

vané situace si pacient nejdříve nacvičuje ve cvičných podmínkách – **nácvik sociálních dovedností** – a až pak se jim vystavuje v reálné situaci.

Nejdůležitější strategií léčby sociální fobie je **expoziciční léčba**. I kdyby pacient dostatečně rozuměl všem obávaným situacím a svému chování v nich a při nácviku se naučil adekvátně chovat, pokud si nové chování přímo nevyzkoušel „na ostro“, nebude mít odvahu se tak chovat stabilně. Běžně začínáme expozice velmi jednoduchými úkoly, jako je ptát se cizích lidí, kolik je hodin nebo na cestu. Vzhledem k tomu, že expozice je velmi krátká a pacient by se měl během cvičení na úzkost habituovat, úkolem bývá zeptat se během odpoledne 30–50 lidí. Gradace – strategie vzestupných kroků může být vedena výběrem počtu osob, výběrem určitých osob, určitého věku, pohlaví, stupně autority, vztahu k pacientovi apod., nebo podle druhu situace, času dne, počasí, interferujících faktorů apod. Ptáme se „Co by bylo pro vás lehčí/těžší?“ Sociální fobie jsou ve svých projevech rozmanité. U někoho je hodně těžké mluvit s cizí osobou, u jiného s některými lidmi, které naopak zná. Proto je nutné vytvořit osobní hierarchii tak, aby expozice byla stupňovitá, opakovaná a prodlužovaná.

Psychofarmakoterapie. Z farmakoterapie jsou krátkodobě účinná anxiolytika (např. alprazolam, klonazepam). Krátkodobě pomohou, dlouhodobý efekt je 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 nemocných, kde je úzkost hodně výrazná, mohou natolik bránit expozicím, že bez farmak je pacient neschopen splnit i nelehčí úkoly. To je problém zejména u nemocných, kteří potřebují hospitalizaci, protože sociální fobie je vyřadí z běžného života. Rozumná krátkodobá pomoc anxiolytiky může umožnit počáteční postupné kroky v expozici obávaným situacím. Jinou, daleko vhodnější variantou jsou antidepresiva, buďto klasická **IMAO**, ale zejména **RIMA** (moklobemid) a **SSRI** (paroxetin, citalopram, fluoxetin, sertralin) (viz tab. 15.1). Krátkodobě úzkost netlumí, a proto k závislosti nevedou. Během 6–8 týdnů snižují bazální hladinu úzkosti natolik, že je umožněna expoziční léčba.

Tab. 15.1 Léky úspěšně používané při léčbě sociální fobie

skupina léků	generický název	počáteční dávka v mg/den	rychlost zvyšování	terapeutická dávka v mg/den	nejdůležitější vedlejší účinky
antidepresiva – RIMA	moklobemid	150	150 mg za 3 dny	600 – 900	nauzea, průjem nebo naopak zácpa, nespavost, sucho v ústech
antidepresiva – SSRI	paroxetin	10	10 mg za 3 dny	20 – 50	nauzea, únava, sexuální dysfunkce, pocity
	citalopram	10	10 mg za 3 dny	20 – 60	nervozity, nespavost,
	fluoxetin	10	50 mg za 3 dny	20 – 80	cefalea
	fluvoxamin	50		100 – 200	
	sertralin	50		50 – 200	
antidepresiva – IMAO	tranylcypromin	10	10 mg za 3 dny	20 – 50	lékové interakce!!, dieta, únava, nespavost, závratě, palpitace, kolísání TK, cephalgia
benzodiazepiny	klonazepam	1	po 2 týdnech při chybějícím efektu zdvojnásobit	1 – 6	únava, ospalost, rozmazané vidění, poruchy koordinace, hypotenze, snížení libida, poruchy mikce

Box 15.4

Příklady cvičných expozic

- ✓ Zeptat se, kolik je hodin.
- ✓ Informovat se na cestu.
- ✓ Usmát se na někoho v dopravním prostředku.
- ✓ Telefonovat cvičným telefonem.
- ✓ Telefonovat na informace, úřady, neznámým lidem (s nabídkou interview).
- ✓ Rozdávat letáky.
- ✓ Interview na ulici.
- ✓ Oslovit neznámého v autobuse.
- ✓ Sníst párek v rohlíku před lidmi.
- ✓ Sníst párek na tácku před lidmi.
- ✓ Přinést kávu s podšálkem položenou na tácku.
- ✓ Najíst se v restauraci s jedním známým člověkem.
- ✓ Najíst se v restauraci před více lidmi.
- ✓ Přednést připravenou přednášku před pacienty.

■ Specifické fobie (F40.2)

Jako **specifickou fobii** označujeme iracionální strach z určitého konkrétního objektu nebo situace. Strach je obvykle omezen na tuto situaci nebo objekt a postižený netrpí příznaky úzkosti, pokud se neseťká nebo se neobává setkání s předmětem fobie. Mezi nejčastější specifické fobie patří fobie ze zvířat, zvláště ze psů, hadů, hmyzu a myší. Dalšími běžnými fobiemi jsou klaustrofobie (strach z uzavřených prostor) a akrofobie (strach z výšek). Lidé trpící fobiemi rozumně vědí, že ve skutečnosti jsou jejich obavy iracionální, ale nepamáhá jim to v ovládnutí úzkosti a stresu, který při vystavení situaci prožívají. Pacient se proto těmto situacím vyhýbá nebo je snáší s pocitem panické úzkosti. Fobická úzkost se nedá subjektivně, fyziologicky ani v chování rozlišit do jiných typů úzkosti a může se co do závažnosti pohybovat od mírného pocitu nepohody až k záchvatu paniky. Pacientův zájem se může soustředit na jednotlivé symptomy, např. palpitace nebo pocity na omdlení a často se

Box 15.5

Kazuistika specifické fobie

Paní Šárka je 28letá matka 2 dětí, spokojeně vdaná za podnikatele, který často pracuje mimo domov. Od dětství trpí nadměrným strachem z pavouků (arachnofobie), ale její strach se zvláště zvýraznil v posledních 16 měsících. Kdykoli uviděla pavouka, nebo se jen obávala, že by nějaký mohl být poblíž, pociťovala nepříjemné tělesné příznaky, jako je bušení srdce, strnulo jí celé tělo a utekla. Pro jistotu dělala „protipavoučí“ opatření: když vešla do místnosti, vždy si ji pečlivě prohlédla, nikdy nenechávala otevřená okna, nikdy nevstupovala do kůlny, kterou měli na zahradě, nechodila na půdu apod. Pokud byli s manželem na dovolené, musel do každé místnosti vstoupit první, zkontrolovat, zda tam není pavouk, a pokud nějakého našel, zabít ho a ukázat jí ho z dálky. Jinak do místnosti nevstoupila. Bylo jí to trapné, zejména když šli na návštěvu. Proto navštěvují jenom několik málo lidí, kteří jí už znají a tolerují tuto její slabost a sami jí hlásí, že svůj byt důkladně prohlédli a že je bez pavouků.

přidružuje sekundární strach ze smrti, ze ztráty sebe-kontroly nebo ze „zbláznění se“. Úzkost se nezmírňuje, i když si osoba uvědomuje, že ostatní nepokládají danou situaci za nebezpečnou nebo hroživou. Pouhé pomyšlení subjektu, že se dostane do kontaktu s předmětem fobie, vyvolá obvykle anticipační úzkost.

Obvyklými modernějšími objekty fobií z nemoci jsou nemoc ze záření a pohlavní nemoci, v poslední době AIDS. Historicky byly fobie klasifikovány podle označení objektu fobie, takže vznikla velmi exotická nomenklatura: např. zoofobie (strach ze zvířat), entomofobie (strach z hmyzu), nyktofobie (strach ze tmy), arachnofobie (strach z pavouků), antrofobie (strach z květin), ailurofobie (strach z koček), ornitofobie (strach z ptáků), klaustrofobie (strach z uzavřených prostor), gefyrofobie (strach z mostů), aichmofobie (strach z ostrých předmětů), brontofobie (strach z hromu) a ofidofobie (strach z hadů). Častý je strach z lékaře, zubaře, krve, infekce.

Diagnostická kritéria MKN-10 (pro výzkum) ⇨

- A. Musí být přítomen jeden z následujících znaků:
 - (1) výrazný strach ze specifických věcí nebo situací ne zahrnutých v agorafobii nebo v sociální fobii,
 - (2) zřetelné vyhýbání se specifickým věcem nebo situacím, které nejsou zahrnuty v agorafobii nebo v sociální fobii.
 - Mezi nejčastější věci a situace patří zvířata, ptáci, hmyz, výšky, hrom, létání, malé uzavřené prostory, pohled na krev nebo zranění, injekce, návštěva u zubního lékaře a nemocnice.
 - B. Příznaky úzkosti v obávaných situacích, jak jsou definovány pod F40.0, kritérium B, se musí od začátku poruchy občas projevit.
 - 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 obávanou situaci nebo na její očekávání.
- Pokud je to žádoucí, mohou být specifické fobie dále rozděleny na:

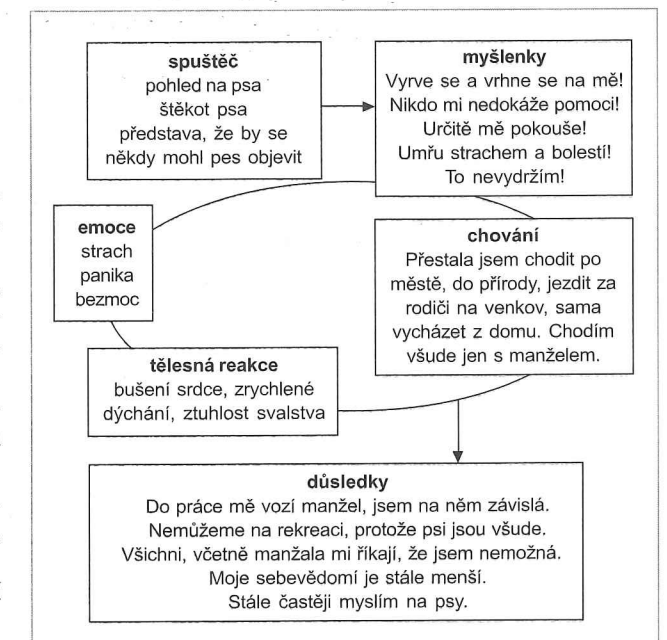
- fobie ze zvířat (např. hmyzu, psů),
- fobie z přírodních živlů (např. bouřek, vody),
- fobie z krve, injekce a zranění,
- fobie z určitých míst (např. výtahů, tunelů),
- jiné typy fobií.

Epidemiologicky se jedná o nejčastější úzkostnou poruchu vůbec. Během života postihuje kolem 16 % žen a 11 % mužů (Eaton a spol., 1991). Specifická fobie vzniká obvykle v dětství nebo rané dospělosti a pokud se neléčí, může přetrvávat desítky let. Závažnost následného omezení záleží na tom, jak úspěšně je pacient schopen vyhýbat se fobickým situacím. Na rozdíl od agorafobie nemá fobie tendenci ke změnám intenzity.

Diferenciální diagnóza a komorbidita ⇨ V první řadě potřebujeme odlišit specifickou fobii od **agorafobie** a **sociální fobie**. Úzkost u specifické fobie je však zjevně vázaná na určitý konkrétní objekt a v jiných situacích se neobjevuje. Jak agorafobie, tak sociální fobie jsou zpravidla generalizovány na celou řadu situací. **Poruchy příjmu potravy** s vyhýbáním se jídlu mohou někdy zpočátku imponovat jako specifická fobie. Ovšem důvod vyhýbání je u poruch příjmu potravy v přání snížit váhu a navíc jsou zde zpravidla další příznaky, jako je zvracení, bulimické záchvaty, užívání projímadel apod. U **schizofrenie** a **psychotických poruch** se někdy objeví strach ze specifických situací, který připomíná specifickou fobii. Důvod strachu je však bludný. Při specifické fobii si postižený naopak vždy uvědomuje, že jeho strachy jsou přehnané nebo nesmyslné.

Etiopatogeneze ⇨ Často jde o pozůstatky starých atavistických reakcí, které byly kdysi účelné, např. strach z hadů, velkých zvířat, tmy, výšky. Ale většina specifických fobií je naučená buď imitací vzorů, nebo nepříjemným zážitkem v dětství, řídicí traumatičnou událostí v dospělosti, a udržuje se pomocí vyhýbavého chování. Tím, že se postižený situacím vyhýbá, utvrzuje se v přesvědčení, že je nebezpečná.

Průběh ⇨ Specifické fobie začínají nejčastěji v dětství. Méně často v dospělosti po traumatickém zážitku (pokousání psem, pád z výšky). Některé, začínající v dětství, spontánně v dospělosti vymizí, velká část se jich v dospě-



Obr. 15.3 Bludný kruh průběhu příznaků u fobie ze psů

losti oslabí nebo zůstává beze změny, pouze malá část progreduje – většinou v souvislosti se zevním stresem.

Léčba ⇨ Specifické fobie se léčí téměř výhradně expoziční terapií, která, pokud se jí pacient podrobí, bývá obvykle úspěšná. Expoziční terapie patří do strategií kognitivně-behaviorální léčby, ale dá se použít i v rámci podpůrné psychoterapie.

Odstupňovaná expozice: Pacientovi je v prvním kroku vysvětlen princip expoziční léčby a habituační křivka. Pak terapeut s pacientem vytvoří hierarchii situací, kterým se pacient bude postupně vystavovat, od nejléčí až po nejtěžší. Pak je této hierarchii pacient vystavován. Vždy, když už zvládá lehčí položku v hierarchii dobře, je vystavován další, subjektivně více obávané situaci. Při praktickém nácviku si před uskutečněním každého dílčího kroku pacient zaznamená, jak silnou úzkost předem očekává (v procentech maximální představitelné úzkosti) a po expozici zapíše, jak velký strach skutečně byl. Výhodné je zaznamenat si křivku úzkosti v průběhu času. Pokroku je možno dosáhnout rychleji, když je interval mezi expozicemi krátký. Ideální je provádět 1–3 expozice denně. Jinou variantou expoziční léčby je **zaplavení**. Při této formě expozice je pacient konfrontován rovnou s nejtěžší situací, aby se vyprovokoval maximální strach, přičemž v ní pacient zůstává tak dlouho, až strach poleví. Zaplavení je velmi účinné a vede k rychlému odstranění fobie. Ovšem jen málo pacientů se k této metodě odhodlá. Odstupňovaná expozice je namísto tomu velmi šetrná a je schopna ji absolvovat každý pacient. Léčba však trvá nepoměrně déle. U dětí se používá ještě jemnější varianta odstupňované expozice. Na počátku se dítě naučí relaxovat. Se strachovým podnětem je pak konfrontováno v době, kdy je uvolněné. Mluvíme o **systematické desenzibilizaci**.

Další strategií léčby, která bývá někdy u specifických fobií úspěšná, je **hypnóza**.

15.1.2 Jiné úzkostné poruchy

■ Panická porucha (F41.0)

Hlavním rysem jsou opakované **záchvaty masivní úzkosti** (paniky), které však nejsou omezeny na žádnou určitou situaci. Nelze je předvídat. Při záchvatu dochází náhle k rozvoji intenzivního strachu, dojmu, že se něco hrozného přihodí a pocitu ztráty kontroly. Ataka je spojena s řadou silných **tělesných příznaků**: bušením srdce, bolestí na hrudi, pocitu dušení, závratěmi a pocitu neskutečnosti (depersonalizace, derealizace). V **úzkostných myšlenkách** se objevuje **strach** z omdlení, ze smrti, ze ztráty sebeovládání nebo ze zešlání. Jednotlivé ataky obvykle trvají několik minut (zpravidla 5–30, ale výjimečně i 2 hodiny). Po odeznění může přetrvávat třes, napětí a vyčerpání, nebo dojde k uvolnění a letargii. Na panickou ataku často navazuje trvalý strach z dalšího záchvatu, tj. anticipační úzkost (viz obr. 15.4).

Diagnostická kritéria MKN-10 (pro výzkum) ⇨

A. U jedinice se vyskytují periodické ataky paniky, které nejsou logicky spojeny s žádnou specifickou situací nebo věcí a které se často vyskytují spontánně (tj. epizody nelze předvídat). Ataky paniky nejsou průvodním jevem značné námahy ani vystavení nebezpečným nebo život ohrožujícím situacím.

B. Panická ataka je charakterizována všemi následujícími znaky:

- (1) je to samostatná ataka masivní úzkosti nebo neklidu,
- (2) začíná náhle,
- (3) dosahuje maxima v několika málo minutách a trvá alespoň několik minut,
- (4) musí být přítomny alespoň 4 z následujících příznaků, přičemž jeden příznak musí být z položek (a) až (d):

příznaky vegetativní aktivace

- (a) palpitace nebo bušení srdce, nebo zrychlený tep,
- (b) pocení,
- (c) chvění nebo třes,
- (d) sucho v ústech,

příznaky týkající se hrudníku nebo břicha

- (e) obtížné dýchání,
- (f) pocit zalykání se, pocity dušení
- (g) bolesti nebo nepříjemné pocity v hrudníku,
- (h) nauzea nebo břišní nevolnost (např. neklid, vřeň v břiše),

příznaky týkající se duševního stavu

- (i) pocit závratě, neklidu, mdloby, točení hlavy,
- (j) pocity, že objekty nejsou reálné (derealizace), nebo že jedinec je mimo, „není zde skutečně“ (depersonalizace),

- (k) strach ze ztráty kontroly, „zešlání“, ztráty vědomí
- (l) strach ze smrti,

celkové příznaky

- (m) návaly horka nebo chladu,
- (n) pocity znečitlivění nebo mravenčení.

C. Nejčastěji užívaná vylučovací doložka. Panické ataky nejsou vyvolány tělesnou poruchou, organickou duševní poruchou ani jinými duševními poruchami, jako jsou např. schizofrenie nebo příbuzné poruchy, poruchy nálady nebo somatoformní poruchy.

Rozsah jednotlivých variací, pokud jde o obsah a tíži, je tak velký, že se mohou specifikovat pátým znakem dva stupně – středně těžký a těžký:

Středně těžká panická porucha (F41.00)

Alespoň 4 panické ataky v období 4 týdnů.

Box 15.6 Kazuistika panické poruchy

Ivetě je 28 let. V posledních dvou letech trpí záchvaty paniky. Poprvé dostala záchvat paniky během dopolední pracovní schůzky. Místnost byla malá a přeplněná lidmi. Iveta byla unavená, minulou noc byla na večírku. Dosud nejedla a měla před menstruací. Panika přišla najednou, z ničeho nic. Citila, jakoby se jí nad hlavou provalila nějaká vlna. Chvilí jí bylo horko, pak zase zima. Začalo jí bušit srdce. Šla k otevřenému oknu, protože měla pocit, že musí na vzduch. Celá se rozklepala. Měla pocit, že se na ni všichni dívají. Šla na záchod, tam se rozbrečela, třásla se. Za chvíli to skončilo. Řekla si, že musí být vážně nemocná. I když všechna vyšetření dopadla dobře, stále měla strach, že umře. Záchvaty se začaly opakovat. V práci se vyhýbala setkání s druhými. Zjistila, že spíše propadne záchvatu, když je unavená a když je ve společnosti více lidí. Kromě záchvatů je stále bez zjevného důvodu napjatá.

Těžká panická porucha (F41.01)

Alespoň 4 panické ataky za týden po dobu 4 týdnů.

Celoživotní prevalence panické poruchy je 1,4–2,9 % (Weissman a spol., 1997). Obvykle začíná v období mezi 15.–24. rokem, druhý vrchol je mezi 45.–54. rokem. Je 2× častější u žen než u mužů.

Etiopatogeneze ⇨ I když pečlivě kontrolovaných studií **genetických faktorů** u panické poruchy je velmi málo, výsledky podporují závěr, že tato porucha má zřetelnou genetickou komponentu. Riziko onemocnění u příbuzných prvního stupně se pohybuje mezi 15–18 % u pacientů oproti 0–5 % u kontrol. Jednovaječná dvojčata mají jednoznačně vyšší konkordanci než dvouvaječná. Výzkum věnovaný biologickým aspektům panické poruchy došel k celé řadě nálezů, které se vědci snaží interpretovat do ucelených hypotéz. Jeden z pohledů naznačuje, že příznaky panické ataky jsou výsledkem řady biologických abnormit ve struktuře a funkcích mozku. Autonómni nervový systém vykazuje zvýšený tonus sympatiku a pomalu se adaptuje na opakované podněty a reaguje přehnaně i na mírné podněty. Studie neuroendokrinního stavu ukazují celou řadu abnormit – zejména je uvažována dysregulace v noradrenergním systému (zvýšená aktivita v locus coeruleus) v serotonergním systému (zejména v nucleus raphe, hipokampu a amygdale) a v dopaminergním systému (ve frontoorbitálním kortexu). Pro tyto dysregulace svědčí řada provokačních studií s látkami navozujícími paniku (panikogeny: laktát, johimbin, fenfluramin, izoproterenolol, kofein atd.). Dále jsou uvažovány dysfunkce GABAergního neurotransmiterového systému, zvýšená citlivost cholecystokininových receptorů, poruchy v regulaci CRH, neuropeptidu Y (Charney a spol., 1992). Hypotéz vysvětlujících panickou poruchu z biologického hlediska je celá řada. O syntézu se pokusil Klein (1993). Podle něj pacienti trpící panickou poruchou mají abnormálně nízký práh pro pocity dušení a panické záchvaty jsou spouštěny jako „falešný poplach, že se dusím“. Klein předpokládá, že v retikulární formaci kmene existuje centrum, které se „zapíná“ v situaci ohrožení dušením. Pokud je toto centrum zvýšeně citlivé (hypersenzitivní) na určité podněty (jak somatické, tak psychické), dochází k rozvoji falešného poplachu a organizmus reaguje jako ve stavu, kdy je doopravdy ohrožen dušením, tj. hyperventilací a panickou touhou uniknout ze situace.

Podle **psychologických teorií** jsou však biologické faktory až druhotné. Psychologicky se zdá, že lidé trpící panickou poruchou mají strach z opuštění a zároveň strach z připoutanosti ke druhé osobě. Proto mají intenzivní potřebu kontrolovat svoje vztahy a vyhnout se samotě nebo nadměrné blízkosti. Protože vysoká míra interpersonální kontroly je nedosažitelná, trpí postižení chronickým pocitem nekontrolovatelnosti. Pacienti trpící panickou poruchou mají významně vyšší incidenci stresových situací, zejména ohrožení ztrátou blízké osoby nebo důležité životní hodnoty v době před objevením se poruchy, než mají jiní lidé.

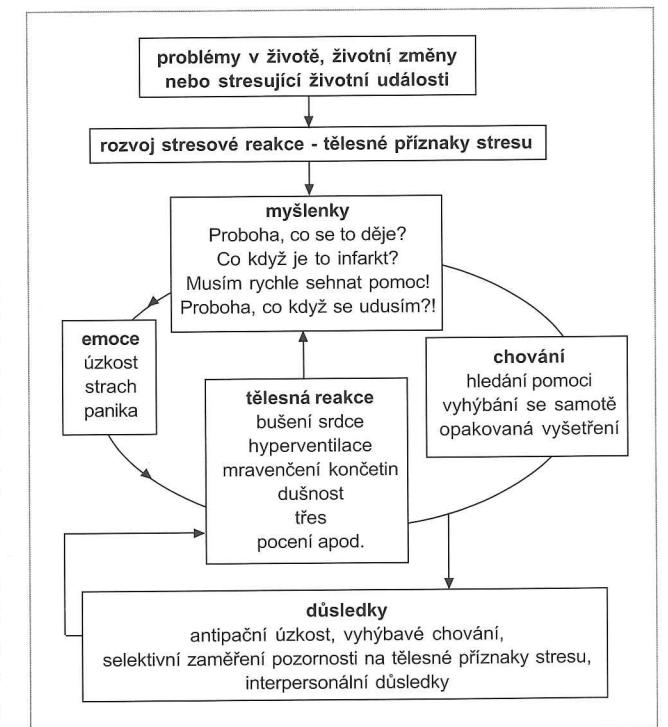
K vysvětlení patogeneze panické poruchy byly vytvořeny jak **psychoanalytické**, tak **kognitivně-behaviorální teorie**. Podle psychoanalytického pohledu je panická porucha spojena se ztrátou rodiče (úplnou nebo relativní) v dětství nebo s historií separační úzkosti. Být sám bez možnosti pomoci oživuje dětskou úzkost z opuštění. Podle kognitivního modelu postižený jedinec zažívá záchvaty paniky jako důsledek relativně trvalého sklonu vysvět-

lovat si nejrůznější tělesné pocity, vesměs příznaky normální stresové reakce (jako jsou bušení srdce, závratě, mravenčení končetin, hyperventilace) jako signály hrozící katastrofy. Tyto pocity jsou katastroficky interpretovány jako bezprostředně hrozící tělesné nebo psychické selhání (např. závratě jako znamení, že hrozí ztráta vědomí, bušení srdce jako známka nastávajícího infarktu, depersonalizace jako známka zešlání apod.). Jsou-li tyto pocity vnímány jako hrozba, vzniká stav napjatého očekávání a obav. Spouští se reakce „boj nebo útek“, což znamená, že se původní pocity zesilují a dostaví se celá řada dalších tělesných příznaků. Pacient začne zpravidla hyperventilovat a dojde k rozvoji alkalózy. Následná hyperventilační tetanie s doprovodnými příznaky zvyšuje dále jeho hrůzu. Nakonec se však vyčerpá a přestane hyperventilovat, což vede za chvíli k uklidnění vegetativních příznaků. Podle kognitivně-behaviorální terapie jsou tedy panické záchvaty považovány za naučené chování a naučenou neurovegetativní reakci.

Průběh ⇨ Průběh panické poruchy bez léčby bývá většinou dlouhodobý a asi 40 % pacientů chronifikuje. Jsou však popsána i spontánní uzdravení, stejně jako recidivy obtíží po několikaleté remisi. Jednou z nejzávažnějších komplikací panické poruchy je suicidium. Kolem 7 % lidí trpících panickou poruchou spáchá sebevražedný pokus (u depresivní poruchy 7,5 %). Při komorbiditě panické poruchy s depresí se suicidálnita zvyšuje až na 20 %.

Léčba ⇨ Panickou poruchou lze léčit jak psychoterapeuticky, tak farmakoterapeuticky. Farmaka bývají rychlejší, psychoterapie trvalejší. Zdá se, že optimální je kombinace obou přístupů.

Metodou volby při léčbě panické poruchy je **kognitivně-behaviorální terapie**. Začíná edukací pacienta o panické poruše a stresové reakci, pak vysvětlením, jak lze do bludného kruhu panických záchvatů zasáhnout. Pacient se učí kontrolovat záchvaty paniky pomocí regulovaného dechu. Pak jsou tělesné příznaky záchvatu



Obr. 15.4 Zjednodušený model panické poruchy a bludný kruh průběhu příznaků

arteficiálně vyvolávány (viz kap. 24.2) a pomocí **regulovaného dechu** zase odstraňovány. Snad nejpoužívanějším způsobem navození příznaků je **hyperventilace**. Je výhodná proto, že nejméně polovina pacientů s panickou poruchou běžně v záchvatu hyperventiluje a prožívá příznaky, které lze hyperventilací vyvolat. S touto expozicí začínáme ihned poté, co pacient zvládl nácvik kontroly dechu, a pokračujeme v každém sezení až do konce terapie. Dalším krokem KBT je nácvik **relaxace** k odstranění anticipační úzkosti. Velmi důležitou součástí je nácvik **kognitivní rekonstrukce** – pacient se učí najít racionální odpověď na svoje panické úzkostné myšlenky a tím se uklidnit. Po odstranění panických záchvatů zpravidla pokračuje KBT dalšími kroky, které jsou zaměřeny na **systematickou práci s problémy v životě**, které panickou poruchu doprovázejí (nejčastěji manželské problémy, vztahové problémy v zaměstnání, závislost na partnerovi či rodičích).

Psychofarmakoterapie. Nejčastěji využívanou alternativou ke specifické psychoterapii u panické úzkosti je podávání benzodiazepinů a antidepresiv (tab. 15.2).

Benzodiazepiny – I když mohou být užitečné ke zvládnutí akutní panické poruchy, u déletrvajících panické poruchy nejsou příliš vhodné. Kromě postupně klesajícího účinku je prokázáno, že dlouhodobé užívání benzodiazepinů může vést k závislosti. Při akutním záchvatu paniky jsou však určitě lékem volby. Velice dobrého efektu je dosahováno alprazolamem, který je velmi účinný v dávce 4–8 mg, výjimečně až 10 mg na den. Podobně účinný je klonazepam v dávce 1–6 mg na den, ve vyšší dávce také diazepam a lorazepam. Ovšem výhody prvních dvou benzodiazepinů proti diazepamu jsou rychlý nástup účinku, efekt již během prvních 2 týdnů, velmi dobrá tolerance. U všech benzodiazepinů hrozí rozvoj tolerance a závislosti a při náhlém vysazení se zpravidla objeví ab-

stinenní syndrom. Proto je potřebné při vysazování dávku snižovat postupně.

Beta-blokátory – Jako lék proti panickým záchvatům byl zkoušen propranolol. Kontrolované studie však jeho účinnost neprokázaly. Dosud se přidává k medikaci u nemocných s palpácemi při záchvatu paniky.

Antidepresiva – Jsou pravděpodobně klinicky nejužitečnější léky při léčbě panické poruchy. Při jejich podávání si musíme být vědomi, že zpočátku mohou příznaky paniky ještě zhoršit. Důvodem jsou jejich vedlejší účinky, na které jsou pacienti s panickou poruchou nesmírně citliví. Proto začínáme s nízkými dávkami léků: podáváme prvních 10–14 dnů polovinu terapeutické dávky, až pak ji zvyšujeme na terapeuticky účinnou. **Tricyklická antidepresiva** – Výhodou nejlépe prostudovaných klasických antidepresiv (TCA) – imipraminu a klomipraminu – je dlouhý poločas vylučování, který umožňuje aplikaci v jedné denní dávce. Nevýhodou jsou výrazné vedlejší účinky (anticholinergní efekt) a pozdní nástup účinku (po 4–6 týdnech). **SSRI** – Velmi účinnými léky u panické poruchy jsou paroxetin, citalopram, sertralin, fluoxetin i fluvoxamin. Jsou dnes pokládány u panické poruchy za léky první volby. Jejich účinek se objevuje již do 3–6 týdnů léčby. **SNRI** – Zdá se, že venlafaxin je podobně účinný u panické poruchy jako SSRI.

Kombinace psychofarmak – Obvyklou klinickou kombinací je podávání benzodiazepinů s antidepresivy. Benzodiazepiny (alprazolam nebo klonazepam) pomáhají snížit aktuální úzkost a blokovat panické záchvaty zejména na počátku léčby. Po 3–6 týdnech se objeví plný účinek antidepresiva a je možné postupně krok za krokem benzodiazepiny vysazovat. Je nutné však poznamenat, že u řady osob je vysazování benzodiazepinů velmi obtížné. Proto bychom tuto kombinaci doporučovali jen u těžších forem panické poruchy.

Tab. 15.2 Léky úspěšně používané při léčbě panické poruchy

skupina léků	generický název	počáteční dávka v mg/den	rychlost zvyšování	terapeutická dávka mg/den	nejdůležitější vedlejší účinky
tricyklická antidepresiva	imipramin	25 – 50	25 mg za 3 dny	150 – 250	ortostatické kolapsy, zácpa, sucho v ústech, rozmazané vidění, tachykardie, mikční potíže, prodloužení síňokomorového vedení
	klomipramin	25 – 50	25 mg za 3 dny	100 – 250	
antidepresiva - SSRI	paroxetin	10	10 mg za 3 dny	20 – 50	nauzea, únava, sexuální dysfunkce, pocit nervozity, nespavost, cefalea
	citalopram	10		20 – 60	
	fluoxetin	5		20 – 80	
	fluvoxamin	25	25 mg za 3 dny	100 – 200	
	sertralin	25		50 – 200	
antidepresiva - RIMA	moklobemid	150	150 mg za 3 dny	600 – 900	nauzea, průjem, nebo naopak zácpa, nespavost, sucho v ústech
antidepresiva - IMAO	tranylcypromin	5	5 mg za 3 dny	20 – 50	lékové interakce, dieta, únava, nespavost, závratě, palpítace, kolísání TK, cefalea
benzodiazepiny	alprazolam	2	po 2 týdnech	4 – 8	únava, ospalost, rozmazané vidění, poruchy koordinace, hypotenze, snížení libida, poruchy mikce
	klonazepam	1	při chybějícím efektu zdvojnásobit	1 – 6	

■ Generalizovaná úzkostná porucha (F41.1)

Základním rysem je **volně plynoucí úzkost**, která není omezena na určité situace nebo objekty, ani na určité okolnosti, ale týká se každodenních záležitostí a jejich zvládnání (MKN-10, 1992). Typickým projevem této poruchy je **nadměrné zaobírání se starostmi a stresujícími myšlenkami**. To vede k úzkostnosti, únavě a nepříjemným tělesným pocitům. Příznaky se objevují nenápadně a pozvolna. Z **tělesných příznaků** dominuje svalové napětí, roztrženosť, závratě, nevolnost, bolesti hlavy, bušení srdce, nadměrné pocení apod. Většinou je zhoršen spánek, zejména večer. Stav je měnlivý a většinou trvá léta.

Box 15.7

Kazuistika generalizované úzkostné poruchy

Paní Vladka je 32letá vdaná žena, matka sedmiletého syna, vsoučasné době v domácnosti. Vystudovala střední ekonomickou školu, před mateřskou dovolenou pracovala jako sekretářka. Během mateřské dovolené zvládala syna i domácnost vzorně, ke spokojenosti své i manžela. Po mateřské dovolené se nemohla vrátit na původní místo, celý podnik byl totiž reorganizován. Začala pracovat ve mzdové účtárně, s prací však měla brzy velké problémy. Stále měla strach, aby se nespletla, proto po sobě všechno přepočítávala. Z práce se vracela domů velmi pozdě. Přesto občas udělala chybu a nadřizená jí to vyčítala. Začala se nadřizeně bát. Měla pocit, že je na ni zaměřena, že jiným podobné chyby toleruje, nebo jim to alespoň nevyčítá tak ostře. O co více se snažila chyby nedělat, o to častěji se pletla. Byla z toho vyčerpaná, doma si manželovi stěžovala, nemohla večer usnout. Nakonec ji manžel přesvědčil, aby z místa odešla. Našla si nové místo prodavačky v obchodě. Už předem se začala obávat, že se opět znelíbí šéfovi. Proto se začala velmi snažit. Tím ale dráždila ostatní prodavačky a ty ji začaly pomlouvat, že šplhá. Chovaly se k ní odměřeně. Cítila se v kolektivu velmi sama, nervózní a napjatá. Začala se bát každého dne v práci. Opět večer těžko usínala a začala si stěžovat na situaci manželovi. Během celého dne cítila napětí a úzkost. Začala se nadměrně obávat o zdraví syna. Také sebe začala nepřiměřeně sledovat. Často ji bolela hlava, cítila napětí v celém těle, tlačil jí žaludek. V celkem dobrém manželství začaly doma hádky. Manžel byl podrážděný z jejich přehnaných obav. Večer co večer ho jimi zatěžovala. Nakonec se odstěhoval do obýváku. Vladka se rozhodla, že odejde z práce a zůstane v domácnosti. Manžel v přesvědčení, že se situace zklidní, jí v tom podpořil. Nyní je Vladka už druhý rok v domácnosti, ale obavy a úzkosti jí pronásledují dále. Obává se o zdraví syna, manžela i svoje. Má strach, že syn je příliš nesmělý, že ho neumějí dobře vychovat. Dále se bojí, že nemají dost peněz, kdyby se v domácnosti něco stalo, např. vypověděla pračka nebo lednička, nemohou si ji koupit. Neví, co by pak dělala. Má problémy zvládnout domácnost, protože se nedokáže na práci dostatečně soustředit. Manžel jí vyčítá, že si práci neumí zorganizovat, ona jemu vyčítá, že jí málo pomáhá.

Celoživotní prevalence generalizované úzkostné poruchy je 4,1–6,6 % populace (Weissman a spol., 1997). Porucha se objevuje přibližně 2× častěji u žen než u mužů.

Diagnostická kritéria MKN-10 (pro výzkum) ⇨

A. Výrazné napětí, strach, obavy z každodenních problémů – trvají nejméně 6 měsíců.

B. Přítomny nejméně 4 z následujících, nejméně jeden z příznaků vegetativního podráždění:

příznaky vegetativního podráždění

- (1) palpítace nebo 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, „zešílení“, ztráty vědomí,
- (12) strach, že zemře,

celkové příznaky

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

příznaky napětí

- (15) napětí, pobolívání nebo bolesti ve svalech,
- (16) neklid a neschopnost se uvolnit,
- (17) pocity podráždění, nesnesitelného napětí nebo duševního přepětí,
- (18) pocity „knedlíku v krku“ nebo obtíže s polykáním,

další nespecifické příznaky

- (19) přehnaná reakce na malé překvapení nebo vyrušení,
- (20) obtíže s koncentrací, nebo „prázdnost v hlavě“ z důvodů strachu nebo úzkosti,
- (21) neustálé podráždění,
- (22) obtíže s usínáním kvůli strachu.

C. Porucha nesplňuje kritéria pro panickou poruchu, fobické, úzkostné poruchy, obsedantně-kompulzivní poruchu nebo hypochondrickou poruchu.

D. Nejběžněji užívaná vylučovací kritéria: generalizovaná úzkostná porucha není způsobena somatickou poruchou nebo poruchou vyvolanou psychoaktivní látkou, jako je silná konzumace amfetaminu nebo abstinenní syndrom po odnětí benzodiazepinů.

Poznámka: U dětí a adolescentů je rozsah obtíží, kterými se projevuje generalizovaná úzkost, často chudší než u dospělých, a často jsou méně výrazné příznaky vegetativního podráždění.

Etiopatogeneze ⇨ Podobně jako u dalších úzkostných poruch jsou zvažovány jak biologické vlivy, tak vlivy výchovy a životních událostí. Asi 15–17 % příbuzných prvního stupně trpí stejnou poruchou. Pro genetickou komponentu by mohl svědčit fakt, že konkordance monozygotních dvojčat je vyšší než u dizygotních. Z biologických teorií se uvažuje o dysfunkci GABA-benzodia-