

ÚZKOSTNÉ PORUCHY

MUDr. Ján Praško, CSc.

Centrum neuropsychiatrických studií, 3. LF UK, Psychiatrické centrum Praha

Úzkostné poruchy patří mezi nejčastější psychické poruchy vůbec. Velmi často se objevují v praxi všeobecného lékaře a často nejsou identifikované, protože pacient si stěžuje spíše na tělesné projevy než na úzkost, obavy, starosti nebo fobické příznaky. Mezi úzkostné poruchy patří panická porucha, generalizovaná úzkostná porucha, sociální fobie, specifická fobie, smíšená úzkostně depresivní porucha. Léčbou volby je dlouhodobé podávání antidepresiv, zejména ze skupiny SSRI nebo SNRI, nebo specifická psychoterapie. Podávání benzodiazepinu není považované za vhodné.

Klíčová slova: úzkostné poruchy, benzodiazepin, antidepresiva.

ANXIETY DISORDERS

Anxiety is a nonspecific symptom and its presence and persistence obligates physician to consider an extensive differential diagnosis. Anxiety and panic in the medical setting are often overlooked. Regardless of etiology, anxiety can present with disruption of practically any bodily system. Autonomic overactivation can take either an acute or a chronic form. In the former, alarm (fight or flight) features predominate; in the later, heightened vigilance is the predominant element of the presentation. Some individuals are inclined to more psychological symptoms of anxiety; for others, the somatic symptoms may predominate. There are some types of anxiety disorders which differ with the symptomatology: panic disorder, generalized anxiety disorder, agoraphobia, social phobia, specific phobia and mixed anxiety-depression disorder. Pharmacological interventions include the possible use of a variety of agents. High-potency benzodiazepines such as alprazolam, clonazepam, and lorazepam can alleviate anxiety associated with procedures, assist with sleep, and provide relief in the short-term management of acute stressor but couldn't been used not for prolonged periods because of tolerance, dependence and withdrawal syndromes in case of discontinuation.

Key words: anxiety disorders, symptoms, pharmacotherapy, benzodiazepines, antidepressants, cognitive behavioral therapy.

Úvod

Řada pacientů léčených v somatických ambulancích a na odděleních trpí nadměrnou úzkostí. Mohou trpět úzkostnou poruchou samotnou, nebo trpí somatickou nemocí a úzkostnou poruchou zároveň: úzkostná porucha se může také rozvinout po stresujícím zjištění závažné diagnózy, nepřijemných výše třeních a iatrogenizujících zážitcích během léčby. Zejména lidé s obavami o své zdraví zpravidla trpí řadou tělesných úzkostných příznaků, které si vysvětlují jako možné tělesné onemocnění. Protože svým příznakům nerozumějí, vyhledávají somatické odborníky s představou, že jejich příznaky znamenají ohrožení tělesného zdraví. Možnost psychické poruchy odmítají, protože se necítí být „blázniví“ a často se velmi obávají psychiatrické nálepky. Navíc slova lékaře: „Jste zdravý, máte to od nervů,“ nebo „Najděte si psychiatra“ jsou pro ně ponižující; jakoby to znamenalo, že jejich potíže nejsou reálné, ale „vymyšlené“ nebo známkou „psychické slabosti“, čili nějakého druhu inferiority. U úzkostných poruch, jako je panická porucha a generalizovaná úzkostná porucha, se pozornost pacienta i okolí soustřeďuje hlavně na somatické projevy strachu a úzkosti. Somatické vyjádření je lépe tolerováno, vyvolává spíše soucit a potřebu chránit než odmítnutí. Projevy úzkosti u panické poruchy bývají tak dramatické, že i okolí snadno uvěří, že jde o vážné tělesné onemocnění. Psychiatrickou diagnózou bývá zklamán jak pacient, tak jeho rodina.

Stereotyp „psychiatrického pacienta“ je pro úzkostného jedince natolik ohrožující, že raději odbornou pomoc nevyhledá, nebo dává přednost somatickým odborníkům. Proto odhadem pouze 25% lidí trpících sociální fobií a kolem 40% trpících panickou poruchou, smíšenou úzkostně depresivní poruchou nebo generalizovanou úzkostnou poruchou, se nakonec dostane k odborníkovi. Pacient se často brání přijmout nálepku psychiatrického pacienta natolik, že potlačuje nebo vytěsňuje z uvědomění emoční změny a upíná se k somatickým příznakům (Shape & Wessley 2000). Bohužel se značkování pacientů nevyhnu ani odborníci. Jsou podobně jako pacient a jeho rodina částečně závislí na stereotypu duševně nemocného v populaci. K tomu se může přidat další značkování, které se lékař naučí během svého profesního růstu. Úzkostný nebo nařikající pacient je pro něj „hysterický“, obávající se pacient „hypocondrický“. Je příznačné, že pokud úzkostnou poruchou onemocní lékař, nejdříve si nechá udělat všechna dostupná laboratorní vyšetření (někdy i katetrizaci srdce), a pokud i pomyslí na úzkostnou poruchu, zpravidla si odbornou pomoc nehledá, za své potíže se stydí, léčí se sám a většinou špatně.

Co jsou to úzkostné poruchy

Úzkost je nespecifický syndrom a její přítomnost a přetrvávání nutí lékaře zvažovat rozsáhlou diferenciální diagnostiku. Úzkost a panika jsou přítom v medicíně často pře-

hlédnuty. Nezávisle na etiologii, úzkost se může projevat narušením prakticky kteréhokoliv tělesného systému. Autonomní hyperaktivace může mít akutní nebo chronickou formu. Při akutní formě se převážně objevují příznaky alarmované reakce (boj nebo útek); u chronické je dominujícím prvkem zvýšené nabuzení. U některých lidí se objevují spíše psychologické příznaky úzkosti, u jiných spíše tělesné. **Úzkostné poruchy** se vyznačují záchvatovými nebo kontinuálně fluktuujícími stavy distresu, při kterých se bez vázanosti na reálné nebezpečí objevují tělesné a psychické projevy úzkosti. Jsou velmi časté. Někdy v životě trpí klinicky významnou úzkostnou poruchou 24,9% populace (Kessler a spol. 1994). Úzkost i strach mají pro organismus adaptivní funkci. O úzkostné poruše mluvíme tam, kde se úzkost nebo strach objevují **příliš často, trvají příliš dlouho** a jejich intenzita je vzhledem k situaci, která je spustila, **příliš velká**, nebo když se objevují **v nepřiměřených situacích**. V těchto případech zpravidla **negativně zasahují do života** jedince. Úzkost může „**volně plynout**“ bez omezení na zvláštní okolnosti, nebo se projevit v záchvatech. Pokud se objeví náhle a bez zjevné příčiny, mluvíme o **spontánní úzkosti**, případně spontánním záchvatu paniky. Pokud se týká konkrétních situací (jde tedy o strach), kterých se běžně lidé nebojí, jde o fobii. Pokud se rozvine při očekávání ohrožující situace, mluvíme o **anticipační úzkosti**.

Panická porucha

Dominujícím rysem jsou náhlé paniky, které pacient neumí plně předvídat. Při záchvatu dochází k rozvoji intenzivního strachu, že se něco hrozného přihodí, a pocitu ztráty kontroly. Záchvat je spojen s řadou intenzivních tělesných příznaků: bušením srdce, bolestí na hrudi, pocity dušení, závratěmi a pocity neskutečnosti (depersonalizace, derealizace). Jednotlivé ataky obvykle trvají 5–20 minut (výjimečně déle). Po odeznění může přetrvávat třes, napětí a vyčerpání, nebo dojde k ochablosti a letargii. Na ataku často navazuje strach z dalšího záchvatu. Postižení se často domnívají, že dostali srdeční infarkt nebo trpí jinou závažnou tělesnou chorobou. Proto často vyžadují urgentní lékařskou pomoc. Tělesný nálezný je však normální, vyjma zrychleného tepu a někdy přechodně zvýšeného tlaku. Postižený zpravidla dostane injekci na uklidnění (většinou diazepam, jehož účinek se objeví později, než panický záchvat spontánně odezní) a je odeslán domů. Ještě více je však vyděšen, když je mezitím uložen na pozorování na jednotce intenzivní péče. Tato situace se v následujících týdnech opakuje a někdy je pacient podroben celé řadě nákladných vyšetření. Často z úzkosti a bezradnosti obchází odborníky různých oborů. Ti se trochu liší ve vysvětlení příčin. Hrozí druhotná hypochondriazie. Pokud k záchvatu došlo např. v autobuse, v obchodě, v davu, doma o samotě, může se dále pacient vyhýbat již této specifické situaci. Rozvíjí se agorafobie. Celoživotní prevalence panické poruchy se pohybuje mezi 1,5–3,5% populace. Výskyt panických atak je daleko vyšší. Zdá se, že je někdy v životě zažije až 16% lidí. U žen se panická porucha vyskytuje 2× častěji než u mužů. Začátek obtíží bývá nejčastěji mezi 30–44 lety. Může se ale objevit kdykoliv v životě.

Panickou poruchu lze léčit jak psychoterapeuticky, tak farmaky. Účinek léků nastupuje dříve, efekt psychoterapie je však trvalejší. Oba přístupy je možné kombinovat. Při kognitivně behaviorální terapii se pacient učí porozumět tomu, co se s ním děje, nacvičuje kontrolovaný dech, relaxaci a pak se vystavuje uměle vyvolaným záchvatům, na kterých si osvědčuje to, jak je umí zvládat. Po návratu zvládání záchvatů se zpravidla přestává atak obávat. Poté je často potřebné řešit životní problémy, které rozvoji panické poruchy předcházely. Z léků jsou účinná zejména **antidepresiva** ze skupiny SSRI (citalopram, paroxetin, fluoxetin, fluvoxamin, escitalopram), některá tricyklická antidepresiva (clomipramin a imipramin) a SNRI (venlafaxin). Je vhodné začít první 2 týdny s polovinou účinné dávky a pak, pokud pacient preparát dobře snáší, ji zvýšit. I když příznaky u většiny pacientů odezní do

4–8 týdnů, udržovací léčba je dlouhodobá, zpravidla by se neměla ukončit dříve než za 12–18 měsíců.

Generalizovaná úzkostná porucha

Mezi charakteristické znaky této poruchy patří **nadměrné zaobírání se starostmi a stresujícími myšlenkami**. Jde o běžné každodenní starosti, obavy o zdraví svoje i rodiny, obavy o finanční záležitosti, strach ze selhání v práci, obavy z budoucnosti. Zvýšené napětí vede k únavě a vegetativním příznakům. Z **tělesných příznaků** dominuje svalové napětí, roztřesenost, závratě, nevolnost, bolesti hlavy, bušení srdce, nadměrné pocení apod. Úzkostné očekávání, obavy z budoucího neštěstí, pocity „na pokraji svých sil“ vedou ke zhoršenému soustředění. Většinou je zhoršen spánek, zejména večer. Potíže se zhoršují v době odpočinku, kdy postižení nemají co dělat, např. o dovolené nebo o víkendy, kdy chybí nadměrná aktivita k odvedení pozornosti od obav.

Tato porucha je běžnější u žen a často vzniká u zranitelných (citlivějších) osob na podkladě chronického stresu. Roční prevalence kolísá mezi 3–8%, celoživotní prevalence mezi 5–15%, poměr mezi muži a ženami je 1:2. Jde o chronickou poruchu, která neléčena může trvat s proměnlivou intenzitou celý život. Komorbidita s dalšími úzkostnými poruchami a s depresivní poruchou je rozsáhlá, objevuje se až u 75% postižených.

První volbou v léčbě této poruchy je psychoterapie, jak individuální, tak skupinová. Důležitý je zejména nácvik relaxace. Vysoce je účinná zejména kognitivně behaviorální terapie, která pacienta učí postupně kontrolovat obavy, zvládat úzkost a tělesné příznaky a systematicky řešit životní problémy. Při letitém průběhu však psychoterapie nemusí dostačovat a je důležitá kombinace s farmakoterapií. Dříve byly doporučovány benzodiazepiny (zejména vysoce potentní: alprazolam a clonazepam), které bývají krátkodobě účinné až u 70–75% postižených. Při delším podávání se však zvyšuje riziko rozvoje návyku (i když u GAD ???bývá považováno za menší než u ostatních úzkostných poruch). Léčba benzodiazepiny trvá obvykle 2–4 měsíce. Kolem 25% nemocných relabuje v prvním měsíci po vysazení farmak a 60–80% v průběhu dalšího roku. Modernější volbou je proto podávání antidepresiv, u kterých nevzniká závislost ani tolerance a je možné je podávat dlouhodobě. Účinná jsou jak klasická tricyklická antidepresiva, jako je amitriptylin, imipramin a clomipramin, tak moderní antidepresiva. Nevýhodou tricyklických antidepresiv jsou poměrně nepříjemné vedlejší účinky, jako je sedace, ortostatické kolapsy, prodloužení síňokomorového

vedení, zácpa, rozmazané vidění, pro které je někteří pacienti odmítají užívat. Moderní antidepresiva typu SSRI a SNRI jsou účinnější, a přitom mají minimální vedlejší účinky.

Agorafobie

Při agorafobii se objevuje strach z otevřených prostranství, přeplněných míst, z opuštění domova, z obchodů, cestování dopravními prostředky, z jízdy výtahem, z uzavřených prostor, apod. Úzkost je vyvolána jak přítomností fobického podnětu, tak vzdálením se z místa bezpečí. Strach se váže k očekávání něčeho nepříjemného, co by se mohlo na daném místě nebo v dané situaci přihodit. Zvyšuje se, pokud si nositel uvědomí, že únik není možný, nebo by jím na sebe upoutal přílišnou pozornost. Agorafobii často doprovázejí panické ataky. Celoživotní prevalence je kolem 2–3% populace.

Léčba kognitivně behaviorální terapií je u agorafobie neefektivnější léčbou vůbec. Postižený se učí rozumět tomu, co se s ním děje, a jak svoji úzkost zvládat. Nejdůležitějším krokem je odstupňovaná expozice (postupně systematické vystavení se obávaným situacím od lehčích až k nejobtížnějším). Z **léků** je výhodnější použít k léčbě **antidepresiva** (zejména SSRI) než benzodiazepiny. Antidepresiva dokáží dobře kontrolovat úzkost a tělesné příznaky, méně však vyhybavé chování. Proto i při farmakologické léčbě je nutné pacienta povzbuzovat k postupnému vystavení se obávaným situacím. Dalšími účinnými léky jsou některá tricyklická antidepresiva (clomipramin a imipramin) a SNRI (venlafaxin). Je vhodné začít první 2 týdny s polovinou účinné dávky a pak, pokud pacient preparát dobře snáší, ji zvýšit. Z **benzodiazepinů** se krátkodobě (do 8 týdnů) mohou podávat vysoce potentní preparáty (alprazolam a clonazepam). S ohledem na riziko vzniku závislosti jsou však antidepresiva daleko vhodnější.

Specifické (izolované) fobie

Specifická fobie se projevuje přehnaným strachem z konkrétních objektů nebo situací. Strach je obvykle omezen na tuto situaci nebo objekt a postižený netrpí příznaky úzkosti, pokud se nesetká s fobickým podnětem (MKN-10 1996). Mezi nejčastější specifické fobie patří fobie ze zvířat, zvláště ze psů, hadů, hmyzu a myši, odběru krve, zubařského zákroku, létání apod. Dalšími běžnými fobiemi jsou klaustrofobie (strach z uzavřených prostor) a akrofobie (strach z výšek), z bouřky. Lidé trpící fobiemi vědí, že ve skutečnosti jsou jejich obavy přehnané a nerozumné, nicméně nepomáhá jim to v ovládnutí úzkosti a stresu, který při vystavení situaci prožívají. Proto se těmito situacím vyhýbají nebo je snášejí s pocitem hrůzy.

Léčbou volby je **expoziční terapie**. Pokud se jí pacient podrobí, bývá úspěšná. Farmaka nemají podstatnější vliv. Expozice patří do strategií **kognitivně behaviorální terapie**. Pacientovi je vysvětlen princip expoziční léčby a habituační křivka. Pak terapeut s pacientem vytvoří hierarchii situací, kterým se pacient bude vystavovat, od nejjednodušší až po nejtěžší. Mluvíme o **odstupňované expoziční**. Vždy, když už zvládá lehčí položku v hierarchii dobře, je vystavován další, více ohrožující situaci. Pokroku je možno dosáhnout rychleji, když je interval mezi expozičními krátký (1–3 expoziční denně). U dětí se používá jemnější varianta. Nejdříve se dítě naučí relaxovat. Ze strachovým podnětem je pak konfrontováno v imaginaci v době, kdy je uvolněné. Mluvíme o **systematické desenzibilizaci**.

Smíšená úzkostně depresivní porucha

U smíšené úzkostně depresivní poruchy jsou přítomny jak příznaky úzkosti, tak příznaky deprese, nicméně ani příznaků deprese ani příznaků úzkosti není dostatek, aby zdůvodňovaly diagnózu depresivní poruchy či některé z úzkostných poruch. Typická je trvalá

nebo vracející se dysforická nálada, obtížná koncentrace nebo pocit „prázdná v hlavě“, obtíže s usínáním či udržením spánku, neklidný spánek, pocitu únavy, nedostatku energie, podrážděnost, nadměrná ostražitost, tendence k plačtivosti po nepatrných podnětech, pesimistická očekávání do budoucna, anticipace horšího, nízké sebevědomí nebo pocitu méněcennosti. Vzhledem k tomu, že příznaky deprese jsou méně hluboké než u depresivní poruchy a příznaky úzkosti méně výrazné než u úzkostných poruch, bývá tato porucha často okolím podceňována, bohužel někdy i odborníky. Jde však o chronickou poruchu, s vysokým procentem suicidálních pokusů, zejména parasuicidii. Překvapivě vede průměrně k delší pracovní neschopnosti než depresivní porucha a často končí v invaliditě. Lékaři mnohdy podceňují závažnost této poruchy a nedostatečně ji léčí.

Farmakoterapie antidepresiv je léčbou volby. Je třeba se vyhnout benzodiazepinům, protože tato skupina pacientů často končí závislostí na nich. Přes 50% pacientů, kteří jsou léčeni antidepresiv, se výrazně zlepší nebo dosáhne úplné remise během 6–12 týdnů podávání. Udržovací léčba trvá pak dalších

12–18 měsíců. Výběr vhodné medikace je ovlivněn účinností, bezpečností a vedlejšími účinky jednotlivých léků. Nejvíce účinná jsou antidepresiva ovlivňující zpětné vychytávání serotoninu. Z tricyklických antidepresiv je to zejména clomipramin, z moderních antidepresiv zejména SSRI, RIMA, SNRI a atypické antidepresivum tianeptin. Z hlediska pacienta je daleko výhodnější podávání SSRI nebo RIMA či SNRI než tricyklických antidepresiv, která často špatně snášejí. V průměru dvakrát více pacientů užívajících tricyklická antidepresiva přeruší předčasně léčbu oproti pacientům užívajícím SSRI. Důležitým doplňkem farmakoterapie je u smíšené úzkostně depresivní poruchy **psychoterapie**. Nejčastěji bývá používána skupinová psychoterapie a kognitivně behaviorální terapie.

Sociální fobie

Sociální fobie se projevuje strachem a vyhýbáním se situacím, v nichž může být člověk pozorován a posuzován druhými. Může mít formu strachu ze setkání s neznámými lidmi, mluvení před skupinou lidí, jedení, pití nebo psaní před lidmi apod. Člověk trpící sociální fobii je přesvědčen, že si druzí všimají jeho po-

Tabulka 1. Základní charakteristiky jednotlivých úzkostných a fobických poruch (Prašková a Praško 1999)

Porucha	Typické příznaky	Hlavní obava	Epidemiologie	Průběh	Psychofarmaka	Psychoterapie
Panická porucha	Náhle nečekané záchvaty paniky s intenzivními vegetativními příznaky.	zemřít zkolabují mám infarkt zešlím 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 interoceptivní expoziční změna katastrofické interpretace relaxace řešení problémů
Generalizovaná úzkostná porucha	Alespoň 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, zvládnutí každodenních záležitostí	Celoživotní prevalence 5–15% Roční prevalence 2–4%	Vlnovitý a bez léčby zpravidla chronický	Alprazolam Clonazepam a další BZD Amitriptylin, Dosulepin, Clomipramin SSRI Buspiron, Venlafaxin	edukace relaxace změna katastrofických interpretací řešení problémů asertivita plánování času
Smíšená 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 nezvládnout nikdo o mne 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 veřejných prostranství. Při expoziční vegetativní příznaky. Systematické vyhýbání se těmto situacím.	zkolabují tam nikdo mi nepomůže nevyrzím tělesné příznaky pomoc bude daleko	Celoživotní prevalence 4–6% Roční prevalence 1,5–3%	Bez léčby zpravidla chronický, méně často vlnovitý s remisemi	Clomipramin Imipramin SSRI, Moclobemid Tranylcypromin Alprazolam Clonazepam	edukace změna katastrofické interpretace expoziční in vivo řešení problémů
Sociální fobie	Strach z pátravých pohledů druhých, ze ztrapnění a zesměšnění. Vegetativní příznaky při expoziční. Vyhýbání se sociálním situacím	bude to trapné budou se mi třást ruce, budu se červenat apod znemožním se nevyrzím příznaky	Celoživotní prevalence 10–16 % Roční prevalence 1,5–3%	Bez léčby chronický s mírným kolísáním. Sekundárně deprese a častá závislost na alkoholu.	Moclobemid SSRI Clonazepam	edukace změna katastrofické interpretace návčik komunikace expoziční in vivo
Specifická fobie	Jde o iracionální strach např. z pavouků, psů, výšky, bouřky, tmy, pohledu na krev. Vyhýbání se těmto 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 expoziční in vivo

tíží a podle toho jej hodnotí. Toto přesvědčení jeho úzkost dále zvyšuje. Typickým rysem je také silná anticipační úzkost, která často vede k vyhýbavému chování, které omezuje život. K překonání nepříjemných pocitů a úzkostných myšlenek se postižení jedinci mohou uchýlovat k alkoholu nebo k uklidňujícím práškům. Odhadem trpí sociální fobii někdy během svého života 3–13% populace. Stydlivost je ještě častější. Kolem 80–90% lidí má někdy ve svém životě období, kdy se nadměrně stydí. Sociální fobie vzniká obvykle kolem puberty, nejčastěji ve věku mezi 14–20 lety. Je to tedy v období vývoje, kdy je častá stydlivost. Běžně mají mladí lidé strach z oslovení druhého pohlaví, z první schůzky, apod. U sociální fobi však nedojde k adaptaci a snížení studu v těchto situacích. Naopak, lidé se sociální fobii se těmto situacím vyhýbají, takže časem se stanou na ně přecitlivělí.

Doporučovanou léčbou u sociální fobie je **kognitivně behaviorální terapie**. V KBT

se postižený člověk postupně učí ohrožující sociální situace zvládat. Hlavní strategií je vystavit se obávaným situacím (expoziční léčba) v hierarchii od lehčích až po nejtěžší. Léčba vyžaduje, aby byl pacient opakovaně vystaven kontaktu se sociálními situacemi, kterých se obává, a tento kontakt je opakován tak dlouho, dokud se strach nesníží na únosnou míru nebo dokud nevymizí. Úkol se musí opakovat často a pravidelně, dokud provokuje napětí, poté, když je proveditelný bez větších potíží, pokračuje se těžším úkolem. Z **farmakoterapie** jsou léčbou volby **antidepresiva**, zejména SSRI, RIMA (moclobemid) či SNRI (venlafaxin). Postupně sníží bazální hladinu úzkosti natolik, že postižený je schopen se stresujícím sociálním

situacím vystavit. Jejich plný účinek se dostavuje za 8–12 týdnů. Délka udržovací léčby je podobná jako u ostatních úzkostných poruch, obvykle trvá 12–18 měsíců. Krátkodobě jsou účinná i anxiolytika (alprazolam, clonazepam), jejich dlouhodobý efekt je však problematický. Pacient přes jejich clonu není vystavován stresu, se kterým by se potřeboval naučit zacházet. Navíc přes krátkodobé pozitivní důsledky postupně může vzniknout návyk. Nicméně u pacientů, kde je úzkost extrémní, může natolik bránit behaviorální léčbě, že bez anxiolytika není pacient schopen splnit ani nejlhčí úkol. Rozumná krátkodobá pomoc anxiolytiky může umožnit počáteční postupné kroky v expoziční stresových situacích.

Literatura

1. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Arch. Gen. Psychiatry 1994; 51: 8–19.
2. Mezinárodní klasifikace nemocí. 10. revize. Duševní poruchy a poruchy chování: Diagnostická kritéria pro výzkum. (přeloženo z anglického originálu) Praha, Psychiatrické centrum 1996, Zprávy č. 134, 179 s.
3. Prašková H, Praško J. Úzkostné a fobické poruchy. Galén, Praha 1999.