

Desatero pro úzkostné pacienty

1. Co je to úzkost, strach?

Úzkost a strach patří k běžným emocím, které každý člověk někdy prožívá během svého života.

Úzkost je nepříjemný emoční stav, jehož příčinu není možné přesně definovat. Je to pocit, jako by se něco ohrožujícího mělo stát, ale člověk si neuvědomuje, co by to mělo vlastně být. Prožívá stresovou reakci.

Strach je emoční reakce na konkrétní nebezpečí, má konkrétní objekt a trvá pouze po dobu jeho existence. Za normálních okolností má svůj nezastupitelný ochranný, adaptivní a informační význam.

2. Kdy se úzkost stává problémem?

Úzkost je stálým jevem každodenního života. Mírná úzkost je tedy normální a pociťuje ji v životě každý.

Úzkost se stává problémem pouze tehdy, pokud se objevuje PŘÍLIŠ ČASTO, je PŘÍLIŠ SILNÁ, trvá PŘÍLIŠ DLOUHO, anebo se objevuje v NEVHODNÉ SITUACI.

Úzkost a strach mohou nabývat takových forem, že mluvíme o úzkostných poruchách.

3. Jaké typy úzkostných poruch známe?

Fobické úzkostné poruchy, které jsou charakterizovány strachem z konkrétních situací nebo objektů, které ve skutečnosti nejsou nebezpečné.

3 hlavní fobické poruchy:

- agorafobie – strach z veřejných prostranství, přeplněných míst, shluků lidí, z opuštění domova, z obchodů, cestování dopravními prostředky, z jízdy výtahem, z uzavřených prostor;
- sociální fobie – strach ze situací, v nichž může být člověk pozorován a posuzován druhými lidmi (např. z vystupování na veřejnosti);
- specifické fobie – fobie ze zvířat (hmyzu, psů); fobie z přírodních živlů (bouřek, vody); fobie z krve, injekcí a zranění; fobie z určitých míst (letadlo, výtahy); jiné typy fobií (např. obavy ze situací, kdy může dojít k zakuckání, zvracení, nakažení nemocí).

Jiné úzkostné poruchy:

- panická porucha – náhlé epizody intenzivního strachu až hrůzy, které se objevují bez zjevné vnější příčiny, trvá obvykle několik minut;
- generalizovaná úzkostná porucha – typická je volně plynoucí úzkost, která není vázána na určité situace, objekty, týká se každodenních záležitostí. Jde o nadměrné zaobírání se starostmi a stresujícími myšlenkami;
- smíšená úzkostně depresivní porucha.

Obsedantně kompulzivní porucha – charakteristické jsou nutkavé myšlenky (obsese), které se proti vůli vtírají na mysl a způsobují výraznou nepohodu a tíseň, kterou se pak nositel snaží zmírnit různými způsoby nutkavého chování (kompulze).

4. Jaké jsou příčiny úzkostných poruch?

Etiologie je multifaktoriální. Významnou roli zde hrají jak vlivy zevní (stres), tak i vlivy genetické. V současné době byly prokázány abnormality ve strukturách a funkcích mozku úzkostných pacientů. Výzkum ukazuje, že dochází k určité nerovnováze chemických přenosů v mozku a jedním z nich je právě porucha přenosu serotoninu. Tuto nerovnováhu se daří upravovat léky či psychoterapií.

5. Jak se úzkostné poruchy projevují?

Plnému rozvinutí úzkostné poruchy vždy předchází spouštěč. Spouštěčem může být nepříjemná situace (zastavení metra mimo stanici...); obavná až katastrofická myšlenka („co když to nezvládnou, dostanu infarkt, omdlím, zblázním se...“); neočekávané tělesné pocity při běžném rozrušení (zrychlení srdečního tepu, zvýšení sekrece potu, pocit slabosti...). Významnou roli hraje vyčerpání, únava.

S rozvojem nepříjemných emocí (úzkosti, strachu, ev. panice) jsou spojeny tělesné tzv. vegetativní příznaky (bušení srdce, lapání po dechu, mravenčení v prstech, tlaky v hlavě, pocení...), což vede následně k vyhýbání se dané situaci či činnosti, čímž se „bludný kruh úzkosti“ uzavírá.

Vyhýbavé chování pak vede k tomu, že si člověk nemůže vyzkoušet, že jeho katastrofické interpretace neplatí a ve svém chování a myšlení se dále utvrzuje.

6. První pomoc při vystupňované úzkosti

V rámci první pomoci je možné ovlivnění tělesných příznaků, které si pacienti často vykládají jako známky hrozícího kolapsu či tělesného onemocnění, což úzkost dále zvyšuje.

Cílem je dostat tělesné reakce pod kontrolu, čímž se sníží intenzita nepříjemných tělesných pocitů, změní se jejich chápání (např. „není to infarkt, jsem jen nervózní...“) a zvýší se pocit sebekontroly v obtížných situacích.

Nejjednodušší možnost odvrácení plného rozvoje tělesných příznaků je prosté odvedení pozornosti v případech počínajících nepříjemných tělesných projevů např. četbou, hovorem se známým člověkem.

Další metody, které slouží k dosažení stavu plného tělesného uvolnění, spočívají v uvolnění kosterních svalů (relaxace) a v klidném, kontrolovaném břišním dýchání („zklidňujícím dýcháním“). Tyto metody je však nutno dobře předem ovládat a při první pomoci pak lze rychle a efektivně využít některé jejich prvky. Jsou součástí kognitivně behaviorální psychoterapie úzkostných poruch stejně jako „uklidňující myšlenky“, které si může pacient během terapie připravit a v krizové situaci použít.

7. Jaké jsou důsledky neléčených úzkostných poruch?

Ve svých dlouhodobých důsledcích jsou úzkostné poruchy pro člověka frustrující ve většině oblastí života a mohou mít až invalidizující průběh. Pacienti zpočátku nerozumí příčinám svých tělesných obtíží a za tímto účelem se opakovaně, obvykle s negativním výsledkem, podrobují řadě somatických vyšetření a stávají se častými klienty internistických ambulancí. V dalším průběhu se vyhýbají situacím, ve kterých došlo ke vzniku úzkosti a tím dochází jednak ke zúžení životního stylu pacientů, narušení osobních a rodinných vztahů a též pracovních a profesionálních ambicí. Nezřídka se pacienti v důsledku vyhýbání určitým situacím ocitají v sociální izolaci.

Významnou a častou komplikací úzkostných poruch je nadužívání alkoholu, který krátkodobě úzkost tlumí, ale z dlouhodobého hlediska se může rychle vyvinout závislost. Podobně je tomu při nadměrném užívání některých léků (benzodiazepinů).

8. Jsou úzkostné poruchy léčitelné a kdy vyhledat pomoc lékaře?

Úzkostné poruchy jsou dobře léčitelné a jejich léčba je dlouhodobá (obecně se doporučuje minimálně 6 měsíců, např. u panické poruchy se doporučuje léčba minimálně po dobu 12 měsíců).

Obornou psychiatrickou pomoc je vhodné vyhledat při déletrvajících nepříjemných tělesných pocitech, při negativním vyšetření internistickém, při stoupající konzumaci alkoholu ev. benzodiazepinů, která přináší krátkodobou úlevu od nelibých pocitů, při selhávání v osobním a pracovním životě z důvodů strachu a úzkosti, k nimž není jasný důvod.

9. Léčba úzkostných poruch

Základní léčbou je psychoterapie a farmakoterapie. Při náhlém vzplanutí příznaků úzkosti patří k osvědčeným anxiolytika (alprazolam, klonazepam). Jejich podávání by však mělo být limitováno 4-6 týdnů a pak by měly být pozvolna vysazeny. Pro dlouhodobou terapii jsou nevhodnější antidepressiva, v současné době jsou lékem volby antidepressiva typu inhibitorů zpětného vychytávání serotoninu (SSRI) ev. reverzibilní inhibitory monoaminoxidázy (RIMA). Z psychoterapeutických směrů se uplatňuje zejména kognitivně-behaviorální terapie – KBT (používá se technika postupné, pacientem řízené expozice se obávaným situacím a technika dekatastrofizace – práce s automatickými myšlenkami). Nezbytnou součástí je nácvik svalové relaxace a zklidňujícího dýchání. Je prokázáno, že KBT dokáže snížit intenzitu příznaků o 60-80%.

10. Úzkostné poruchy jsou dobře léčitelné

Jak léky, tak pomocí psychoterapie. Nejvýhodnější je kombinace obou přístupů. Pokud se léčíte není důvod se obávat, Vaše příznaky se zmírní a pak zmizí. Důležité je nepřerušit léčbu ve chvíli, když se začnete cítit dobře. Léky byste měli užívat ještě nejméně půl roku. Stejně tak je důležité pokračovat nadále v expozicích a ve cvičení relaxace.