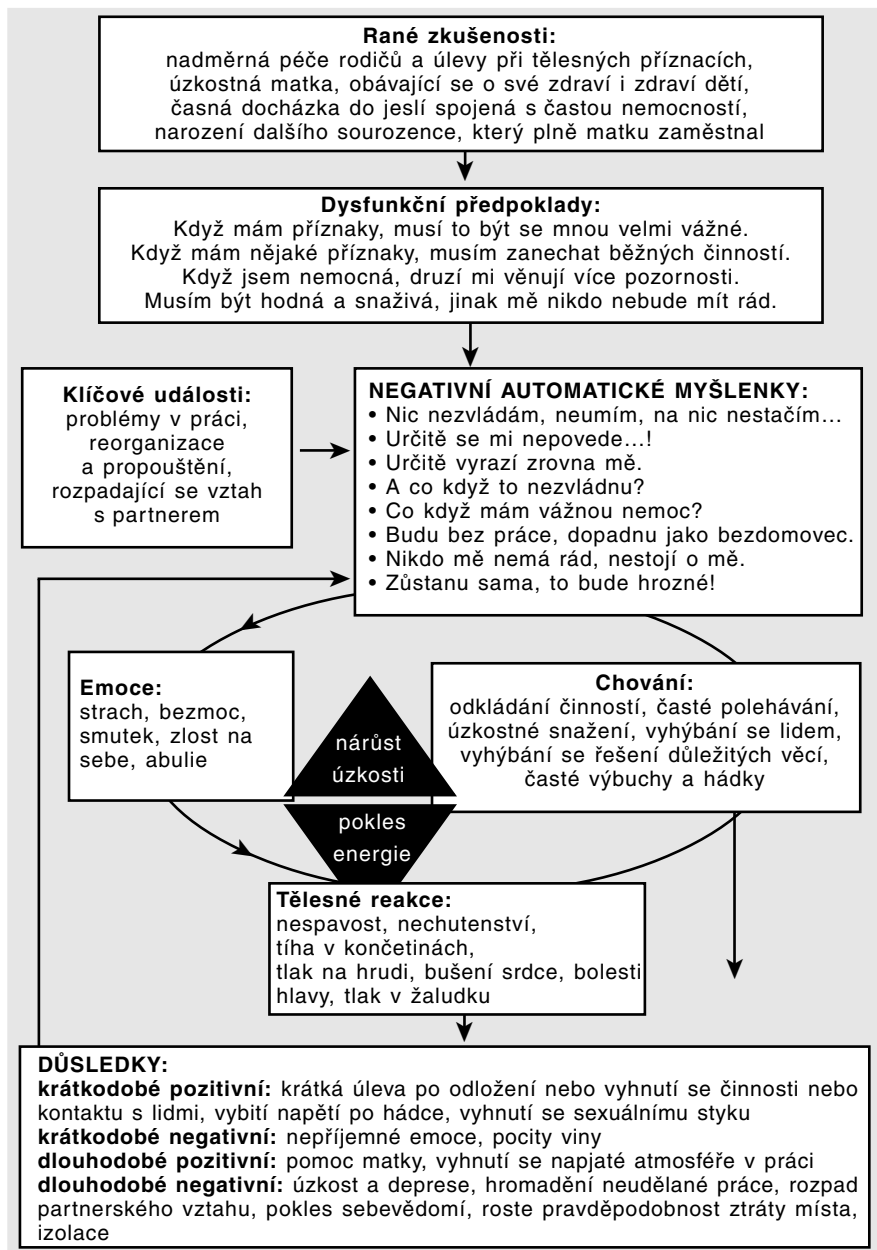
Výběr strategie léčby závisí na individuální skladbě příznaků a jejich tíži. Vždy však začíná edukací o poruše a způsobu její léčby. Pacient potřebuje získat jednoduché a přitom adekvátní informace o tom, co se s ním děje – **edukace o psychické poruše**. Pacient se musí dozvědět, jakým způsobem se bude léčit – jako druhý krok tedy následuje **edukace o léčbě**.

Proč je získání informací o poruše, kterou pacient prožívá, a její léčbě tak důležité?

- Pacient zjišťuje, že jeho potíže jsou známou nemocí, která se dá léčit. To podporuje jeho naději na vyléčení.
- Mozaika nesourodých potíží se redukuje do několika funkčně propojených kategorií – narůstá pocit možné kontroly.
- Je dána perspektiva logických kroků, kterým pacient rozumí a které »selským rozumem« povedou ke zmírnění potíží.
- Příznaky se dekatastrofizují.
- Je povzbuzen aktivní zájem o změnu situace. (viz schéma na str. 20).

Hned na začátku léčení je dobré dát pacientovi co nejvíce informací o tom, co je to deprese/úzkost. K tomu používáme jednoduchého modelu »bludného kruhu deprese a úzkosti« nebo »negativní emoční spirály«. Vysvětlujeme, že depresi a úzkost je možno pochopit jako následek bludného kruhu negativního uvažování, smutné a úzkostné nálady a pasivního a vyhýbavého chování. Tento bludný kruh je možné zrušit v několika »uzlech«, například tím, že se pacient naučí »vyhmátnout« a prověřovat depresivní a úzkostné myšlenky a najít realističtější hodnocení situace, nebo tím, že postupně, krok za krokem, zvýší svoji aktivitu. Dále vysvětlíme, co je to stresová reakce a nastavení »útok-útek«. Na tomto modelu pak popisujeme příznaky úzkosti, jejich možné evoluční příčiny a funkce. Vhodné je říci pacientovi, že to, že prožívá depresi nebo úzkost neznámá, že se zbláznil. Důležité je dostatečně dlouho se věnovat autonomním vegetativním projevům, k nimž při úzkosti a depresi dochází. Pacient potřebuje ujistit, že nejsou nebezpečné. Tyto informace musí být přizpůsobeny konkrétním potře-

Příklad formulace vývoje úzkostně-depresivní poruchy



bám každého pacienta a jeho příznakům. Cílem je nejen pacienta informovat, ale také dosáhnout snížení počtu problémů (např. tím, že ukážeme, že řada zdánlivě nesouvisajících potíží, jako je bušení srdce, třes rukou, pocení, zamlžené vidění a lapání po dechu, jsou všechno projevy jediného stavu – stavu úzkosti). Terapeut pak poskytuje pacientovi základní vysvětlení o vztahu mezi myšlením, pocity a chováním. Nejlepší k demonstraci vztahu mezi myšlením, cítěním se a chováním je využít údaje, získané v úvodním rozhovoru. Informační část o pacientově poruše je pak dokončena objasněním modelu poruchy, který s pacientem malujeme a ilustrujeme jím popsanými příznaky.

Po vysvětlení bludného kruhu poruchy na pacientových typických příznacích pokračujeme v **edukaci o léčbě** – tedy výkladem, jakým způsobem v daném modelu působí terapie. Práce s automatickými myšlenkami je pomáhá odstranit a zasahuje jeden z uzlových bodů bludného kruhu. Plánování činnosti postupně uvolňuje aktivitu a působí ve druhém uzlovém bodě. Relativně nejhůře můžeme působit přímo na emoce. Zde se uplatňují léky a relaxace. Léky ale začnou působit nejdříve za 3–5 týdnů, a relaxaci se člověk učí špatně, když je depresivní. Nicméně tím, že snížíme počet automatických myšlenek a zvýšíme aktivitu, automaticky zasáhneme i emoce. A to se může podařit i dříve, než se dostaví účinek léku. Je však třeba vědět, že nálada bude pravděpodobně ovlivněna později než aktivita a depresivní myšlení.

Informace o struktuře terapie jsou rovněž nezbytné: jak dlouho bude sezení trvat, jak často se budou terapeut a pacient scházet, kde bude léčba probíhat ap.

U některých pacientů se někdy stává, že odmítají přijmout fakt, že trpí psychickou poruchou. Zejména, pokud hlavní příznaky, které je obtěžují, jsou somatického rázu. Pacient bývá přesvědčen, že je nemocen somaticky a vesměs má za sebou řadu somatických vyšetření. Toto úskalí je třeba citlivě ošetřit v rozhovoru s pacientem. Důležité je pacientův pohled neodmítat, ale ani ho neupevňovat. Můžeme pravdivě uznat, že pacient prožívá tělesné příznaky, o kterých je přesvědčen, že jsou zapříčiněny tělesnou nemocí. Odpovídá přece logice »selského rozumu«, že tělesné příznaky jsou vyvolány tělesnou nemocí. Ovšem ve skutečnosti je v medicíně jako takové více možností, proč se objevují tyto tělesně prožívané příznaky. Existuje další rovnocenné vysvětlení. Např. řada nepříjemných emocí, jako je zlost, úzkost, strach, smutek, beznaděj a řada dalších, se může projevovat nikoliv psychologickým prožitkem, ale tělesným pocitem. Tělesný pocit může být také naučenou reakcí na určité typy myšlenek.

Plánování aktivit

Cílem sledování a plánování činností a zadávání postupně více náročných úkolů, je zapojit pacienta co nejvíce do aktivit, které mu zlepšují náladu. Při **sledování činnosti** – záznamu aktivity (který předchází plánování času) si pacient zaznamenává každou hodinu, co právě dělá, a hodnotí to na škále -4 až +4, pokud hodnotí náladu, nebo 0–10, když hodnotí míru napětí. Je možné použít další kritéria hodnocení aktivity, které u daného pacienta jsou účelná, jako je např. únava, potěšení, úspěšnost ap. **Plánování aktivity** je možno využít různým způsobem. U pacientů, kterým se rozpadl časový program a oni leží celý den v posteli, je potřeba vytvořit nejdříve ostrůvky jednotlivých nenáročných aktivit a pak postupně jedince zapojit do celého dne. Naopak u přetížených pacientů, kteří se cítí pod velkým časovým tlakem, je možno využít plánování činností k tomu, aby se současně věnovali vždy jen jednomu úkolu (snaha dělat několik věcí najednou obvykle vede k pocitu časového tlaku) a aby si mezi jednotlivými úkoly udělali vždy malou pauzu (přecházení od jednoho úkolu k druhému bez přerušování vede obvykle k pocitu únavy a zvyšuje pocit časového tlaku).

Cílem je zvýšit míru aktivity a dosáhnout co největšího pocitu potěšení a úspěšnosti. Tento postup s sebou nese řadu výhod. Redukuje zdánlivě nepřehlednou řadu úkolů na zvládnutelné množství, odstraňuje nutnost rozhodování: »A co mám dělat teď?«, zvyšuje pravděpodobnost, že pacient určité činnosti vykoná, podporuje zvýšení podílu příjemných činností během dne a zvyšuje u pacienta pocit, že svůj život má pod kontrolou. Informace získané z plánu činností mohou pak posloužit ke zpochybnění řady negativních automatických myšlenek, jako: »*Nikdy nic nedodělám.*«, »*Neměl bych pořád odpočívat.*«

Nácvik zklidnění dechu

Zklidnění dechu pomáhá rychle a účinně snížit napětí v situacích, kdy se pacient dostává do silné úzkosti, a to nezávisle na tom, zda v panické atace hyperventiluje, či nikoliv. Pokud se terapeut s pacientem shodnou, že hyperventilace hraje při záchvatech úzkosti určitou roli, je zklidnění dechu jednou z nejefektivnějších pomocí již na počátku léčby. Jeho nácvik v sobě zahrnuje dvě roviny intervence. V první poukazujeme na vliv nesprávného dýchání při genezi panického záchvatu, neboť kontrolou dechu je možné zmírnit příznaky paniky (**kognitivní složka** nácviku). Ve druhé rovině sama o sobě kontrola dýchání odstraňuje příznaky úzkosti (**behaviorální složka** nácviku). Při učení zde využíváme magnetofonových pásek s nahraným

rytmem dechu. Rytmus je určován slovy »nádech« a »výdech« se střídáním po 2–4 vteřinách (8–10 dechů/min). Mezi »nádechem« a »výdechem« necháváme krátkou pauzu. Terapeut v sezení spolu s pacientem volí nejvíce vyhovující dechový rytmus. Prodlouženou artikulací slov »nádech« a »výdech« se dosahuje jemného a delšího nádechu a výdechu. Po nastolení optimálního rytmu je tento nahrán na kazetu a pacient je vyzván, aby se dále řídil rytmem z pásku. Jakmile si na rytmus zvykne, je magnetofon vypnut a pacient pokračuje v dýchání sám po stále delší dobu.

Relaxace

U nás nejběžnějším přístupem je Schultzův autogenní trénink. Pro potřeby KBT je však velmi výhodný postup vytvořený Östem⁽⁹⁾. Vede poměrně rychle ke zkrácení nácviku, vytvoření podmíněného spojení a umožní aplikaci do situací vyvolávajících napětí.

Začínáme nácvikem **progresivní relaxace**, při které postupně procházíme jednotlivé svalové skupiny na těle, které napínáme a uvolňujeme. Tím se tyto dva stavy (napětí a uvolnění) učíme rozlišovat, lépe identifikujeme části, které zůstávají v napětí. Pro budoucí lepší převedení do přirozených situací pacient během tohoto nácviku neleží na pohovce, ale sedí na pohodlné židli. V roli terapeuta nejdříve předvedeme, jak je třeba jednotlivé skupiny svalů napnout a uvolnit. Pak toto cvičení provádí pacient a my kontrolujeme jeho správnost. Potom pacient zavře oči a my jej vedeme, aby napínal a uvolňoval jednotlivé svalové skupiny ve správném pořadí a správném rytmu. Napětí obvykle udržujeme po dobu asi 5 vteřin, relaxaci po dobu následujících 10–15 vteřin. Normálně napínáme a uvolňujeme každou svalovou skupinu jen jednou.

Instrukce pro progresivní relaxaci

- zatněte pravou pěst tak, abyste cítili napětí v pěsti a předloktí... uvolněte
- zatněte levou pěst tak, abyste cítili napětí v pěsti a předloktí... uvolněte
- ohněte pravý loket a zatněte biceps, ruce jsou uvolněné... uvolněte
- ohněte levý loket a zatněte biceps, ruce jsou uvolněné... uvolněte
- natáhněte pravou paži a zatněte triceps (předloktí opřete o židli)... uvolněte
- natáhněte levou paži a zatněte triceps (předloktí opřete o židli)... uvolněte
- nakrčte čelo a zvedněte obočí... uvolněte
- napněte svaly kolem očí... uvolněte
- napněte čelisti tím, že sevřete pevně zuby... uvolněte
- zatlačte jazyk proti patru, rty jsou zavřené, všimněte si napětí v hrdle... uvolněte
- sevřete pevně rty... uvolněte

- zakloňte hlavu, jak nejdál to jde... uvolněte
- zatlačte bradu proti hrudi... uvolněte
- zvedněte ramena k uším... uvolněte
- zhluboka se nadechněte, naplněte zcela plíce, zadržte dech, držte... vydechněte a uvolněte
- napněte svaly břicha... uvolněte
- zvedněte zadek nad židli... uvolněte
- napněte hýždě a lýtka tak, že tlačíte nohama do podlahy... uvolněte
- napněte chodidla a tlačte je dolů, prsty nohou tlačte vzhůru... uvolněte
- klidně a pravidelně dýchejte břichem

Cílem druhé fáze nácviku – **fáze uvolnění** – je zkrátit dobu, potřebnou k dosažení relaxace vynecháním fáze napětí. Sezení začíná tím, že pacienta požádáme, aby klidně dýchal a přitom se co nejvíce uvolnil. Dále dáváme pokyny, aby uvolňoval postupně jednotlivé skupiny svalů, počínaje hlavou – až do konečků prstů u nohou. Instrukce mohou znít takto:

Instrukce pro nácvik fáze uvolnění

- dýchejte klidně a pravidelně
- s každým výdechem se vaše tělo uvolní... stále více a více se uvolňuje... poddejte se tomu
- uvolněte čelo... obočí... víčka... tváře... jazyk... celý obličej...
- uvolněte krk... ramena... paže... až do konečků prstů...
- stále klidně a pravidelně dýchejte
- pocit uvolnění vám přechází do břicha...
- uvolněte hrudník... záda... hýždě... stehna... kolena... lýtka...
- uvolněte chodidla až do konečků prstů...
- dýchejte klidně a pravidelně...
- uvědomte si, že s každým výdechem se více a více uvolňujete...
- zhluboka se nadechněte... na několik vteřin zadržte dech... pomalu vydechněte...
- jste stále více a více uvolnění...

Ve třetí fázi nácviku – **podmíněné relaxaci** – se opět zkrátí čas potřebný k dosažení relaxace tím, že se zaměříme na dýchání a vypracujeme podmíněné spojení mezi sebe-instrukcí »uvolni se« a zvýšením pocitu relaxace. Sezení začíná pacient sám, pouhým uvolňováním svalů, do dosažení dostatečné relaxace. Pak mu dáváme pokyny zaměřené na pacientův rytmus dechu. Těsně před nádechem říkáme »nádech« a těsně před výdechem »uvolni se«. Tento postup opakujeme pětkrát, poté pacient pokračuje beze slov. Po minutě opět několikrát řekneme »nádech«...»uvolni se« a pak opět necháme pacienta několik minut, aby pokračoval samostatně. Tato podmíněná relaxace se procvičuje dvakrát během každého sezení.

Kognitivní rekonstrukce

Prvním krokem při kognitivní rekonstrukci je **identifikace automatických myšlenek**. Pacient si jich často není vědom a ještě méně je mu jasné, jak tyto negativní myšlenky ovlivňují jeho náladu, prožívání a chování.

Lékař	Když jsme spolu mluvili o tom, co prožíváte, často jste říkala: »Nejsem k ničemu! Už ani domácnost nezvládnou! Jsem úplně neschopná!« Například když jste líčila příhodu s připáleným řízkem. Vzpomínáte?
Pacient	Máte pravdu, často si to říkám, ale vždyť je to pravda, jsem úplně neschopná!
Lékař	Když si říkáte, že jste úplně neschopná, že nejste vůbec k ničemu, že ani domácnost nezvládnete.... Co si myslíte, jak to působí na vaši náladu? Myslíte, že vám to náladu zlepšuje, nebo naopak?
Pacient	Hm....když si to řeknu, je mi pak mizerně.
Lékař	Ano, tyto myšlenky – jsem úplně neschopná, nejsem vůbec k ničemu a už ani domácnost nezvládnou – vám zhoršují náladu. Jsem rád, že jste na to přišla. Ještě se chci zeptat na jejich další vliv: co myslíte, jak ovlivňují to, co děláte. Co myslíte, když si říkáte – »Nejsem k ničemu! Už ani domácnost nezvládnou! Jsem úplně neschopná!« – zvýší nebo sníží to vaši chuť něco dělat.
Pacient	Nemám pak většinou chuť nic dělat, když mi to nejde. Raději si jdu lehnout.
Lékař	Ano. Pěkně logicky pokračujeme. Jak jste na to sama přišla, tyto myšlenky ovlivní nejen to, jak se cítíte, ale i to, co pak děláte. Na obojí mají negativní vliv. Nebylo by tedy lepší se těchto negativních myšlenek zbavit?

Dalším krokem je **zpochybňování negativních myšlenek**. Ve zpochybňování negativních automatických myšlenek můžeme pacientovi pomoci během rozhovoru, nebo mu zpochybnění zadáme jako písemný domácí úkol. Při zpochybňování během rozhovoru v tzv. »Sokratovském dialogu« pacienta pomocí otázek vedeme k tomu, aby si své negativní automatické myšlenky zpochybněl sám⁽³⁾. Pokud se snaží je přímo zpochybnit lékař, pacient hledá důkazy, jak je naopak podpořit. Proto lékař spíše než tvrzení používá otázky, které pacienta vybízejí k přemýšlení. Mluvíme o »induktivních otázkách«.

Induktivní otázky ke zpochybňování automatických myšlenek

- Praktičnost
 - Jak tento závěr ovlivňuje vaši náladu a vaše chování?
- Odstup a volní rozhodování
 - Přejete si mít takové myšlenky?
- Alternativní pohledy
 - Jaká jsou jiná vysvětlení?

- Co by si v takovéto situaci myslel někdo jiný?
- Nepodceňujete své možnosti, jak čelit problémové situaci?
- Přesnost vystižení skutečnosti
- Z čeho vychází tento váš závěr, jaké pro něj máte důkazy?
- Co svědčí proti tomuto závěru?
- Je ta situace doopravdy tak vážná, jak si říkáte?
- Nestanovujete si nereálné a nedosažitelné cíle?
- Nezapomínáte na některá podstatná fakta, nebo naopak nezveličujete nepodstatná fakta?
- Nepřeceňujete míru pravděpodobnosti, s níž určitá událost nastane?

V následujícím rozhovoru lékař vede pacientku ke zpochybnění negativní automatické myšlenky:

- Lékař Už jste mi řekla, že tyto negativní automatické myšlenky nepříznivě ovlivňují vaši náladu i to, co pak děláte.
- Pacient Ano, cítím se pak špatně a zalezu do postele.
- Lékař Když se nad tím zamyslíte, chcete mít takové myšlenky, které vám kazí náladu a omezují vaše chování?
- Pacient Ne nechci, ale napadají mě samy. A co si mám myslet, když doopravdy nic pořádně nedělám?
- Lékař Raději byste je tedy neměla?
- Pacient Samozřejmě.
- Lékař To jsem rád. Už jsem měl obavy, že je začnete obhajovat. Jednoznačně vám škodí, raději byste je neměla, ale nevíte, jak se jich zbavit, jestli tomu dobře rozumím.
- Pacient Ano, je to tak. Co mám tedy dělat?
- Lékař Zkusíme chvíli společně přemýšlet o tom, jak nyní v depresi přemýšlíte a zda to nejde nějakým způsobem změnit. Abychom se v tom neztratili, vezmeme si pro tuto diskusi jen jednu událost a jednu negativní myšlenku. Nejjednodušší bude vzít na začátek tu příhodu s připáleným řízkem a jednu z negativních myšlenek, kterou jste situaci zhodnotila, například myšlenku: »Jsem úplně neschopná!«
- Pacient Dobře.
- Lékař Když někdo spálí řízky, znamená to nutně, že je úplně neschopný, nebo se to dá vysvětlit ještě jinak?
- Pacient No, úplně neschopný, to je asi přehnané. Ale já nezvládám i spoustu dalších věcí.
- Lékař O těch můžeme mluvit jindy. Je možné, že i ty hodnotíte trochu přehnaně. Vraťme se ale k tomu připálenému řízku. Když někdo připálí řízek, znamená to nutně, že je úplně neschopný?
- Pacient No,... neznamená.
- Lékař Výborně. Když člověk připálí řízek, čím jiným by se to ještě dalo vysvětlit než tím, že je úplně neschopný?
- Pacient Třeba tím, že je roztržitý. Nebo že zapomněl hlídat čas. Nebo mu právě zazvonil telefon.
- Lékař Výborně. Napadly vás hned tři jiné možnosti. Není některá z těch tří dalších možností blíž tomu, co se stalo vám?
- Pacient Vlastně mi zrovna telefonovala máma...

Mezi terapeutickými schůzkami se pacient snaží zpochybnit automatické myšlenky sám. Jako písemný domácí úkol mu zpravidla zadáváme jednu nebo dvě typické negativní automatické myšlenky a chceme po něm, aby nám do příštího sezení přinesl, jak se mu podařilo je zpochybnit. Nakonec za našeho vedení pacient ohodnotí negativní automatickou myšlenku a nahradí ji realističtější. Poslední krok vlastně znamená odpověď na otázky vznesené v předešlém kroku. Pacientům v této fázi mimo jiné doporučujeme: *»Zkuste odpovědět ne podle momentálních pocitů, ale zvažte odpovědi podle toho, jak se dlouhodobě znáte, nebo jak byste na podobnou otázku odpověděli v době, když jste se cítili dobře.«* Racionální odpověď by neměla být přeháněním na druhou stranu. Měla by se držet reality.

Lékař	Jak byste mohla nyní zhodnotit situaci pravdivěji než tím, že si řeknete, že jste úplně neschopná?
Pacient	Nevím.... To myslíte, co bych si jako mohla říct?
Lékař	Ano, výborně. Co byste si mohla říci v té situaci a přitom vám to neškodilo a nekazilo tolik náladu?
Pacient	No, že i když jsem připálila řízek, neznamená to, že jsem úplně neschopná, ale že jsem odběhla k telefonu a na chvíli na řízek zapoměla.
Lékař	Velmi pěkně jste to řekla. Dobře se s vámi spolupracuje. Je vidět, že umíte přemýšlet tak, aby vám to méně škodilo a více pomáhalo. Budu po vás chtít, abyste za domácí cvičení písemně podobným způsobem zpochybnila dvě další negativní myšlenky, které se v té situaci objevily. Byly to tuším myšlenky: <i>»Nejsem k ničemu! Už ani domácnost nezvládnou!«</i> Prosím, запиšte si je. Zkuste je podobně, jako jsme to dělali spolu, vztáhnout k té události, při které se objevily, tedy k připálení řízku, ne k jiným událostem. Pokud se objevují tyto myšlenky i u jiných událostí, budeme je muset zpracovat zvlášť.
Pacient	Dobře, udělám to tak.
Lékař	Zkuste mi nyní zopakovat domácí cvičení, které jsem vám zadal, abych věděl jistě, že jste mu porozuměla.

Cílem verbálního zpochybňování je, aby postupně došlo k jeho generalizaci na další situace a preventivnímu působení. Pacient se učí znovu promyslet a zhodnotit své vlastní myšlenky. Cíle však nemůže být dosaženo, pokud všechnu práci odvede lékař. Proto pacient dostává za domácí úkol sám zpracovat některé svoje typické automatické myšlenky.

Nácvik komunikačních dovedností

U pacientů s úzkostně-depresivní poruchou a s komorbidní úzkostnou a depresivní poruchou je deficit sociálních dovedností často rozsáhlý, a proto je potřebné provést systematicky nácvik sociálních dovedností vůbec, bez

ohledu na problém, který pacient označil. V tom případě je však nácvik typickou strategií rehabilitace a profylaxe poruchy. Jednotlivé složky chování jsou předváděny a procvičovány při scénkách se zpětnou vazbou: tento nácvik je pak následován postupným uplatňováním získaných dovedností ve skutečném životě.

Oblasti nácviku komunikace

- Neverbální dovednosti
- Naslouchání partnerovi, empatická sdělení
- Zpětná vazba jak kladná tak záporná, komplimenty
- Srozumitelné a neagresivní vyjadřování kladných i záporných pocitů
- Empatické naslouchání
- Navazování, udržování a ukončování konverzace
- Asertivní »souhlas«, negativní aserce, negativní dotazování, persistence
- Asertivní obligace
- Vyjádření zlosti a hněvu
- Podávání a přijímání kritiky (pravdivé, nepravdivé, nevhodně podané)
- Požádání o laskavost
- Komplexní situace: nácvik řešení problémů, manželská dohoda, manželská hádka, ucházení se o zaměstnání, konkurzy, komunikace s pubertálním dítětem ap.

Hraní rolí je nejdůležitější součástí nácviku sociálních dovedností. Pacient si opakovaně v různých obměnách zkouší zvládnání interakce, nejdříve hledá optimální formu, po zpětně-vazebném komentáři, který upozornil na konkrétní oblasti, v nichž se pacient může zlepšit, si pak opakovaně procvičuje novou formu. Je důležité nechat přehrávat nejen svoji roli, ale i roli partnera, rodiče, spolupracovníka ap. To může pomoci kognitivnímu vhledu do situace druhého a vidět na druhém svůj vlastní styl komunikace.

Hlavním úkolem nácviku sociálních dovedností je zajistit, aby se pokrok, dosažený během terapeutických setkání, přenesl i do reálných životních situací. Scénky se proto snažíme udělat co nejrealističtější, využíváme prostředí a zvuků, co nejvíce připomínajících přirozené situace, sezení se může konat přímo na místě, kde se lidé společensky baví ap.

Nácvik sociálních dovedností je možno provádět individuálně. Práce ve skupině je však prospěšnější a ekonomičtější. Je také vhodnější pro lidi trpící sociální fobií, kteří mají problém s navazováním kontaktů. Během skupinového sezení dostane každý člen příležitost k hraní rolí a ostatní členové skupiny jeho výkon komentují, čímž si procvičují své vlastní schopnosti sledovat, naslouchat, chválit a poskytovat užitečné postřehy. Skupina také vyvíjí nepřímý tlak na členy, aby mezi sezeními cvičili. Individuální terapie je vhodná u velmi úzkostných pacientů jako příprava před zapojením do skupiny.

Expozice

Všechny formy vyhýbavého chování pomáhají v udržování negativních přesvědčení pacienta. Proto je důležité pacienta podněcovat k tomu, aby čelil situacím nebo aby se opět věnoval činnostem, kterým se dosud vyhýbal, aby bylo možno zjistit, zda se obávané následky skutečně dostaví. Pacienty podněcujeme k tomu, aby se sami vystavovali obávaným situacím nebo činnostem, a to opakovaně a postupně. Navíc je požádáme, aby předem předpověděli, co si myslí, že se stane během tohoto cvičení, abychom pak mohli tuto předpověď porovnat se skutečným výsledkem.

Expozice je vystavení se obávaným podnětům. Expozice může být:

1. **Exteroceptivní** – tj. vystavení se vnější situaci, které se pacient obává, a tudíž vyhýbá (např. jít do metra, obchodního domu, promluvit ve skupině lidí ap.).
2. **Interoceptivní** – vystavení se vnitřní situaci (např. tachykardii po cvičení).

Při **expozici zevním podnětům** se pacient učí čelit obávané situaci tím, že se jí vystaví. Ve většině případů se to učí postupně, pomocí předem naplánovaných kroků, jejichž obtížnost se postupně zvyšuje. Může jít o **expozici v představách** nebo **expozici ve skutečnosti (in vivo)**. Přejít k dalšímu kroku následuje až poté, co pacient zvládá předchozí krok bez výraznějších obtíží. Další modifikací expoziční je **zaplavení**: protražovaná expoziční nejvíce obávané situace. Expozice trvá tak dlouho, dokud nedojde ke snížení pocitu nepohody. Zaplavení bývá velmi elegantní, pokud pacienta dokážeme motivovat, aby v záchvatu paniky neutekl. Pokud se zaplavení podaří, pacient se rychle přesvědčí o tom, že jeho katastrofické scénáře neplatí. Na rozdíl od fobické úzkosti, kde nejdůležitější v léčbě jsou expoziční vnější situacím, kterých se pacient bojí, u panických záchvatů a vegetativních úzkostných epizod s obavami o zdraví jsou nejdůležitější expoziční vnitřním podnětům – **interoceptivní expoziční**. Pacient je tedy exponován fyziologickým příznakům, které ho děsí. Při této formě expoziční je tedy třeba uspořádat situaci tak, aby došlo k rozvoji vegetativních příznaků, které se objevují při masivní úzkosti. K tomu se používá celá řada fyziologických manévrů, zejména tělesné cvičení a hyperventilace. Snad nejčastějším prostředkem navození interoceptivní expoziční je hyperventilace. Je výhodná proto, že nejméně polovina pacientů s panickou atakou běžně v atace hyperventiluje a prožívá příznaky, které lze hyperventilací navodit. S expoziční hyperventilací začínáme ihned poté, co pacient zvládl dechový trénink, a pokračujeme v každém sezení až do konce terapie. Je vhodné pozvat k interoceptivní expoziční partnera pacienta, který může dělat koterapeuta,

a pak je možné provádět interoceptivní expozici doma každodenně po dobu trvání terapie.

Expozice v představách znamená vystavení se ve fantazii obávané situaci nebo situaci, které se pacient v životě vyhýbá. Je široce používána a může mít různý účel:

- a) příprava na expozici »in vivo«,
- b) uvolnění představ, kterým se pacient vyhýbá,
- c) systematická desenzitizace,
- d) řízené truchlení (po ztrátě) a
- e) zaplavení – vystavení nejtěžší situaci.

Řada nepříjemných vzpomínek má tendence se objevovat znovu a znovu v situacích, které nějakým způsobem tyto vzpomínky evokují. Typické je to pro pacienty, kteří zažili traumatickou událost, která se jim nyní vrací v útržkovitých vzpomínkách a vyvolává úzkost. Tito pacienti mají však tendenci se plnému rozpomenutí vyhnout, a tak usilovně vlastní vůlí se snaží tyto vzpomínky potlačit. Toto potlačování vede k silné úzkosti, vegetativním projevům a hlavně k novým reminiscencím na traumatickou událost. Proto expozice u těchto pacientů je zaměřena na co nejuplněnější rozpomenutí na traumatickou událost, včetně detailů, emočních stavů, myšlenek ap. Pacient vlastně situaci »znovuprožívá«, většinou za velmi silného emočního a vegetativního doprovodu. Po opakované expozici emoční a vegetativní doprovod slábne a reminiscence, které se objevovaly po nepatrných spouštěčích, postupně mizí.

Systematická desenzibilizace je forma postupné konfrontace s obávaným podnětem (např. pes, pavouk) v představách při současném vyvolání emočního nastavení, které je s úzkostí »neslučitelné« – tj. s relaxací. K dalšímu kroku v hierarchii podnětů se přechází až v době, když už předchozí představa nevyvolává žádnou úzkost. Tato forma je dnes již považována za překonanou, nicméně může být velmi užitečná u dětí.

Řízené truchlení je varianta expozice v představách, která se užívá u pacientů, kteří zažili velkou ztrátu, nejčastěji blízké osoby. Je zaměřená na zmírnění nadměrného smutku tím, že pacienta vede k opakovanému a dlouhotrvajícímu kontaktu s podněty, které v něm vyvolávají vzpomínky na zemřelého, jak v představách, tak ve skutečnosti.

Řešení problémů

Řešení problémů je rámec, ve kterém se věnujeme oblastem definovaným společně s pacientem. Je to obecná strategie, která volí konkrétní postupy podle toho, co se má řešit. Má několik formalizovaných kroků, které se užívají, ať již řešíme globální lidské problémy, problém chemické syntézy nové látky, léčbu pacienta, nebo pacient sám řeší své problémy. Mezi takové problémy patří nesoulad ve vztahu mezi partnery, chybějící partner, izolace rodiny, nedostatečná sociální podpora, konflikty s příbuznými, nedostatek dovedností v péči o rodinu, neschopnost určit si priority, problémy v zaměstnání ap. Samotné řešení problémů má pak standardní kroky: identifikace problémů, jeho konkretizace, brainstorming možných řešení, výběr optimálních řešení, jejich uspořádání do konkrétního krokového plánu a ukončení řešení po dosažení stanoveného cíle (viz detailně – citace 8). K řešení problémů často patří *nácvik komunikace*, který je zaměřen na zlepšení sociálních vztahů pacienta tak, aby sociální podpora byla co nejlepší.

Příprava na budoucnost

Ke konci terapie se přesouvá pozornost od redukce symptomatologie k prevenci relapsu. Prodlužujeme postupně intervaly mezi sezeními a snažíme se předvídat, jaké těžkosti mohou v budoucnu nastat (např. ztráta zaměstnání, odchod od rodičů, rozchod s přítelem či přítelkyní). I když není jisté, zda se takové problémy opravdu objeví, je vhodné promluvit si s pacientem o tom, jak by jim čelil. Pacienta požádáme, aby sepsal seznam již naučeného a aby si vypracoval plán, jak čelit případným budoucím stavům úzkosti.

ZÁVĚR

Diagnostika, klinické vedení a dlouhodobá péče o lidi trpící smíšenou úzkostně-depresivní poruchou není obtížné, pokud dobře chápeme všechny souvislosti a máme dostatek klinické zkušenosti. Tuto terapii lze poskytovat i na úrovni primární péče všeobecného lékaře, ovšem složitější případy patří do rukou specialisty – psychiatra. Základním přístupem je léčba pomocí antidepressiv, které zpravidla uleví do 3–6 týdnů podáváníí. Důležité je však nevysadit medikaci brzy, ale pokračovat v udržovací léčbě nejméně 6–9 měsíců, při opakovaných epizodách poruchy i déle. Kromě medikace bývá k léčbě smíšené úzkostně-depresivní poruchy úspěšně používána i kognitivně-behaviorální terapie. Cílem psychoterapie je získat kontrolu nad stresujícími podněty, zvládání příznaků, zvýšení sebevědomí a snížení pocitu bezmoci, který s touto poruchou často souvisí. Léčba obvykle trvá mezi 12 a 20 sezeními s dalšími přídatnými sezeními v udržovací léčbě. Nejvíce používanými přístupy v kognitivně-behaviorální terapii jsou edukace, nácvik uvolnění dechu, progresivní relaxace, kognitivní restrukturační, expoziční léčba, denní plánování, řešení problémů.

Kazuistika

Anamnéza: Marii je 51 let, je vdaná, má dospělého syna a 2 vnoučata. Pracuje na zkrácený úvazek jako úřednice na obecním úřadě. V rodině se nikdo na psychiatrii neléčil. Marie vyrůstala do 4 let v dětském domově. Tam bylo poprvé zjištěno astma bronchiale, které ji trápí celý život. Otce nikdy nepoznala. Ve 4 letech si ji matka vzala do vlastní péče. Starala se však o ni hlavně babička. Matka chodila do práce a byla na dceru hodně přísná. Bila ji za jakýkoliv prohřešek, stále ji kontrolovala. Marie od dětství žila v pocitu, že ji matka nemá ráda. Pořád se jí snažila zavděčit, ale to nešlo. Naštěstí babička byla laskavá a chránila ji. Marie se učila velmi dobře, ale byla zakřiknutá, mezi spolužáky neprůbojná. Podobně tomu bylo na střední škole. Po škole začala pracovat jako úřednice. V práci byla vždy pečlivá, spolehlivá, často zůstávala v práci po pracovní době, aby všechno stihla. Ve 22 letech potkala svého budoucího manžela. Byl to první muž, kterého poznala. Zamilovali se a vzali se. Narodil se jim syn. Prvních 15 let bylo manželství docela spokoje-

né, ale poněkud stereotypní. Marie chodila do práce, starala se o dítě a manžela, dívala se na televizi. Nikam nechodili, manžel trávil čas většinou v práci, když byl doma, byl unavený, chtěl odpočívat. Přestal se jí dvořit. Často měla pocit, že kromě toho, že v rodině slouží, nemá o ni vlastně nikdo zájem. Ve 37 letech se jí začal v práci dvořit o 5 let mladší muž. Marie byla zpočátku vyděšená, odmítala ho, ale jemná pozornost, kterou jí věnoval, byla stále příjemnější. Zamilovala se a začala s ním chodit. Její život se náhle změnil. Tajně se scházela se svojí láskou, chodila jako ve snách, přitom doma se snažila co nejvíce obstarat domácnost, aby manžel nic nepoznal. Ten byl zahleděn do své práce a odpočinku, a když doma nic nechybělo, byl spokojený. Mimomanželský vztah trval 3 roky, pak začal milenec naléhat na to, aby se Marie rozvedla. Zalekla se. To by nedokázala udělat. Začaly ji pronásledovat pocity viny. K oběma mužům. Nevěděla kudy kam. Propadla smutku a úzkosti. Nakonec to manželovi řekla. Ten jí nařídil, aby vztah ukončila. Poslechla. Bylo to pro ni vysvobození. Manžel jí to později ani slovem nevyčetl. Marie mu je za to velmi vděčná. Jí však zůstaly pocity viny. Život pokračoval dál, syn dospěl, vystudoval a oženil se. Odstěhoval se k rodičům manželky. Marie zůstala sama s manželem. Ten chodil do práce, díval se na televizi. Syn byl pryč... Když se narodilo první vnouče, Marie pookřála. Doufala, že ho bude hlídat, pomáhat snaše s pečováním a prací kolem. Nabídla se, ale snacha to odmítla. Má přece doma svoji mámu, a ta na to stačí. Marie se čím dál víc cítila zbytečná. Znovu se pokusila nabídnout pomoc při narození druhého vnoučete. Snacha neměla zájem. Marie to začala vnímat jako křivdu, nespravedlnost. Začala to snaše vyčítat. Již tak řídké návštěvy synovy rodiny se ještě omezily.

Příznaky: První příznaky úzkosti a deprese se objevily kolem 48 let. V té době došlo ke změně nadříceného v práci a Marie dostala strach, zda mu bude vyhovovat. Velmi se snažila, aby jí nemohl nic vytknout. To znamenalo, že zůstávala dlouho do večera v práci a část práce si nosila domů, tam ji kontrolovala, aby nikde nebyla chyba. Začala být vyčerpaná. Žila ve stálých obavách, jak zvládne další den. Jedno z vnoučat častěji stonalo. Dostala o ně strach. Naléhala na snachu, aby vyhledala další a další lékaře. Snacha to odmítla s tím, že jednoho

dobrého už má. Marie dostala rovněž strach o své tělesné zdraví. Začala se pozorovat. Zjistila celou řadu divných tělesných příznaků – slabost v nohách, závratě, pocity stažení žaludku, třes rukou, občas se začaly objevovat pocity na zvracení. Obtíže nebyly stabilní, v létě na dovolené s manželem se cítila docela dobře, na podzim a na jaře podstatně hůře. Ztratila náladu, zájem o sexuální život. Objevily se příznaky přechodu – návaly, nepravidelné a zvýšené krvácení. Začala obcházet lékaře. Od svého praktického lékaře přes známé internisty, neurologa, gynekologa a otorinolaryngologa. Nic na ní neobjevili. Pouze, že je v přechodu. Doporučili psychiatra. K psychiatrovi však jít nechtěla. Necítila se jako blázen. A to, co ji trápí, jsou přece tělesné potíže. Nápadně se jí zvýšila chuť k jídlu. Během půl roku přibrala 12 kg. Psychický stav se začal zhoršovat. Většinu dne byla napjatá, nebyla schopna se koncentrovat v práci, ani doma se nesoustředila na televizi. Pro únavu, ztrátu zájmů, úzkostnost, obavy o zdraví se nakonec nechala převézt a k psychiatrovi šla.

Při prvním rozhovoru: Je úzkostná, naléhavá, neklidná. Bojí se o své tělesné zdraví, moc nevěří, že její problémy jsou psychického původu. Bojí se, že snacha ji odmítne úplně, když zjistí, že chodí na psychiatrii. Náladu má subdepressivní, během rozhovoru se však mění a kolísá, od nařikavosti a depresivní nálady k normální náladě, podle tématu rozhovoru. Stěžuje si na potíže s usínáním (běžně usíná 2–3 hodiny), nechut k jakékoliv aktivitě, na potíže se soustředěním na práci i televizi, nadměrnou chuť k jídlu s přibíráním na váze, četné tělesné potíže: tíhu v končetinách, závratě, svírání na hrudi, třes rukou, bolesti hlavy, závratě, stažený žaludek ap.

Terapie: Marie je léčena kombinací antidepresiva citalopramu a psychoterapie. Zpočátku potřebuje hlavně podporu a přijetí. Několik sezení mluví o svém životě. Částečně své potíže chápe jako boží trest za nevěru. Podobně chápe odmítání snachy. Postupně se dostává ke své závislosti na přijetí od druhých a celoživotním pocitům viny a úzkosti, když někomu nevyhověla. Učí se pracovat s těmito přehnanými sebeodsuzujícími myšlenkami a hledat si sama pohled, který jí více pomáhá. Plánuje si každodenně činnosti na další den. Zpočátku má

na sebe nadměrné požadavky, ale po konzultacích s lékařem začíná vytvářet plány, které je schopna splnit. Učí se za to sama odměnit, což je zpočátku svízelné, protože si myslí, že si za běžné činnosti odměnu nezaslouží, a o tom, že by člověk měl odměňovat sám sebe, nechce ani slyšet. Později zjišťuje, jak velmi jí pomáhá, když to doopravdy začala dělat. Úzkostná a subdepresivní nálada odeznívá během 8 týdnů a Marii se zase vrací potěšení ze života. Je jí však zřejmé, že musí změnit životní styl. Orientuje se více na kulturu a na lidi mimo rodinu. Seznámila se s dívkou, která je svobodná matka, a Marie se jí nabízí jako »babička« k malému dítěti. Daří se jí přesvědčit manžela, aby ji alespoň občas doprovázel do divadla nebo na koncert. Přestává naléhat na snachu, a vztahy se synovou rodinou se uvolňují. Návštěv je více...

LITERATURA

1. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington : American Psychiatric Association, 1994.
2. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Text revision*. Washington : American Psychiatric Association, 2000.
3. BECK, AT. *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York : Penguin Books, 1989, 356 p.
4. CAMERON, RP., SCHATZBERG, AF. Mixed anxiety-depressive disorder. In STEIN, DJ., HOLLANDER, E. (Eds), *Textbook of anxiety disorders. american psychiatric association*. Washington : American Psychiatric Association, 2002, p. 159–172.
5. HÖSCHL, C. *Psychiatrie pro praktické lékaře*. Jinočany : H & H, 1996.
6. LIEBOWITZ, MR. *Mixed anxiety and depression: should it be included in DSM-IV?* J Clin Psychiatry, 1993, 54, Suppl. 5, p. 4–7.
7. PRIEST, RG., BALDWIN, D. *Depression and anxiety*. London : Martin Dunitz, 1994, 82 p.
8. MOŽNÝ, P., PRAŠKO, J. *Kognitivně-behaviorální terapie: úvod do teorie a praxe*. Praha : Triton, 1999, 304 s.
9. ŮST, LG. *Applied relaxation: description of a coping technique and review of controlled studies*. Beh Res Ther, 1987, 25, p. 397–410.
10. PRAŠKOVÁ, H., PRAŠKO, J. *Úzkostné a depresivní poruchy*. Praha : Galén, 1999.
11. SMOLÍK, P. *Duševní a behaviorální poruchy*. Praha : Maxdorf, 2002.
12. ŠVESTKA, J. (Ed.). *Psychofarmaka v klinické praxi*. Praha : Grada Publishing, 1995.
13. TURNER, T. *Depresia a úzkost*. London : Harcourt Health Communications, 2001, 24 p.
14. VOJÁČEK, K. *Autogenní trénink*. Praha : Avicenum, 1988.
15. WELTZLER, S., KATZ, MM. *Problems with the differentiation of anxiety and depression*. J Psychiatr Res, 1989, 23, p. 9–15.
16. World Health Organization. *The ICD–10 classification of mental and behavioral disorders: clinical description and diagnostic guidelines*. Geneva : World Health Organization, 1992.

Ján Praško, Erik Herman, Jiří Hovorka, Beata Pašková, Hana Prašková
SMÍŠENÁ ÚZKOSTNĚ DEPRESIVNÍ PORUCHA
Příručka pro klinickou praxi

Jako neprodejnou účelovou publikaci
pro LUNDBECK Česká republika s.r.o.
vydal PhDr. Lubomír Houdek – nakladatelství Galén
Praha, 2003
Výroba Glos, Špidlenova 436, 513 01 Semily
Na obálce je použita ilustrace »Naděje« Vandy Váchové

Příručka obsahuje základní informace a typické příklady. Celkové diagnostické zhodnocení a z něj vyplývající terapeutický postup je věcí lékaře. Musí být vždy přísně individuální, s přihlédnutím k osobitým podmínkám jedince, jeho celkovému zdravotnímu stavu, zázemí a odezvě na léčbu.

ISBN 80-86257-34-7