

ÚZKOSTI

Průručka pro všeobecných praktických lékařův



MUDr. Zuzana Horvátová, MPH.

RAABE

Úzkosti

Príručka pre všeobecných praktických lekárov

MUDr. Zuzana Horvátová, MPH.

RAABE

Bratislava 2023

Dr. Josef Raabe Slovensko, s. r. o.

Odborné nakladateľstvo

Člen skupiny Klett

Heydukova 12 – 14, 811 08 Bratislava

telefón: 02/32 66 18 40

e-mailová adresa: raabe@raabe.sk

www.raabe.sk

Konateľka spoločnosti: Mgr. Miroslava Bianchi Schrimpelová

Copyright:

© Dr. Josef Raabe Slovensko, s. r. o.

© Autor

Všetky práva vyhradené.

Všetky práva, najmä právo na titul (názov), licenčné právo a priemyslové ochranné práva, sú výhradným vlastníctvom nakladateľstva Dr. Josef Raabe Slovensko, s. r. o., a sú chránené autorským zákonom.

Reprodukcia a rozširovanie diela alebo jeho častí akýmkoľvek spôsobom sú bez písomného súhlasu nakladateľstva Dr. Josef Raabe Slovensko, s. r. o., zakázané.

Autor: MUDr. Zuzana Horvátová, MPH.

Projektová manažérka: Mgr. Monika Šerá

Grafika obálky: Ing. Daniel Ďurďovič

Grafika vnútorných strán: Ing. Daniel Ďurďovič

Vydanie: prvé

ISBN: 978-80-8140-834-2

Obsah

Zoznam skratiek.....	5
Zoznam obrázkov a tabuliek	5
Úvod	7
1. O úzkosti	8
1.1. Etiopatogenéza	8
1.1.1. Význam GABA receptorov.....	11
1.1.2. Význam sérotonínových receptorov.....	11
1.1.3. Význam noradrenergických a adrenergických receptorov	12
1.2. Terminológia	12
1.3. Prejavy úzkostných porúch.....	13
1.4. Priebeh úzkostných porúch.....	14
1.5. Diferenciálna diagnostika a komorbidita	15
2. Rozdelenie úzkostných porúch.....	17
2.1. Fóbické úzkostné poruchy	17
2.1.1. Agorafóbia (F40.0).....	18
2.1.2. Sociálna fóbia (40.1)	19
2.1.3. Špecifické (izolované) fóbie (F40.2).....	20
2.2. Iné úzkostné poruchy (F41)	21
2.2.1. Panická porucha – epizodická záchvatová úzkosť (F41.0).....	22
2.2.2. Generalizovaná úzkostná porucha (F41.1).....	23
2.2.3. Zmiešaná úzkostno-depresívna porucha (F41.2).....	24
2.3. Obsedantno-kompulzívna porucha (F41.1)	25
3. Úzkostné poruchy u špecifických skupín	27
3.1. Úzkostné poruchy u detí a dospelých.....	27
3.2. Úzkostné poruchy v tehotenstve a popôrodnom období.....	28
3.3. Úzkostné poruchy v perimenopauzálnom období.....	29
3.4. Úzkostné poruchy v seniu	29
3.5. Úzkostné poruchy u závislých osôb.....	30
3.6. Úzkostné poruchy vyskytujúce sa pri iných duševných ochoreniach	30

4.	Terapia úzkostných porúch	32	
4.1.	Nefarmakologické postupy	33	
4.1.1.	Psychoterapia	34	
4.2.	Farmakologické postupy	35	
4.2.1.	Anxiolytiká	36	
4.2.1.1.	Nebenzodiazepínové anxiolytiká	36	
4.2.1.2.	Benzodiazepínové anxiolytiká	37	
4.2.2.	Antidepresíva	41	
4.2.3.	Antipsychotiká	44	
5.	Algoritmus liečebných postupov	45	
6.	Mýty a fakty o úzkosti a jej liečbe	47	
7.	Zoznam použitej literatúry	49	
Príloha 1 – Beckov inventár úzkosti			52
Príloha 2 – Škála generalizovanej úzkostnej poruchy			55
Príloha 3 – Hamiltonova škála úzkosti			57
Príloha 4 – Škála sociálnej fóbie			60

Zoznam skratiek

AD	antidepresíva
BDNF	mozgový neurotrofický faktor
BZD	benzodiazepíny
GABA	γ -aminomaslová kyselina
GAD	generalizovaná úzkostná porucha
KBT	kognitívno-behaviorálna terapia
OCD	obsedantno-kompulzívna porucha
S	sérotonín
SNRI	inhibítory spätného vychytávania sérotonínu a noradrenalínu
SSRI	selektívne inhibítory spätného vychytávania sérotonínu

Zoznam obrázkov a tabuliek

- Obrázok č. 1 Synapsa (Shutterstock)
- Obrázok č. 2 Rozdelenie úzkostných porúch
- Obrázok č. 3 Bludný kruh fóbických porúch
- Obrázok č. 4 Základné nefarmakologické postupy
- Obrázok č. 5 Základný postup liečby úzkosti
- Obrázok č. 6 Algoritmus liečebných postupov
- Tabuľka č. 1 Terminológia
- Tabuľka č. 2 Prejavy úzkostných porúch
- Tabuľky č. 3 Dávkovanie nebenzodiazepínových anxiolytík
- Tabuľka č. 4 Rozdelenie BZD
- Tabuľka č. 5 Dávkovanie BZD
- Tabuľka č. 6 AD bez preskripčného obmedzenia

Zoznam príloh

Príloha č. 1 – Beckov inventár úzkosti

Príloha č. 2 – Škála generalizovanej úzkostnej poruchy

Príloha č. 3 – Hamiltonova škála úzkosti

Príloha č. 4 – Škála sociálnej fóbie

Úvod

Strach z nebezpečných vecí je prirodzenou reakciou ľudského organizmu. Je obranným mechanizmom s cieľom zabezpečiť ochranu zdravia a života. Patologickým sa stáva vtedy, keď zasahuje do denného života jedinca, bráni mu vo vykonávaní bežných aktivít, pričom obvykle nie je možné presne definovať konkrétnu príčinu daného stavu.

Vo väčšej alebo menšej miere sa s úzkosťou alebo so strachom aspoň jedenkrát v živote stretol každý z nás. Existuje niekoľko účinných metód a postupov, ktoré vedú k úľave. Je však potrebné úzkosti a strachu venovať pozornosť dostatočne včas.

Často sa s pocitmi úzkosti pacienti zverujú práve v ambulanciách praktických lekárov. Správne zvolený terapeutický postup môže zabrániť vzniku ďalších komplikácií vyplývajúcich z prežívanej úzkosti, akými sú najmä rozvoj depresívnej symptomatiky, sociálna izolácia, pracovná neschopnosť, vznik závislosti od samotných liekov alebo alkoholu a hrozba suicidálneho konania.

Počet osôb prežívajúcich úzkosť každoročne stúpa. Kým na základe štatistických údajov bolo v roku 2009 pre úzkostnú poruchu v psychiatrických ambulanciách ošetrovaných 15-tisíc mužov, v r. 2021 ich už bolo viac ako 24-tisíc. Podobná situácia je aj v prípade ženského pohlavia, kde ide o vzostup o viac ako 27 percent. Tieto údaje však odzrkadľujú situáciu len v ambulanciách psychiatrickej starostlivosti, reálny počet osôb s úzkostlivým prežívaním a úzkostnými poruchami je omnoho vyšší. Tento trend bude pravdepodobne aj v najbližších rokoch pokračovať, preto považujem za dôležité venovať sa tejto problematike podrobnejšie.

Táto publikácia má za cieľ definovať kritériá diagnostiky úzkostných porúch a predstaviť optimálny postup manažovania úzkostného pacienta pomocou jednoduchým algoritmov a uľahčiť tak proces rozhodovania vo výbere liečiva či ďalších odporúčaní. Je štruktúrovaná tak, aby bola užitočná v každodennej praxi, bez zahŕňovania zbytočnými a často nič nehovoriacimi výsledkami štúdií a štatistickými údajmi. Mojm cieľom bolo sformulovať ju tak, aby bola jasná, zrozumiteľná a prakticky uchopiteľná. Zároveň bolo mojou snahou čo najviac priblížiť reálne skúsenosti orientované na podmienky našej populácie.

1. O úzkosti

Úzkosť možno definovať ako **strach z neurčitého, zo situácií, z ktorých ostatní obavy nemajú, strach, ktorý nemá reálny podklad**. Prejavuje sa súborom **telesných a psychických prejavov**, ktoré závažným spôsobom zasahujú do bežného fungovania jedinca. Tieto **neprijemné pocity** sú natoľko silné, že postihnutá osoba sa musí **vyhýbať** všetkému, čo by mohlo tieto pocity zhoršiť, alebo hľadá spôsob, ako si uľaviť. Títo jedinci sa buď začínajú vyhýbať konkrétnym situáciám, alebo siahajú po rýchlych **úľavových prostriedkoch**, najčastejšie po alkohole, nezriedka aj po seba-poškodzujúcich aktivitách. Prežívajú stresovú reakciu. Stav strachu a úzkosti sa do značnej miery prekrývajú, ale tiež sa od seba zásadne líšia. **Strach** býva spájaný s autonómnou excitáciou potrebnou na boj alebo útek, s myšlienkami na bezprostredné nebezpečenstvo a s útekovým správaním. **Úzkosť** je spojená viac s napätím vo svaloch, s ostrážitosťou a vyhýbavým správaním ako prípravou na možné budúce nebezpečenstvo.

Úzkosť môže prebiehať sústavne s prejavmi nervozity, nepokoja alebo môže prichádzať v akútnych záchvatoch, tzv. panikách. Môže byť generalizovaná na rôzne nešpecifické podnety alebo môže byť fixovaná na konkrétnu situáciu, predmet či udalosť. Vtedy hovoríme o fóbii. Úzkosť, ktorá sa prejaví pred očakávanou udalosťou, sa označuje ako anticipačná. Úzkosť vznikajúcu popri inej poruche označujeme ako sekundárnu alebo reaktívnu (tab. 1).

Včas diagnostikovaná úzkostná porucha s adekvátne nastaveným liečebným postupom dokáže v mnohých prípadoch zabrániť vzniku neskorších komplikácií, akými sú dlhodobá práceneschopnosť, partnerské problémy, či minimalizovať riziko suicidálneho správania.

1.1. Etiopatogenéza

Etiopatogenéza vzniku úzkostných porúch je veľmi pestrá. Mnohokrát je však príčina ich vzniku nejasná. Vo všeobecnosti možno definovať psychologické a biologické faktory ich vzniku. Predpokladá sa **genetická predispozícia** a **tendencia k určitému druhu správania**, teda podkladom ich vzniku je individuálna osobnostná a povahová štruktúra jedinca, ktorá je následne modulovaná vplyvmi z prostredia. Najmenšie genetické riziko sa pozoruje u GAD, naopak,

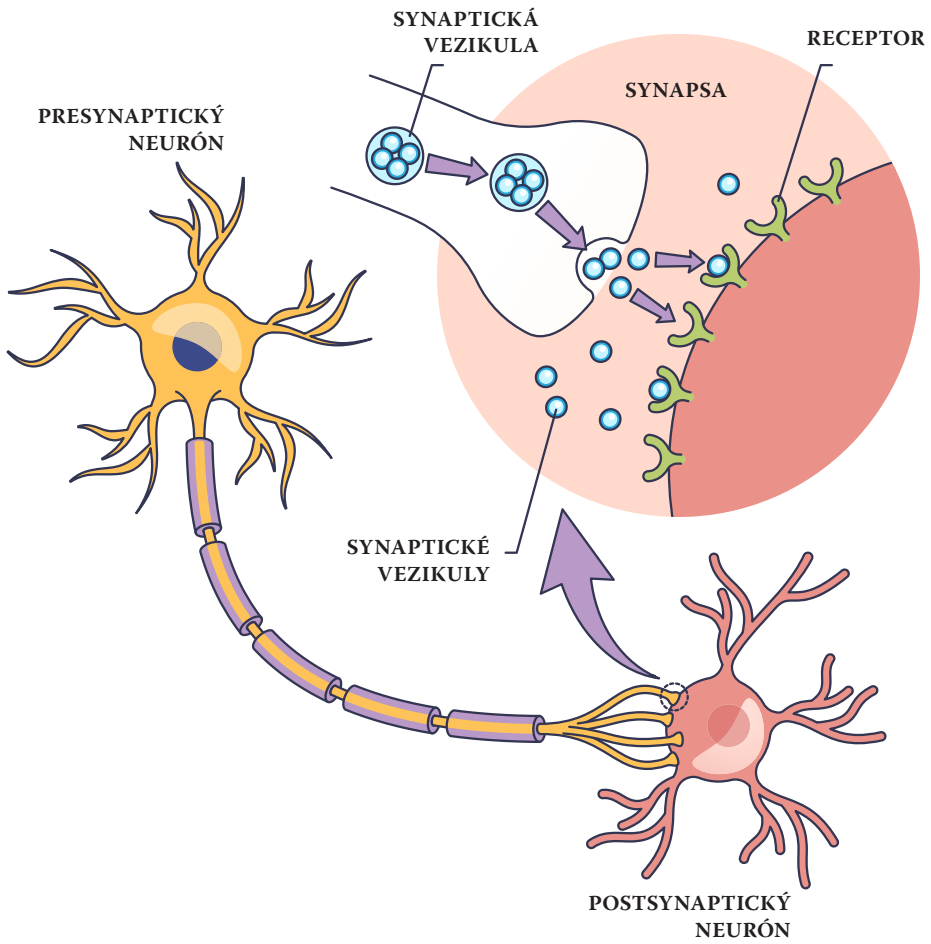
značná dedičná zložka je spojená s OCD. Dôležitú úlohu zohráva **učenie sa rôznym formám správania** predovšetkým z primárnej rodiny. Najčastejšie ide o učenie nepriamym podmieňovaním pozorovaním strachu a správania iných osôb. Priamym podmieňovaním dochádza k vzniku úzkostných porúch na základe vlastnej, bývalej skúsenosti.

Podnety, ktoré dokážu vyvolať úzkostnú poruchu, musia **trvať určité obdobie a musia sa opakovať**. Úzkosť alebo strach vyvolaný jednorazovou traumatickou udalosťou je prirodzenou reakciou organizmu, málokedy vyvoláva závažné poruchy. Závažnú úzkostnú poruchu však môžu vyvolať **zvlášť silné a pre daného jedinca až katastrofické, hoci aj jednorazové zážitky** (vážna dopravná nehoda, náhla smrť blízkej osoby, živelné pohromy...). U predisponovaných jedincov môže byť nezanedbateľným psychologickým faktorom vzniku a prejavu týchto porúch **nevedomá tendencia k získaniu sekundárnych benefitov** (obrana pred nepríjemným zážitkom, získanie podpory, ľútosti, sympatií).

Biologickým podkladom vzniku úzkostných porúch sú dysregulácie v sympatikovom a parasympatikovom systéme, ako aj porucha v šírení informácie v CNS. Nervový vzruch sa v CNS šíri elektrickými impulzmi, vznikajúcimi v axónoch neurónov. Impulz sa šíri z jadra po neurónovom axóne k synapsiám (miesto styku neurónov, obr. č. 1), kde sa elektrický potenciál mení na chemický. Tu už hovoríme o neurotransmisii. Látky vznikajúce v tomto procese nazývame neurotransmitery. Tie sú uvoľňované do synaptickej štrbiny, kde pôsobia na ciele receptory. Pri úzkostných poruchách možno pozorovať aktiváciu sympatikového nervového systému so zvýšenou produkciou adrenalínu a noradrenalínu, čo sa spolupodieľa na vzniku stresovej reakcie. Znižuje sa aktivita GABA-ergného systému mozgu, ktorý je inhibičným neuromodulátorovým systémom. Predpokladá sa tiež dysfunkcia ďalších neurotransmiterov, akými sú sérotonín, noradrenalín a dopamín. Tieto poznatky sa využívajú v liečebnej stratégii.

Samozrejme, aj iné, neurologické, hormonálne či systémové poruchy, ktoré zasahujú do aktivity uvedených neurotransmiterov, môžu byť sprevádzané úzkosťou.

Úzkostné poruchy postihujú dvakrát častejšie ženy ako mužov. Určiť začiatok týchto porúch býva náročné, keďže mnohí jedinci, ktorí vyhľadajú odbornú pomoc, majú určité príznaky alebo formy správania už v detstve.



Obrázok č. 1: **Synapsa** (Shutterstock)

1.1.1. Význam GABA receptorov

γ -aminomaslová kyselina (GABA) patrí medzi najdôležitejšie inhibičné neurotransmitery (neuroprenášače) a je hlavným inhibičným neurotransmitterom u cicavcov a u človeka. Detekovať ju možno v mozgovej kôre, bazálnych gangliách, mozočku, hipokampe, mozgovom kmeni, mieche a v retine. Jej uvoľňovanie do synaptickej štrbiny je závislé od prítomnosti Ca^{2+} iónov. Metabolizovaná je GABA transaminázou. Ovplyvnenie GABA transportérov je cieľom liekov, ktoré pôsobia antikonvulzívne. V nervovom systéme sa viaže na 3 typy GABA receptorov – GABA_A , GABA_B a GABA_C .

GABA_A receptory otvárajú Cl^- kanály, a tým znižujú excitabilitu (vzrušivosť) neurónov. Agonisty (látky s podobným pôsobením ako prirodzený neurotransmitter) sú barbituráty a benzodiazepíny (ďalej BZD). Barbituráty pôsobia priamo na GABA_A zakončenia, BZD nepriamo cez BZD receptory, ktoré potencujú účinok GABA_A nervových zakončení a vytvárajú spolu GABA_A /benzodiazepínový receptorový komplex. Na BZD receptory agonisticky pôsobia aj hypnotiká 3. generácie, tzv. Z-hypnotiká (zolpidem, zopiclon). Priame pôsobenie na GABA_A receptor a Cl^- kanál má etanol. GABA_A receptory sú teda cieľovým miestom pôsobenia anxiolytík, barbiturátov, antikonvulzív, anestetík a alkoholu.

Antagonistom GABA_A receptorov je flumazenil, využívaný pri predávkovaní BZD.

1.1.2. Význam sérotonínových receptorov

Sérotonín je neurotransmitter viažuci sa na sérotonínové (S) receptory, ktoré sú v hojnej miere zastúpené hlavne v strednom mozgu, moste a mieche. Jeho zdrojom je esenciálna aminokyselina tryptofan obsiahnutá a prijímaná v potrave (ryby, mlieko, mäso, banány). Zo synaptickej štrbiny je vychytávaný späť do presynaptickej oblasti plazmatickým transportérom, ktorého inhibícia je mechanizmom účinku mnohých antidepresív a psychostimulancií.

Sérotonínové receptory je možné celkovo rozdeliť do siedmich skupín a pätnástich podtypov. Najväčšiu skupinu tvoria sérotonínové S_1 receptory. Funkcia podtypu S_{1A} je spájaná s anxiolytickým a antidepresívnym účinkom.