



Úzkost se může také vyskytovat jako příznak, který nemusí být vždy spojen s diagnózou úzkostné poruchy. Naopak bývá často jedním ze symptomů jiných duševních poruch (např. deprese, psychotických onemocnění, demence aj.). Úzkost bývá rovněž spojena s mnoha somatickými onemocněními, zejména s chronickým průběhem závažnějšího charakteru či horší prognózou (např. epilepsie, poruchy štítné žlázy, Parkinsonova nemoc, arytmie, srdeční selhání, st. p. cévní mozkové příhodě či infarktu myokardu, Wilsonova porucha aj.). Dále bývá často vyjádřena jako součást odvykacího stavu (např. při závislosti na benzodiazepinech, alkoholu a psychostimulanciích) (4).

Jednotlivé úzkostné poruchy a jejich charakteristika

Mezi nejčastější typy úzkostných poruch patří sociální fobie, panická porucha, generalizovaná úzkostná porucha, smíšená úzkostně depresivní porucha, agorafobie, specifické fobie a posttraumatická stresová porucha. Dále se k úzkostným poruchám řadí také porucha přizpůsobení, disociativní (konverzní) poruchy, somatoformní poruchy, neurastenie, akutní reakce na stres aj. (1–5).

Léčba úzkostných stavů

Terapie úzkostí by měla být komplexní. Spolu s farmakoterapií zde má nezastupitelné místo psychoterapie, která může být použita u mírnějších forem i samostatně. Při farmakologické léčbě úzkostí se v praxi užívají látky, které se označují jako anxiolytika. Jedná se o různorodou skupinu léčiv, jejichž účinnost se liší podle typu úzkostné poruchy, většinou bývají ale první volbou antidepressiva ze skupiny SSRI.

Se zahájením terapie úzkostných poruch by se nemělo příliš otálet, jelikož je vhodné zabránit progresi onemocnění, které může mít pro pacienta závažné sociální a ekonomické důsledky. Navíc je známo, že čím později se úzkostná porucha začne léčit, tím hůře se terapeuticky ovlivňuje (2).

Léčba se může v jednotlivých fázích onemocnění lišit. V akutní fázi (dny–týdny) je hlavním cílem léčby zmírnění intenzity úzkostných projevů. V této fázi je nutné k léčbě první volby v některých případech přidat benzodiazepiny (max. na 8 týdnů), které účinkují de facto okamžitě, nicméně nejsou vhodné k dlouhodobému podávání pro svůj návykový potenciál. Také je nutné jejich postupné vysazování. V rámci udržovací fáze (týdny–měsíce) se snažíme zabránit relapsu, tedy znovuobjevení úzkostné symptomatiky, případně je cílem zmírnění reziduálních příznaků, zvýšení odolnosti vůči stresu a prevence rozvoje komorbidních poruch (např. syndromu závislosti), případně získání času při současně probíhající psychoterapii, jejíž účinek nastupuje ještě později než v případě antidepressiv. U závažných úzkostných poruch, nebo pokud příznaky zcela nevymizely, je potřeba často podávat léky dlouhodobě, mnohdy i celoživotně (2, 6).

V rámci farmakoterapie úzkostných stavů lze obecně postupovat dle následujícího schématu (volně dle 3, 6):

- 1.** Léčba antidepressivem první volby: vyčkávání efektu 8–12 týdnů (u OCD 12–16 týdnů) + případně kombinace s BZD, než nastoupí účinek antidepressiv.
- 2.** Při neúčinnosti: změna za jiné antidepressivum, vyčkávání efektu dalších 8–12 týdnů (u OCD 16 týdnů).
- 3.** Při neúčinnosti: augmentace (antipsychotika, antiepileptika, lithium, anxiolytika, BB), případně dvojkombinace antidepressiv (viz dále).