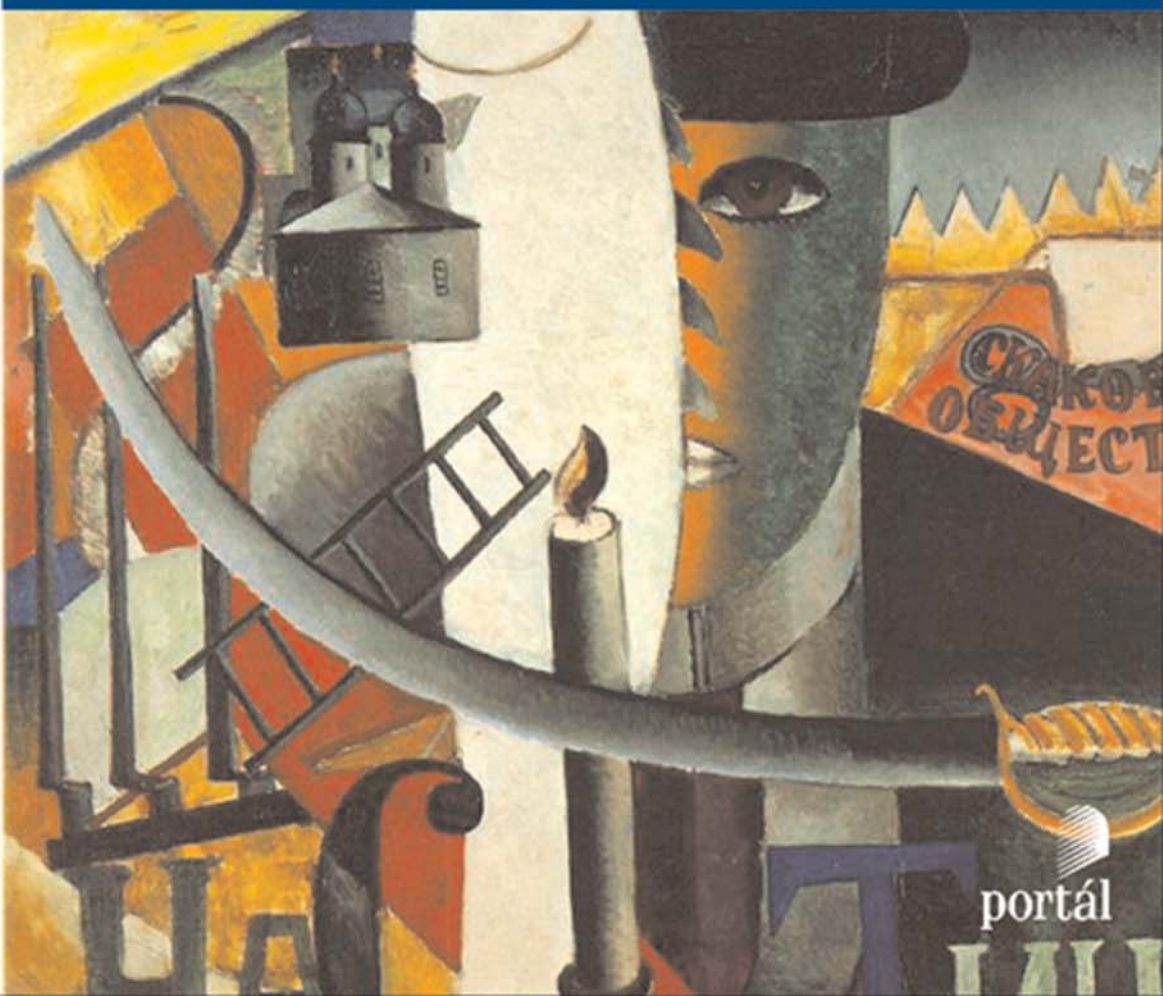


Úzkostné poruchy

Ján Praško

Klasifikace, diagnostika a léčba



portál

Úzkostné poruchy

Ján Praško

Klasifikace, diagnostika a léčba

KATALOGIZACE V KNIZE – NÁRODNÍ KNIHOVNA ČR

Praško, Ján

Úzkostné poruchy : klasifikace, diagnostika a léčba / Ján Praško. –
Vyd. 1. – Praha : Portál, 2005. – 416 s.

ISBN 80-7178-997-6

616.89-008.441

- úzkostné poruchy
- monografie

616.89 - Psychiatrie

Přehled poznatků včetně vlastního výzkumu – práce k habilitaci
Práce byla podpořena výzkumným projektem CNS 1M0002375201

Lektoroval MUDr. Pavel Baudyš, CSc.

© MUDr. Ján Praško, 2005

Portál, s. r. o., Praha 2005

ISBN 80-7178-997-6

Obsah

Úvod	9
-------------	---

ČÁST I

Přístupy k úzkostným poruchám	15
1.1 Historický vývoj pohledu na úzkostné poruchy	16
1.2 Psychoanalytické a neopsychoanalytické koncepty úzkosti	24
1.3 Kognitivně-behaviorální pohled na úzkost a strach u úzkostných poruch	35
Teorie učení	36
Úzkost jako reakce tří systémů	44
1.4 Neuronální okruhy úzkosti a strachu	46
Amygdala a bed nucleus strie terminalis	50
Efekt dřívější zkušenosti	51
Neurální mechanismy úzkosti a strachu	53
Neurotransmitery, které se účastní úzkosti a strachu	56
1.5 Klasifikace úzkostných poruch v MKN-10	61
1.6 Úzkostné poruchy a stigmatizace	63

ČÁST II

Diagnóza a léčba jednotlivých úzkostných poruch 67**2.1 Generalizovaná úzkostná porucha 68**

Charakteristiky	68
Epidemiologie	71
Diagnóza	73
Etiopatogeneze	73
Průběh a prognóza	84
Diferenciální diagnóza	85
Komorbidita	87
Diagnostický postup, vyšetření a hodnocení	89
Léčba	91
Farmakoterapie	93
Specifické psychoterapie	105
Klinické vedení pacienta	112
Prevence	113
Doporučovaný terapeutický postup	113
Kazuistika	114
Souhrn	120

2.2 Panická porucha 121

Charakteristiky	121
Epidemiologie	123
Diagnóza	125
Etiopatogeneze	127
<i>Vlastní studie – Identifikace souvislosti vychytávání ¹⁸FDG PET s mírou symptomatologie u panické poruchy (Pašková, Praško, Horáček et al., 2003)</i>	<i>146</i>
<i>¹⁸FDG PET rozdíly u pacientů s panickou poruchou před a po léčbě kognitivně-behaviorální terapií nebo před a po léčbě SSRI (Praško et al., 2003, 2004; Záleský et al., 2004)</i>	<i>149</i>
Průběh a prognóza	166
Diferenciální diagnóza	167
Komorbidita	172
<i>Ovlivňuje komorbidní porucha osobnosti účinnost léčby u panické poruchy? (Petra Houbová et al., 2004; Praško et al., 2005)</i>	<i>174</i>
Diagnostický postup, vyšetření a hodnocení	186
Léčba	187
Farmakoterapie	188
Specifické psychoterapie	206
Klinické vedení pacienta	216

Prevence	216
Doporučovaný terapeutický postup	219
Kazuistika	217
Souhrn	220
2.3 Smíšená úzkostně-depresivní porucha	221
Charakteristiky	221
Epidemiologie	224
Diagnóza	224
Etiopatogeneze	226
Průběh a prognóza	228
Diferenciální diagnóza	229
Komorbidita	232
Diagnostický postup, vyšetření a hodnocení	232
Léčba	233
Farmakoterapie	233
Specifické psychoterapie	237
Klinické vedení pacienta	248
Prevence	248
Doporučovaný terapeutický postup	249
Kazuistika	250
Souhrn	253
2.4 Agorafobie	254
Charakteristiky	254
Epidemiologie	257
Diagnóza	257
Etiopatogeneze	257
Průběh a prognóza	262
Diferenciální diagnóza	262
Komorbidita	263
Diagnostický postup, vyšetření a hodnocení	264
Léčba	266
Farmakoterapie	267
Specifické psychoterapie	270
Klinické vedení pacienta	277
Prevence	279
Doporučovaný terapeutický postup	280
Kazuistika	280
Souhrn	283
2.5 Sociální fobie	284
Charakteristiky	284

Epidemiologie	285
Diagnóza	286
Etiopatogeneze	286
Průběh a prognóza	292
Diferenciální diagnóza	293
Komorbidita	294
Diagnostický postup, vyšetření a hodnocení	295
Léčba	297
Farmakoterapie	297
Specifické psychoterapie	306
<i>Farmakoterapie versus KBT v léčbě sociální fobie – kontrolovaná studie s dvouletou katamnézou (Praško et al., 2000, 2003)</i>	310
Klinické vedení pacienta	334
Prevence	334
Doporučovaný terapeutický postup	334
Kazuistika	336
Souhrn	339
2.6 Specifické fobie	340
Charakteristiky	340
Epidemiologie	342
Diagnóza	343
Etiopatogeneze	344
Průběh a prognóza	349
Diferenciální diagnóza	349
Komorbidita	350
Diagnostický postup, vyšetření a hodnocení	350
Léčba	353
Farmakoterapie	354
Specifické psychoterapie	356
Klinické vedení pacienta	363
Prevence	363
Doporučovaný terapeutický postup	363
Kazuistika	365
Souhrn	368
Závěr	369
Literatura	371
Rejstřík	409

Úvod

Tato publikace je věnována nejčastějším psychickým poruchám „malé psychiatrie“, se kterými se může setkat jak psychiatr, tak lékař první linie, ale velmi často i internista, neurolog, otorinolaryngolog, plicní lékař a další. Jde o poruchy, u kterých jsou typickými dominujícími příznaky úzkost, strach, obavy a vegetativní příznaky. Úzkostné poruchy patří mezi nejčastější duševní poruchy, se kterými se lékař může setkat. Rozsáhlá epidemiologická studie, která proběhla ve Spojených státech, ukázala, že někdy během svého života takřka polovina obyvatel trpí nějakou duševní poruchou (Kessler a kol., 1994). Nejčastěji se jedná o závislosti na návykových látkách (26,6 %), na druhém místě jsou úzkostné poruchy (24,9 %) a na třetím afektivní poruchy (19,3 %). Recentní rozsáhlá epidemiologická studie, která se uskutečnila v Evropě (*European Study of the Epidemiology of Mental Disorders* – Alonso et al., 2004), zjistila celoživotní prevalenci úzkostných poruch 13,6 % a prevalenci v posledním roce pak 6 %.

Každý lékař se patrně opakovaně setkal s pacienty, kteří trpí náhlými záchvaty bušení srdce, dušnosti, závratěmi, které nemají somatickou příčinu, nebo s pacienty se strachem ze situací, kterých se běžně lidé nebojí. Diagnostika a léčba těchto poruch jsou sice doménou psychiatrie, ale pacient často z obavy před „značkou“ psychiatrického pacienta tam vůbec nedojde. Jiní přicházejí k psychiatrovi jako k poslední instanci, „když už nic nepomohlo“ nebo „se nic jiného nenašlo“ a lékaři jim řekli, že je „to od nervů“. Zpravidla je takový pacient zklamaný a nadměrně soustředěný na své potíže. Za otázku cti pak může pokládat, aby psychiatrům ukázal, že to „od nervů“ není. Taková léčba je nesmírně těžká. Přitom včasná léčba zpravidla obtížná není.

V žádné oblasti psychiatrické diagnostiky se neudálo tolik změn jako u poruch projevujících se úzkostnými projevy. Potíže z tohoto okruhu byly nejdříve nazývány neurastenií, psychastenií, poději byly viděny jako jedna entita – neurózy – a nerozlišovalo se mezi nimi. Po zavedení operacionální diagnostiky se však objevila celá řada poruch, které lze relativně dobře od sebe rozlišit a diagnostikovat. Na druhé straně mezi jednotlivými poruchami existuje mnoho společných bodů a u řady pacientů se objevují příznaky několika úzkostných poruch. Mluvíme pak o komorbiditě, jako by šlo o více poruch najednou, je však nutné si uvědomit, že jde o poruchu jednu, která se takto projevuje.

Úzkostné poruchy byly dlouhou historií doménou psychoanalyticky orientovaných psychoterapeutů. Později byly vyvinuté efektivní behaviorální a kognitivní terapeutické postupy, které částečně psychoanalytické postupy z této oblasti vytlačují. V posledních dvaceti letech se navíc ukázalo, že farmakoterapie má podobnou účinnost u nekomplikovaných úzkostných pacientů jako psychoterapie, a tak v současné době bývá nejvíce úzkostných pacientů léčeno právě farmaky.

Úzkostné poruchy by se daly zjednodušeně definovat jako různé kombinace tělesných a psychických projevů úzkosti, které nejsou vyvolány žádným reálným nebezpečím. Úzkost se u těchto poruch může objevovat buď v náhlých záchvatech či typických situacích, nebo jako trvalý fluktuující stav. Míra příznaků je tak velká, že omezují pracovní život, rodinné soužití nebo prožívání volného času.

Tělesné funkce a procesy, jejich regulace, vnímání, emocionální stavy, kognitivní zpracování – to vše je integrálně propojeno. Naše myšlenky, představy a emoce mají vždy také tělesné vyjádření. Oddělování těla a duše je umělým výtvozem. Emoční prožitky jsou zpětně ovlivněny vnímáním tělesných procesů a samy vedou opět k tělesným reakcím. Vnímání ve smyslu orientace a tělesné reakce jako pohotovosti k jednání jsou tedy celistvé procesy, které umožňují následné cílené chování. Takovými celistvými psychicko-tělesnými vzorci jsou úzkost a strach. Úzkost primárně slouží k vyhledávání nebezpečí a je vlastně orientační reakcí. Strach je pak reakcí na rozpoznané nebezpečí. Úzkost i strach tedy mají pro organismus adaptivní funkci. Fylogeneticky vznikly v říši zvířat a sloužily k adaptaci. Vyostrují smysly, mobilizují energii a pomáhají organismu ubránit se, utéct nebo vyhnout se, když se objeví nebezpečí. Jsou to komplexní reakce, při kterých je afekt spojený jak s tělesnými reakcemi (zrychlení tepu, zvýšená sekrece potu, suchost sliznic atd.), tak s kognitivními reakcemi (zjednodušení vnímání, zrychlení myšlení, specifické kognitivní vzorce atd.). Úzkostí začíná komplexní behaviorální program, který slouží ke kontrole a odvrácení nebezpečí. Výsledkem tohoto procesu může být: a) že situace, která spustila úzkost, je rozpoznána jako neškodná a proces úzkosti je postupně zastaven; b) že vyvolávající moment je rozpoznán jako ohrožující a vede k aktivní reakci (boj nebo jiný způsob aktivního vypořádání);

c) že ohrožení je rozpoznáno jako nekontrolovatelné a následuje úniková reakce. Úzkost a kontrola jsou navzájem spjaté. To umožňuje řídit reakci k překonání ohrožující situace.

Zkušenost strachu a úzkosti je pro lidský druh univerzální v průběhu historie všech kultur. Řada myslitelů je zařadila mezi centrální zkušenosti lidského života a existence. Problém začíná tam, kde se úzkost či strach objevují **příliš často, trvají příliš dlouho** a jejich **intenzita je** vzhledem k situaci, která je spustila, **příliš velká** nebo se objevují v **nepřiměřených situacích**. V těchto případech zpravidla negativně zasahují do života jedince. Mírné obavy a úzkost jsou tedy zcela normální a prožívá je v životě každý. Jsou užitečné a důležité, pokud nepřerostou určitou míru. Nálezy z posledních dvaceti let však ukazují, že výrazné úzkostné projevy se objevují u značné části populace. Mluvíme o úzkostných poruchách. Ukázalo se, že úzkostné poruchy patří nejen mezi nejčastější psychické poruchy, ale i mezi poruchy, které výrazně hendikepují, významně zhoršují kvalitu života, vedou ke snížení pracovní schopnosti a nepříznivě zasahují partnerské vztahy i rodinné prostředí. Úzkostné poruchy jsou také velmi drahé. Odhadem až jedna třetina přímých prostředků na psychiatrickou péči je spotřebována na léčbu úzkostných po-

Tab. 1.1

Typické příznaky úzkosti

Psychické příznaky	Somatické příznaky
pocit ohrožení	napětí ve svalech
pocit napětí	zkrácení dechu, hyperventilace
strach	bolesti v zádech, hlavy, ve svalech,
nadměrné obavy a starosti	třes, cukání, roztřesenost
katastrofické myšlenky a představy	zvýšená unavitelnost
traumatické vzpomínky	vegetativní hyperaktivita
obtíže s koncentrací	– tachykardie
nespavost	– pocení
nadměrná bdělost a ostražitost	– červenání nebo blednutí
ospalost	– studená akra
lekavost	– časté močení
podrážděnost	– průjem nebo zácpa
pocit vnitřního chvění	– meteorismus
depersonalizace a derealizace	– sucho v ústech
pocit psychické únavy a vyčerpanosti	– tlaky v žaludku
neschopnost odpočívat	– regurgitace
záchvaty panické hrůzy	– nauzea
anticipační úzkost	parestézie
	obtíže s polykáním
	„knedlík v krku“
	viření v žaludku
	píchání u srdce, sevření na hrudi
	snížené libido

Tab. 1.2

Základní charakteristiky jednotlivých úzkostných a fobických poruch (Prašková a Praško, 1999)

Porucha	Typické příznaky	Hlavní obava	Epidemiologie	Průběh	Farmaka	Psychoterapie
Panická porucha	Náhlé nečekané záchvaty paniky s intenzivními vegetativními příznaky.	Zemřu. Zkolabuji. Mám infarkt. Zešílím. Ztratím kontrolu.	Celoživotní prevalence 1,5–3,5 %. Roční prevalence 0,5–2,3 %.	Vinovitý, bez léčby zpravidla chronický. Sekundárně agorafobie, deprese.	Clomipramin Imipramin SSRI Venlafaxine Moclobemid Tranylcypromin Alprazolam Clonazepam	Edukace Kontrola dechu Interceptivní expozice 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, zvládání každodenních záležitostí.	Celoživotní prevalence 5–15 %. Roční prevalence 2–4 %.	Vinovitý a bez léčby zpravidla chronický.	Alprazolam Clonazepam a další BZD Amitriptylin Doxulepin 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 nezvládnou. Nikdo o mne nestojí. Věci dopadnou špatně.	Aktuální prevalence v primární péči 4,1 %.	Chronický nebo periodický, častá invalidizace.	SSRI Tianeptin Moclobemid Venlafaxin Bupropion	Edukace Plánování aktivit Změna katastrofických scénářů Nácvik komunikace
Agorafobie	Strach z cestování, opuštění domova, davu nebo veřejných prostranství. Při expozici vegetativní příznaky. Systematické vyhýbání se těmto 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 vinovitý s remisemi.	Clomipramin Imipramin SSRI Venlafaxin Moclobemid Tranylcypromin Alprazolam Clonazepam	Edukace Změna katastrofické interpretace Expozice in vivo Řešení problémů
Sociální fobie	Strach z pátravých pohledů druhých, ze ztrapnění a zesměšnění. Vegetativní příznaky při expozici. Vyhýbání se sociálními situacím.	Bude to trapné. Budou se mi třást ruce, budu se červenat apod. Znemožním se. Nevydržím 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 Venlafaxin Clonazepam Bupropion	Edukace Změna katastrofické interpretace Nácvik komunikace Expozice 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, jež začaly v dětství, spontánně odezní v dospělosti.		Edukace Expozice in vivo

ruch. Jaké jsou nepřímé náklady, to si netroufá nikdo odhadovat. I přes velký pokrok v diagnostice a léčbě zůstává stále řada lidí postižených úzkostnou poruchou nediagnostikovaná nebo nedostatečně léčená. Částečně je to způsobeno strachem ze značkování, takže postižení raději vyhledávají somatické lékaře než psychiatry, ale z velké části se na tom podílí i fakt, že v primární péči není věnována diagnostice a léčbě úzkostných poruch dostatečná pozornost.

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. **Strach** můžeme definovat jako emoční a fyziologickou reakci na konkrétní nebezpečí. Strach má tedy na rozdíl od úzkosti 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 (jde tedy o strach), kterých se běžně lidé nebojí, jde o **fobii**. Pokud se rozvine při očekávání ohrožující situace, mluvíme o **anticipační úzkosti**.

Přístupy k úzkostným poruchám

1.1 Historický vývoj pohledu na úzkostné poruchy

Snad první literární popisy stavů úzkosti jsou popsány v sumerském eposu O Gilgamešovi (3. tisíciletí před Kristem), kde jsou popsány obavy ze smrtelnosti. I když staří Řekové měli výrazy pro mánii, melancholii, hysterii a paranoi (etymologicky jsou to všechno slova řeckého původu), chyběl jim pojem pro úzkost. Dokonce i v moderní řečtině se úzkost vyjadřuje slovem *anesuchia*, které znamená „neklidný“ nebo „neuvolněný“. Římané používali výraz *anxietas*, který znamenal přetrvávající stav ustrašenosti a výraz *angor*, který naopak znamenal náhlý intenzivní strach, blízký dnešnímu konceptu paniky. *Angor* také znamená škrtit, od slova *ango* – tlačit něco dohromady. Idea zúžení má další konotaci v latinském *angustia* (úžina), *angina* (sevržení na hrudi), francouzském *angoisse* (akutní stav úzkosti) a německém *angst* (strach) (podle Stone, 2002). Mezi řeckými bohy to byl Phobos, který měl za úkol vnuknout nepřítelům strach, aby utekli již před bojem. Jeho otcem byl bůh války Arés a matkou Afrodité. Známá je také postava Pana, boha pastvy a ochránce stád, od jehož jména je odvozen termín panika. Podle řecké mytologie tento trpasličí bůh, ošklivý, kozorohý a celý pokrytý srstí, žil osaměle a byl velmi náladový. Když kolem jeho skrýše šel náhodný poutník, Pan náhle vyskočil z úkrytu s děsivým výkřikem. Hrůza, kterou poutník zažil, je přirovnávána k panice. Je zajímavé, že ošklivý Pan byl tak ješitný, že se domýšlel, že hraje hudbu lépe než vládce Múz Apolón a vyzval ho k souboji. Jednoznačně prohrál a o to více strašil poutníky. Ve starověké literatuře se však objevují výrazy vyjadřující úzkost a strach vzácně. Snad proto, že odvaha byla pokládána za jednu z největších ctností. Naproti tomu v bibli se o strachu, hrůze a úzkosti lze dočíst poměrně často. Bibličtí hrdinové nejsou tak odvážní, jak je tomu u antických. Spíše mají pocity úzkosti a viny, trpí bázní a strachem z Boha (podle Vymětal, 1999). Pro křesťany je úzkost spojena s hříchem a neschopností vyrovnat se s odpovědností (podle Berrios a Link, 1995).

Přestože mnoho odkazů na stavy strachu a neklidu se objevuje již v nejstarších psychiatrických knihách, jako je Burtonova *Anatomie melancholie* (1621), termín úzkost se v psychiatrické literatuře objevuje mnohem později. I když Burton předpokládal určité spojitosti mezi poruchami mysli a tělesnými příznaky, on i další generace lékařů po něm pokládali jednotlivé příznaky úzkosti spíše za manifestaci další oddělené poruchy, např. hyperventilaci za projev plicní abnormality, oprese v žaludku za něco, jež má co do činění hlavně s trávicím systémem, palpitace za odraz onemocnění srdce, závratě za poruchy středouší.

Poprvé se termín úzkost (*anxiety*) objevuje v lékařské literatuře z první poloviny 18. století, kdy ještě nemůžeme mluvit o psychiatrii (tento termín se začíná užívat od roku 1808 zásluhou Johanna Reila). V Anglii sir Richard Blackmore (1653–1729) začal používat termín *vapour* pro stavy, které bychom dnes hodnotili jako úzkostné poruchy. Věřil, že v těchto stavech mohou pomoci opiáty. Dalším Angličanem, který věnoval pozornost popisu úzkostných stavů (byť jen okrajově vedle popisu psychotických stavů), byl William Battie (1703–1776). Rozlišoval mezi „šílenstvím“ a „úzkostným stavem“ („*madness*“ and „*anxiety*“) a byl přesvědčen, že úzkosti lze rozumět spíše v termínech tělesného než duševního prožívání. Zaznamenal také, že mnoho lidí s psychózou mívá také období, kdy prožívají silnou úzkost. Jeho současník James Vere (1700–1779) jako první poukázal na to, že „nervozitě“ může být porozuměno jako vnitřnímu konfliktu mezi „nižšími instinkty a morálními instinkty“. Za základní principy, které ovládají jak člověka, tak nižší tvory, považoval „chuť a touhu versus averzi a nechuť“. Tím o více než století a půl předešel jak tripartitní model Freuda, tak jeho teorii libida. Ve Francii byly úzkostné stavy poprvé zmíněny v textech Boissiera de Sauvages (1752). Psal o „panofobii“, generalizovaném stavu úzkosti, který se projevuje nočními děsy, intenzivním třesem těla, nespavostí a pocity hrůzy, které pocházejí z „nadměrné představivosti“. V průběhu celého 18. století lékaři považovali za mentální poruchy jen závažné psychotické stavy a méně závažné nemoci považovali za „nervové abnormality“. Převažující pojetí bylo radikálně biologické. Vycházel z něho i skotský lékař William Cullen (1710–1790), od kterého pochází termín „neuróza“. Tento termín poprvé použil v roce 1769. Tehdy napsal: „Na tomto místě navrhuji, abychom pod pojmem neurózy chápali všechna nevysvětlitelná ovlivnění smyslů a emocí, které nesouvisí s hyperpyrexii jako primární chorobou. Nesouvisí s lokálními afekcemi jednotlivých orgánů, ale s obecným ovlivněním nervového systému a s těmi faktory, které mají především vliv na smysly a emoce“ (podle Raboch et al., 1999). Neuróza v té době byla často dávána do souvislosti s nedostatkem morálky a byly jí přisuzovány degenerativní tendence (podle Berrios a Link, 1995). Tato představa „nemocných nervů“ je stále ještě v kulturním povědomí. V Americe Cullenův žák Benjamin Rush (1746–1813) pojímal úzkostné poruchy velmi „somaticky“, nicméně více rozvedl pohled na fobie, kde rozeznával „pochopitelné“ strachy, jako je strach ze smrti nebo chirurgického výkonu, a „nesmyslné“ strachy, jako je strach z bouřky, duchů, mluvení před lidmi, ze zvířat, hmyzu, cestování lodí apod. (Rush 1812). Rok poté vyšla ve Francii kniha Landre-Baeuaise (1813, podle Berrios a Link, 1995) s popisem úzkostných stavů (*angoisse*), ve kterých autor popsal soubor příznaků s neklidem, strachem, úzkostí až agitací doprovázených somatickými příznaky. Tyto stavy však autor vnímal jen jako součást melancholie. Dalším termínem, do kterého se daly zařadit úzkostné poruchy, byla „monománie se strachem“ (Alexander Morrison, 1826).

Na počátku 19. století se objevuje zjevný posun ve vnímání duševních poruch – jejich příčiny jsou častěji hledány v psychologických a sociálních jevech. Romantismus v literatuře, zejména Goethovo „Utrpení mladého Werthera“, poprvé publikované v roce 1774, a vlna suicidálních pokusů, které román inspiroval, ovlivnily i pohled lékařů. Friedrich Beneke (1798–1854) např. tvrdil, že určité „ideje“ nebo postoje mohou být vyjádřeny symbolicky v psychosomatických reakcích (podle Stone, 2002). Podobně vídeňský baron Ernst von Feuchtersleben (1806–1849) zdůrazňoval roli konfliktu (stejně jako 50 let před ním Vere) jakožto jádrové příčiny duševních poruch. Konfliktu rozuměl jako boji mezi iracionálními impulzy a smysluplnými postoji a očekáváními jedince. Úzkost a napětí, které z konfliktů vznikají, mohou vést jak k chronickému stavu úzkosti, tak k organickým poškozením srdce a trávicího systému (podle Berrios a Link, 1995). Tím významně předznamenal psychodynamické pojetí, které vznikalo o půl století později.

Dánský myslitel a teolog S. Kierkegaard (1813–1855) ve svých dílech *Strach a děs* (1843) a *Pojem úzkosti* (1844) zdůraznil, že člověk, který je vytrháván z věčnosti do času, z nekonečnosti do konečnosti a z nevyhnutelnosti do svobody, se ocitá nad propastí, která ho plní neustálou úzkostí a vede k nábožnosti. Dostatečné řešení této úzkosti neviděl ani v náboženství, protože v tom se jen prohlubuje vědomí úzkosti vyplývající z nemožnosti překročit propast oddělující časovou konečnost člověka od věčné nekonečnosti. Aby člověk zapomněl na věčnost, usiluje se zaměřit na věci svojí individuální existence a v ní najít odůvodnění svého konání (později na jeho myšlenky navazují existencialisté – Nietzsche, Heidegger, Jaspers, Sartre, Marcel a u nás Patočka, v psychoterapii pak deseinsanalýza).

Fenomenologicky podrobně popsal panické záchvaty v první polovině 19. století v Německu lékař Otto Domrich (podle Angst, 1995) jako syndrom, kdy dochází ke kombinaci silné úzkosti s kardiopulmonálními příznaky. Popsal také případy, kdy k tomuto syndromu dochází po traumatických zážitcích v bitvách. Také Jean-Etienn Esquirol (1772–1840), který se sice přímo úzkostným poruchám nevěnoval, detailně však popsal kazuistiky pacientů s obsedantně-kompulzivní poruchou (Stone, 1997).

V první polovině 19. století byly však tělesné a duševní příznaky posuzovány odděleně. Vegetativní příznaky byly považovány za somatickou poruchu (Da Costa v roce 1871 tak popsal „dráždivé srdce“). V terapii se snažili lékaři ovlivnit přímo tyto orgány. Jako první Feuchtersleben v roce 1847 uvažoval o úzkosti jako o příčině organických poruch, konkrétně trávicího systému a srdce (podle Raboch et al., 1999). Úzkost byla tehdy považována za součást poruchy nálady. Jedním z prvních, kdo oddělil úzkost od deprese, byl Charles Darwin. Ve svém nejznámějším díle *O vzniku druhů přírodním výběrem* (1859) spojil depresi s negativně prožitými zážitky v minulosti, zatímco úzkost s obavami z událostí budoucích.