

Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy jsou heterogenní skupinou psychických poruch, u kterých bývá úzkost a její somatické koreláty dominantním fenoménem. V klasifikaci jsou zařazeny do společné kapitoly vzhledem k předpokládané souvislosti s psychologickými příčinami a s ohledem na svou historickou souvislost s pojmem neurózy.

## 15.1 Úzkostné poruchy

Úzkostné poruchy by se daly zjednodušeně definovat jako různé kombinace tělesných a psychických projevů úzkosti, které nejsou vyvolány žádným reálným nebezpečím a které se vyskytují buď v záchvatech, nebo jako setrvalý stav. Úzkost je nepříjemný emoční stav, jehož příčinu není možné přesněji definovat. Je to pocit, jako by se něco ohrožujícího mělo stát, ale postižený si neuvědomuje, co by to vlastně mělo být. Je ve stavu připravenosti na nebezpečí. Prožívá stresovou reakci. Strach můžeme definovat jako emoční a fyziologickou reakci na konkrétní nebezpečí. Strach má konkrétní objekt. Intenzita úzkosti i strachu může být různá. Může se projevit jen mírnou nepohodou nebo nervozitou, na druhé straně stavem hrůzy a paniky. 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 nebo objektů (jde tedy o strach), kterých se běžně lidé nebojí, jde o fobii. Pokud se rozvine při očekávání ohrožující situace, mluvíme o **anticipační úzkosti**.

Rozsáhlá epidemiologická studie, která proběhla ve Spojených státech, ukázala, že takřka polovina obyvatel trpí někdy během svého života nějakou duševní poruchou (Epidemiological Catchment Area Study, Kessler a spol. 1994). Nejčastěji se jedná o závislosti na návykových látkách (26,6 %) na druhém místě jsou právě úzkostné poruchy (24,9 %) a na třetím afektivní poruchy (19,3 %).

### 15.1.1 Fobické úzkostné poruchy

Mít strach z nebezpečných věcí je zcela normální. Strach se ale může stát problémem, pokud je **příliš silný** a vede k tomu, že se postižený musí **vyhýbat věcem nebo situacím, kterých se obvykle lidé nebojí**; když začne významně **omezovat život** a pak mluvíme o fobii. Fobie jsou duševní poruchy, při nichž je strach, často přecházející v paniku, vyvoláván konkrétními situacemi nebo objekty, které nejsou ve skutečnosti nebezpečné. To vede typicky k vyhýbání se takovým situacím. Očekávání takové situace vede zpravidla ke vzniku **anticipační úzkosti**. Postižený si přitom uvědomuje, že jeho strach je nepřiměřený nebo nesmyslný vzhledem ke skutečné nebezpečnosti dané situace nebo daného objektu. Rozznáváme tři hlavní fobické poruchy: **agorafobii, sociální fobii a specifickou fobii**.

Poruchy, u kterých bývá dominujícím faktorem úzkost, jsou podle MKN-10 neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy (F48). (Přehled všech kategorií MKN-10 je uveden v příloze v závěru knihy.)

### ■ Agorafobie (F40.0)

Agorafobie se projevuje strachem z veřejných prostranství, přeplněných míst, shluků lidí, 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. Zvyšuje se, pokud si nositel uvědomí, že únik není možný nebo by tím na sebe upoutal přílišnou pozornost. Běžné je vyhýbavé chování. Pacienti se často cítí lépe doma (neplatí to však vždy) a čím více se vzdalují od domova, tím větší strach prožívají. Většinou jsou si jistější s někým, když se někoho dotýkají, když je někdo přidržuje nebo se sami něčeho přidržují (tlačí tašku na kolečkách, opírají se o hůl apod.). Automaticky předpokládají, že pokud by se jim nepodařilo včas z ohrožující situace uniknout, přihodí se jim nějaká katastrofa: přestanou se ovládat, omdlí, kolabují, dostanou infarkt nebo se minimálně budou chovat trapným způsobem. Počet ohrožujících situací se časem zvyšuje a nositel pak nemusí být schopen vůbec vycházet z domova.

Celoživotní prevalence agorafobie byla publikována v řadě studií a kolísá mezi 2,9–6,7% (Weissman a spol., 1997). Riziko je podstatně vyšší pro ženy než pro muže.

#### Box 15.1 Kazuistika agorafobie

Paní Janě je 38 let. Problémy má už 9 let. Začaly půl roku po narození třetího dítěte. Dostala záchvat úzkosti, že se jí něco stane, udusí se nebo se zblázní, když stála ve frontě v samoobsluze. Potom začala mít obavy do samoobsluhy chodit. Nový záchvat dostala, když byla na náměstí, kde bylo hodně lidí. Začala se vyhýbat velkým prostranstvím. Postupně však začala mít strach vycházet z domu. Všimla si, že je to o něco lepší, když jde s někým, buď s manželem, nebo s nejmladším s dětmi. S manželem dokázala jít i nakoupit, ovšem jenom ve všední den mimo nákupní špičku, když bylo málo lidí v obchodě. V sobotu nakupovat nedokázala. Přestala chodit s manželem do kina, protože cítila, že se „dusí ve tmě“.

**Etiopatogeneze** ⇨ Vzhledem k tomu, že se panická porucha (F41.0) objevuje společně s agorafobií až u 70–90 % pacientů, všeobecně se předpokládá, že z biologického hlediska je etiopatogeneze stejná. V teorii učení je fobie pokládána za naučené chování. Tento druh chování může vzniknout

přímým nebo zástupným podmiňováním. Při přímém podmiňování jde o naučení se strachu z vlastní zkušenosti – přímo vzniká podmíněné spojení panického záchvatu s agorafobickou situací. U zástupného podmiňování je strach naučen nepřímo, pozorováním strachu u druhých, získáním informací nebo poučením od druhé osoby. Fobie se však málokdy vytvoří jedinou traumatizující zkušeností (záchvatem paniky v metru). Většinou jde o opakování stále více nepříjemných pocitů, které vedou k vyhýbavému chování, jež pomocí operantního podmiňování agorafobii utvrdí a udržuje (Andrews a spol., 1994).

**Diagnostická kritéria MKN-10 (pro výzkum)** ⇨

A. Zřetelně a jednoznačně vyjádřený strach nejméně ze dvou následujících situací, nebo vyhýbání se jim:

- (1) pobyt v davu,
- (2) pobyt na veřejném prostranství,
- (3) cestování bez doprovodu,
- (4) opuštění domova.

B. V závažové situaci se musí alespoň jednou společně vyskytnout nejméně dva příznaky úzkosti, přičemž jeden z nich musí patřit do skupiny příznaků vegetativního podráždění:

**příznaky vegetativního podráždění**

- (1) palpitace, bušení srdce nebo zrychlený pulz,
- (2) pocení,
- (3) chvění nebo třes,
- (4) sucho v ústech,

**příznaky týkající se hrudníku nebo břicha**

- (5) obtížné dýchání,
- (6) pocit zalykání se,
- (7) bolesti nebo nepříjemné pocity v hrudníku,
- (8) nauzea nebo břišní nevolnost (např. neklid, víření v břiše),

**příznaky týkající se duševního stavu**

- (9) pocit závratě, neklidu, mdloby, točení hlavy,
- (10) pocity, že objekty nejsou reálné (derealizace), nebo že jedinec je mimo, „není zde skutečně“ (depersonalizace),
- (11) strach ze ztráty kontroly, „zešlzení“, ztráty vědomí,
- (12) strach ze smrti,

**celkové příznaky**

- (13) návaly horka nebo chladu,
- (14) pocity znečitlivění nebo mravenčení.

C. Vyhýbání se nebo úzkostné příznaky způsobují výraznou emoční nepohodu a jedinec si uvědomuje, že tyto pocity jsou přehnané nebo nesmyslné.

D. Příznaky jsou omezeny na obávané situace nebo se v nich převážně vyskytují, nebo při jejich očekávání.

E. Nejběžněji užívaná vylučovací kritéria: Strach nebo vyhýbání se (kritérium A) nejsou výsledkem bludů, halucinací nebo jiných poruch, jako jsou organické duševní poruchy, schizofrenie a příbuzné poruchy, poruchy nálady nebo obsedantně-kompulzivní porucha, ani důsledkem ve společnosti se tradujících pověr.

Přítomnost nebo chybění panické poruchy (F41.0) při většině agorafobických situací může být specifikována použitím páteho kódového čísla:

Bez panické poruchy (F40.00)

S panickou poruchou (F40.01)

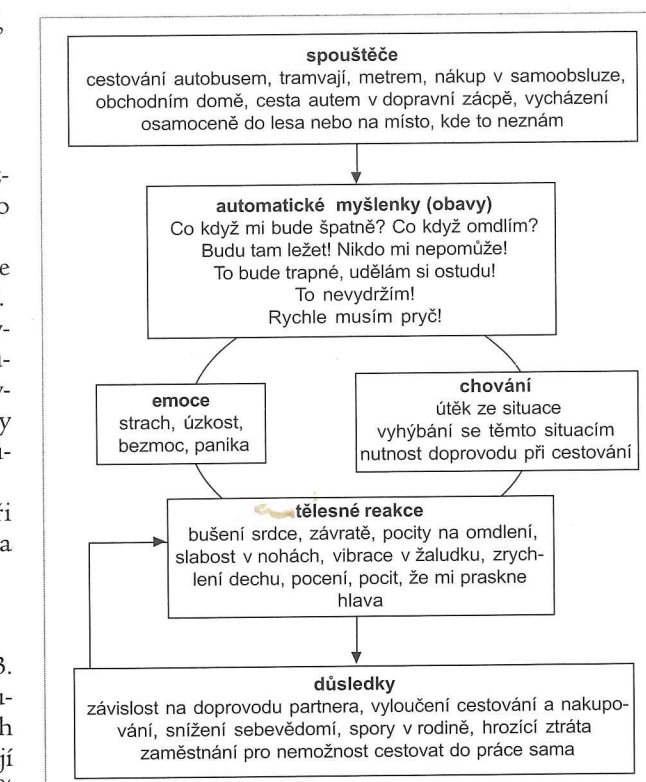
**Průběh** ⇨ Agorafobie začíná obvykle na počátku 3. decenia, zřídka po 45. roce života. Průběh neléčené poruchy bývá chronický a vlnovitý. Asi u 30–40 % postižených v průběhu let příznaky plně ustoupí, asi u 50 % zůstávají dlouhodobě příznaky, které handicapují lehce a u 10–20 % se stav udržuje po léta a pacient invalidizuje.

**Diferenciální diagnóza a komorbidita** ⇨ Diagnosticky je potřebné odlišit agorafobii od **poruch nálady**, kdy postiženým např. zabráňuje vycházet z bytu, cestovat či nakupovat deprese, nikoliv strach z panického záchvatu. Občas se příznaky agorafobie objeví u nemocných se **schizofrenní poruchou** – zde však bývají spojeny s typickými psychotickými projevy. Dále je nutné rozpoznat reálné obavy u **somaticky nemocných osob**, trpících např. Crohnovou chorobou nebo ischemickou chorobou srdeční. To však neznamená, že u tělesně nemocných by se nemohla rozvinout druhotně agorafobie.

Současný výskyt s dalšími poruchami bývá častý. Nejčastěji se agorafobie vyskytuje společně s **panickou poruchou** (50–90 %). Dále se jako komorbidní porucha často vyskytuje **depresivní porucha** (40–80 % někdy v průběhu života), **specifická fobie, sociální fobie, obsedantně-kompulzivní porucha a dystymie**. Poměrně vysoké je i riziko **sebevražedného jednání**, které výrazně stoupá při komorbiditě s depresivní poruchou. Komplikací často bývá **abúzus alkoholu** nebo návykových látek.

**Léčba** ⇨ **Psychoterapie**: Léčbou volby agorafobie je **kognitivně-behaviorální terapie** (kap. 24.2). Základními kroky jsou edukace, kognitivní rekonstrukce a expoziční obávaným situacím.

Nejdůležitějším přístupem při léčbě agorafobie je **postupná expozice** situacím, kterých se pacient obává. Při expozici in vivo jde o opakovanou konfrontaci se situacemi nebo objekty, kterým se pacient vyhýbá. Obvykle jsou to dopravní prostředky, obchody, kina, divadla a další místa, kde bývají fronty nebo více lidí pohromadě a ze kterých je obtížné odejít v případě nutnosti. Exponovaný musí v této situaci zůstat tak dlouho, dokud se jeho úzkost nesníží (např. zůstane v metru i o hodinu déle, dokud se nezačne cítit klidněji). Potřebuje zažít pocity úlevy z poklesu úzkosti i v pro něj nepříjemných podmínkách. Zpočátku je přítomen terapeut, později je pacient sám.



Obr. 15.1 Edukace – příklad bludného kruhu příznaků u agorafobie



Pacientovi opakovaně neopomeneme **vysvětlit**, jaký je časový průběh úzkosti. Po vystavení se podnětu, ze kterého má člověk obavy, úzkost prudce stoupá nad subjektivně vnímanou hranici únosnosti. Tato část křivky úzkosti se označuje jako senzitivizační. Pak následuje **habituace**. Úzkost se drží přibližně na stejné úrovni po různě dlouhou dobu. Doba habituace se prodlužuje, pokud je úzkost dále posilována úzkostnými automatickými myšlenkami. Poté ale vždy přichází pokles úzkosti. Občas se může ještě krátce zvýšit, ale v zásadě s časem ustupuje. Pokud se pacient vystaví obávané situaci opakovaně, úzkost dosahuje stále nižší úrovně, habituace je rychlejší. Po opakovaných vystaveních se v anxiogenním podnětu mizí úzkost z dané situace úplně. V řadě případů dokonce stačí jen jedna expozice, ale při nedostatečném vysvětlení mohou být expozice chápány jako trest a žádoucí efekt se nedostaví. Většinou společně s pacientem vypracujeme **hierarchii** situací, kterých se bojí. Zpočátku někdy potřebuje klient při expozici asistenci terapeuta nebo někoho z blízkých. Tuto pomoc umožníme, ale hned v dalším kroku musí totéž zopakovat sám. Např. první cesta metrem po 8 letech je dostatečný důvod, aby si terapeut udělal na první jízdu čas. Chybou je ukončení expozice dříve, než úzkost poklesne (a pacient se již do situace nevrátí). Dojde okamžitě k posílení vyhýbavého chování. Velmi důležitá je odměna za každý úspěšný pokus ve zvolené hierarchii. Hlavním smyslem techniky je učit se snášet úzkost se stále menší nepohodou. Postupně úzkost v daných situacích vymizí. V podstatě nemocný trénuje zvládání strachu a navození sebekontroly. Získaná odvaha často generalizuje i do jiných oblastí života.

Expozice in vivo probíhají v hierarchii od lehčího k těžšímu kroku. Pacienta navigujeme k následnému stupni vždy, když již expozice stávajícímu kroku vzbuzuje jen poloviční úzkost proti původní.

### Box 15.2

#### Seznam fobických situací u pacientky s agorafobií

**Problém:** Cestování dopravními prostředky  
Vyhýbám se cestování všemi dopravními prostředky (autobus, tramvaj, metro, sama autem, jsem schopna jet autem pouze, když řídí muž), protože jsem v nich zažila paniku

**Cíl:** Naučit se cestovat všemi dopravními prostředky sama

Kroky:	stupeň úzkosti
1. cesta autem s manželem mimo město - na chatu	70 %
2. cesta autem se sestrou po městě	70-80 %
3. cesta autem se sestrou mimo město	80 %
4. cesta tramvají s doprovodem	80 %
5. cesta autobusem s doprovodem	80 %
6. cesta tramvají sama	90 %
7. cesta autobusem sama	90 %
8. cesta metrem s doprovodem	90 %
9. přestupování v metru s doprovodem	100 %
10. cesta metrem sama	100 %
11. přestupování v metru sama	100 %
12. cesta vlakem mezi městy	100 %
13. cesta dálkovým autobusem	100 %
14. letadlo	100 %

**Psychofarmakoterapie:** Psychofarmaka, která se používají u panické poruchy (F41.0), se používají také u agorafobie. Vzhledem k tomu, že u pacientů trpících agorafobií je relativně velké riziko vzniku závislosti, je vždy výhodnější použít k léčbě antidepresiva (**tricyklická:** kломipramin, imipramin, **SSRI:** citalopram, fluoxetin, fluvoxamin, paroxetin či sertralin) než benzodiazepiny. Dávky antidepresiva mají být zpočátku velmi nízké, protože pacienti jsou velmi citliví na vedlejší účinky, až po 10-14 dnech zvýšíme na účinnou dávku, která bývá podobná jako při léčbě depresivní poruchy. Všeobecně platí, že farmaka dokáží lépe kontrolovat úzkost a tělesné příznaky, které se u agorafobie dostavují, ale jen velmi málo mění vyhýbavé chování. Proto i při farmakologické léčbě je nutné pacienta povzbuzovat k postupnému vystavení se obávaným situacím.

### ■ Sociální fobie (F40.1)

Sociální fobie se projevuje strachem a vyhýbáním se situacím, v nichž může být člověk pozorován a posuzován druhými. Může jít o strach z vystupování, z psaní, pití či jedení před druhými, ze setkání s neznámými lidmi, telefonování apod. Člověk trpící sociální fobií je přesvědčen, že si druzí všimají jeho potíží a podle toho jej hodnotí. Toto přesvědčení jeho úzkost dále zvyšuje. Typickým rysem sociální fobie je silná anticipační úzkost, která často vede k nějaké formě vyhýbavého chování. K překonání nepříjemných pocitů a úzkostných myšlenek se postižení jedinci mohou uchýlovat k alkoholu nebo k uklidňujícím práškům.

V menší míře se však podobné strachy objevují i u zdravých osob. Odhadem trpí sociální fobií každoročně kolem 3 % populace. Celoživotní prevalence je kolem 13 % (Kessler a spol., 1994). Stydlivost je ještě častější. Kolem 80-90 % lidí má někdy ve svém životě období, kdy se nadměrně stydí. Každoročně má tento problém mezi 30-40 % populace. V klinické praxi tvoří sociální fobie asi 30 % všech fobií a 18 % všech pacientů léčených pro úzkostné poruchy. Je to druhá nejčastější fobie po agorafobii. Sociální fobie se objevuje stejně často u mužů jako u žen. Nezáleží na inteligenci, vzdělání, ekonomickém zázemí, zaměstnání. Sociální fobie je relativně málo diagnostikována. Pacienti se stydí pro tyto problémy vyhledat odborníka. Domnívají se, že jejich úzkost v sociálních situacích je jejich povahový rys a obávají se nálepky psychické poruchy. Navíc odborníci často na tuto diagnostickou kategorii nemyslí. Sociální fobie je při-

### Box 15.3

#### Kazuistika sociální fobie

Pan Václav pracuje jako vedoucí úředník v bance. Má strach, že při pití kávy se mu budou silně třást ruce a když to ostatní uvidí, ztrapní se. Proto se běžně vyhýbá pití kávy s ostatními. Ovšem to nejde při oficiálních setkáních. Někdy poděkuje s tím, že nyní nemá na kávu ani nic jiného chuť, ovšem má dojem, že to nemůže dělat pořádkem, protože by byl nápadný. Proto si někdy nechá kávu přinést a pak se snaží odvést pozornost ostatních od svých rukou - např. ukáže na obraz na zdi a začne o něm mluvit, když ostatní pohlédnou tímto směrem, oběma rukama uchopí šálek a napije se.

tom velmi rozšířená a potenciálně invalidizující psychická porucha. Pokud není adekvátně léčena, často postiženého jedince vyřazuje z normálního života. Omezuje jeho schopnost vzdělávat se, být úspěšným ve své pracovní kariéře, postihuje schopnost navázat hodnotný partnerský vztah. Sociální fobie se objevuje nejčastěji v pozdním dětství nebo časně adolescenci, kdy stoupá v kultuře nárok na sociální adaptaci. Průměrný věk začátku sociální fobie se udává kolem 12 let. Přibližně 40 % sociálních fobií se rozvíjí před dosažením 10. roku a asi 95 % před dovršením 20 let.

#### Diagnostická kritéria MKN-10 (pro výzkum) ⇨

A. Musí být přítomen jeden z následujících znaků:

- (1) pacient má výrazný strach, aby nebyl středem pozornosti nebo aby se nechoval trapným nebo ponižujícím způsobem,
- (2) nápadně se vyhýbá situacím, kde by byl středem pozornosti nebo kde by měl strach z trapného nebo ponižujícího chování.

Tyto strachy se projevují v sociálních situacích, jako je např. jídlo nebo mluvení na veřejnosti, setkávání známých jedinců na veřejnosti nebo účast v malých skupinách (např. večírky, schůze, třída).

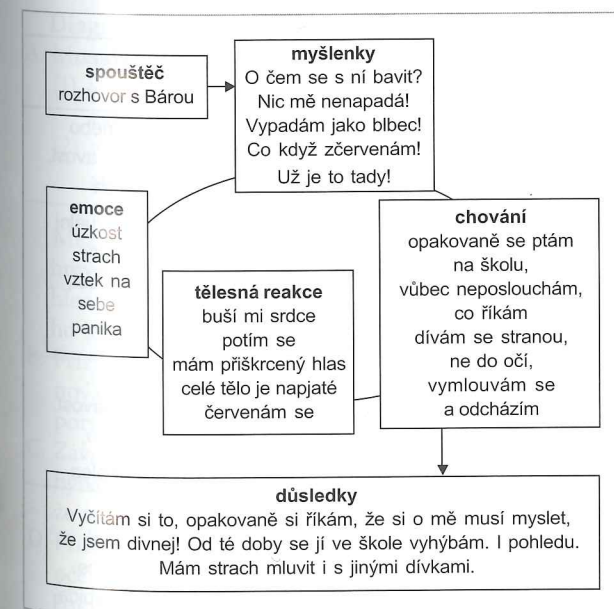
B. Od začátku poruchy se musí někdy projevit alespoň dva příznaky úzkosti v obávané situaci, jak jsou definovány pod F40.0, kritérium B, a to společně s alespoň jedním z následujících příznaků:

- (1) červenání se nebo třes,
- (2) strach ze zvracení,
- (3) potřeba nebo strach z močení nebo defekace.

C. Závažná emoční úzkost je vyvolána příznaky nebo vyhýbáním se těmto příznakům a jedinec si je vědom, že tyto jsou přehnané a nesmyslné.

D. Příznaky se omezují na obávané situace nebo na jejich očekávání, nebo v těchto situacích převažují.

E. Nejčastěji užívaná vylučovací doložka: Příznaky uvedené pod kritérii A a B nevyplývají z bludů, halucinací ani jiných poruch, jako jsou např. organické duševní poruchy, schizofrenie nebo příbuzné poruchy, poruchy nálady nebo obsedantně-kompulzivní porucha, a nejsou sekundárním projevem kulturních pověr.



Obr. 15.2 Bludný kruh příznaků u sociální fobie

**Etiopatogeneze** ⇨ Podobně jako u dalších úzkostných poruch a panické poruchy se v biologických hypotézách předpokládá dysfunkce serotoninergního, noradrenergního a dopaminergního systému a předpokládá se geneticky podmíněná zranitelnost. Podle teorie učení je však sociální fobie považována za strach, naučený jak přímým podmiňováním, tak modelováním a/nebo vlivem informací z okolí. U sociálních fobií je méně obvyklé, že by pacient popisoval jednoduchou traumatickou událost jako počátek poruchy. Strach se spíše rozvíjí postupně a sociální fobie je pak výsledkem opakovaných, více nebo méně zraňujících zkušeností nebo vzniká sociálním učením. Někdy však výrazná stresující událost způsobí, že se fobie naučí rychleji (např. výsměch učitele před třídou).

**Diferenciální diagnóza a komorbidita** ⇨ Vyhýbání se určitým společenským situacím, které jsou normálně zdrojem nepohody, je obecně rozšířené - zejména jde o strach z projevu na veřejnosti. Mluvíme o sociální úzkosti. Trpí jí kolem 40 % populace. Rovněž u **schizofrenie, velké depresivní poruchy, obsedantně-kompulzivní poruchy a paranooidní poruchy osobnosti** může být přítomná značná úzkost a vyhýbání se určitým sociálním situacím. Dominující skladba příznaků je však odlišná. Obtíž činí rozlišení od **vyhýbavé poruchy osobnosti**, pro kterou je charakteristický dlouhodobý vzorec vyhýbání se interpersonálním kontaktům ze strachu z odmítnutí. Úzkost zde není tak výrazná, nicméně na bázi vyhýbavé poruchy osobnosti se sociální fobie může často objevit. Sociální fobie má velmi často **komorbiditu** s jinými úzkostnými poruchami a s depresivní poruchou. Kolem 60 % pacientů se sociální fobií splňuje kritéria pro přinejmenším jednu další poruchu. Ve většině případů sociální fobie předchází rozvoji přidružené poruchy.

**Průběh** ⇨ Sociální fobie vzniká obvykle kolem puberty, nejčastěji ve věku mezi 14 a 20 lety. Je to tedy v období vývoje, kdy je častá stydlivost. Porucha je obvykle chronická, ale její závažnost může kolísat s exacerbacemi, kdy úzkost zhorší výkon při obávané aktivitě. To vede dále ke zvýšení úzkosti, která opět posiluje fobické vyhýbání se aktivitě. Zřídka je tak silná, že invalidizuje. Avšak z potřeby vyhýbat se fobickým situacím vznikají značné těžkosti (např. vyhýbání se výletu, aby postižený nemusel použít veřejného záchodku). Strach z projevu na veřejnosti může poškodit profesionální kariéru.

**Léčba** ⇨ Léčbou volby u sociální fobie je **kognitivně-behaviorální terapie**. Nicméně dobře vedená podpůrná psychoterapie v kombinaci s farmakoterapií může také významně pomoci. V kognitivně-behaviorální terapii jsou sociální fobie pokládány za naučené chování. Postižený se v průběhu léčby učí více adaptivní strategie chování. Hlavní strategií léčby je namísto vyhýbavého chování, vystavit se „postupné expozici“ obávaným situacím. Tím, že je člověk vystaven stresujícím sociálním situacím, má příležitost zjistit, že nejsou doopravdy nebezpečné. Léčba proto vyžaduje, aby pacient byl 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. Největším problémem pro terapeuta je umožnit pacientovi, aby mohl vstoupit do situací, které jsou nepřijemné. Proto léčba začíná **edukací** o sociální fobii a její léčbě, následuje **kognitivní rekonstrukce**, kde se pacient učí proměnit katastrofické myšlenky a představy, týkající se sociální situace, na adaptivnější kognice. Obá-