

Doporučené diagnostické a terapeutické postupy
pro všeobecné praktické lékaře



ÚZKOSTNÉ PORUCHY

Autoři:

MUDr. Věra Vobořilová
Psychiatrická společnost ČLS JEP

MUDr. Rudolf Červený, Ph.D.
Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP

NOVELIZACE 2018



Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře
Společnost všeobecného lékařství, Sokolská 31, Praha 2

ÚZKOSTNÉ PORUCHY

**Doporučené diagnostické a terapeutické postupy
pro všeobecné praktické lékaře 2018**

Autoři:

MUDr. Věra Vobořilová

Psychiatrická ambulance Nemocnice Mariánské Lázně, členka Psychiatrické společnosti ČLS JEP

MUDr. Rudolf Červený, Ph.D.

Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP

Oponent:

MUDr. Petr Herle

Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP

Hlavní koordinátor:

MUDr. Rudolf Červený, Ph.D.

Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP

1. ÚVOD

Úzkostné poruchy jsou skupinou psychických poruch, jejichž dominantním příznakem je úzkost. Vyznačují se záchvatovými nebo kontinuálně fluktuujícími stavy, při kterých se bez vazby na reálné nebezpečí objevují tělesné a psychické projevy úzkosti nebo strachu. Podle klasické evropské psychopatologie má *strach* svůj objekt (člověk ví, čeho se bojí), zatímco *úzkost* objekt nemá (člověk má pocit strachu, ale neví, čeho se bojí). 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 negativně zasahují do života jedince, snižují jeho kvalitu, omezují pracovní schopnost a narušují sociální vztahy.

Tento doporučený postup navazuje na doporučený postup pro diagnostiku a léčbu deprese v primární péči (CDP-PL 2004). Problematika, která je společná u obou těchto postupů – rozdělení antidepresiv, jejich farmakokinetika, nežádoucí účinky – není z důvodu omezeného rozsahu textu znovu opakována. K prostudování této problematiky odkazujeme na předchozí materiál.

2. EPIDEMIOLOGIE

Pro primární péči je typické, že většina úzkostných pacientů nepřichází k lékaři pro úzkost samotnou, ale pro somatické příznaky, které úzkostnou poruchu doprovázejí, nebo domněle či skutečně vyvolávají. Praktický lékař by proto měl na možnost úzkostné poruchy vždy pomyslet a zhodnotit, jak velkou úlohu v obtížích pacienta může úzkost hrát a po vyloučení somatických příčin zavést odpovídající léčbu nebo pacienta doporučit ke specializované péči. Úzkostné poruchy jsou často poddiagnostikovány či nerozpoznány, a tudíž nedostatečně léčeny.

Rozsáhlá epidemiologická studie, která proběhla ve Spojených státech, ukázala, že takřka polovina obyvatel v rozvinutých zemích alespoň jednou v průběhu života prodělá nějakou duševní poruchu (Epidemiological Catchment Area Study, Kessler a spol. 2005). 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 %). Bodová prevalence (tj. kolik lidí trpí danou poruchou v určitém čase) úzkostných poruch je podle této studie 7,3 % populace. Úzkostné poruchy jsou často v komorbiditě s depresivní poruchou a závislostmi na návykových látkách.

3. KLASIFIKACE ÚZKOSTNÝCH PORUCH PODLE MKN 10

Úzkost může „*volně plynout*“ bez omezení na zvláštní okolnosti, nebo se může projevit v záchvatech. Pokud se objeví náhle a bez zjevné příčiny, mluvíme o *spontánní úzkosti*. Pokud se týká konkrétních situací, kterých se běžně lidé nebojí, hovoříme o *fobii*. Pokud se úzkost rozvine při očekávání ohrožující situace, mluvíme o *anticipační úzkosti* (tzv. „strach ze strachu“).

Mezi úzkostné poruchy patří:

3.1. PANICKÁ PORUCHA (F410)

Hlavním rysem jsou náhlé, opakované epizody masivní úzkosti (paniky), které nejsou omezeny na žádnou určitou situaci, a pacient je neumí předvídat. Při záchvatu dochází k rozvoji intenzivního strachu, dojmu, že se něco hrozného přihodí, že se postižený zblázní, že umírá, či k pocitu ztráty kontroly. Ataka je spojena s řadou intenzivních tělesných příznaků: bušení srdce, sevření či bolest na hrudi, pocity dušení, závratěmi a pocity neskutečnosti (depersonalizace, derealizace). Jednotlivé ataky většinou trvají 5–20 minut (výjimečně déle). Po záchvatu někdy přetrvává třes, napětí či únava, jindy dochází k uvolnění až letargii. Na ataku často navazuje strach z dalšího záchvatu, důsledkem záchvatů bývá potom snaha vyhnout se situacím, v nichž k panice došlo.

3.2. GENERALIZOVANÁ ÚZKOSTNÁ PORUCHA (F411)

Typickým projevem této poruchy je *nadměrné zaobírání se starostmi a stresujícími myšlenkami*, týkajícími se často běžných každodenních starostí, obav o zdraví svoje i rodiny, obav o finanční záležitosti, strachu ze selhání v práci, obav z budoucnosti. To vede k úzkostnosti, únavě a nepříjemným tělesným pocitům. Příznaky se objevují nenápadně a pozvolna, bývají velice pestré. Z tělesných příznaků dominuje svalové napětí, neklid, neschopnost uvolnit se, podrážděnost, roztřesenost, závratě, nevolnost, bolesti hlavy, bušení srdce, třes, suchost v ústech, nadměrné pocení, obtížné dýchání apod. Většinou je zhoršen spánek, zejména večer. Stav je měnlivý a většinou trvá léta. U řady lidí se potíže zhoršují, když nemají co dělat, např. o dovolené nebo o víkendu.

3.3. SMÍŠENÁ ÚZKOSTNĚ DEPRESIVNÍ PORUCHA (F412)

U této poruchy se mísí příznaky úzkosti s příznaky deprese, nicméně ani příznaků deprese ani příznaků úzkosti není tolik, aby zdůvodňovaly diagnózu depresivní poruchy či některé z úzkostných poruch. Typická je trvalá nebo vracející se dysforická nálada, obtížná koncentrace nebo pocit „prázdná v hlavě“, obtíže s usínáním nebo udržením spánku, neklidný spánek, pocit únavy, nedostatku energie, podrážděnost, nadměrná ostražitost, tendence k pláčtivosti po nepatrných podnětech, pesimistická očekávání do budoucna, anticipace horšího, nízké sebevědomí nebo pocity méněcennosti. Tato porucha je často podceňována a nedostatečně léčena, neboť příznaky deprese jsou méně hluboké, než je tomu u depresivní poruchy, a příznaky úzkosti jsou méně výrazné, než je tomu u úzkostných poruch.

3.4. AGORAFOBIE (F400)

Projevuje se strachem z otevřených prostranství, přeplněných míst, z opuštění domova, z obchodů, cestování dopravními prostředky, z jízdy výtahem, z uzavřených prostor apod. Úzkost je vyvolána jak přítomností fobického podnětu, tak vzdálením se z místa bezpečí. Strach se pojí s očekáváním něčeho nepříjemného, co by se mohlo přihodit, a zvyšuje se, pokud si postižený uvědomí, že únik není možný či by únikem na sebe upoutal pozornost. Podstatou agorafobie je strach z panického záchvatu v situaci, ve které není dostupná pomoc či ze které je obtížné se vzdálit. Může tak dojít k rozvoji vyhýbavého chování až do maximální sociální izolace postiženého jedince.

3.5. SOCIÁLNÍ FOBIE (F401)

Projevuje se strachem a vyhýbáním se situacím, v nichž může být člověk pozorován a posuzován jinými lidmi. Postižený má strach z kontaktu s jinými lidmi, obává se, že ho nepřijmou, že před nimi nepodá očekávaný výkon, že si všimnou jeho potíží. Tato fobie může mít formu strachu ze setkání s neznámými lidmi, mluvením na veřejnosti, z jedení a pití před lidmi, z psaní před druhými apod. Rozlišujeme izolované sociální fobie, kdy postižený jedinec nezvládá jednu oblast sociálního fungování, nebo sociální fobie generalizované, kdy pacient nezvládá více zátěžových společenských situací. Typicky se projevuje anticipační úzkost, která často vede k vyhýbavému chování a následnému celkovému životnímu omezení.

3.6. SPECIFICKÉ FOBIE (F402)

Jedná se o nepřiměřený strach z určitého konkrétního objektu nebo situace. Postižený netrpí příznaky úzkosti, pokud se nesetká nebo se neobává setkání s fobickým podnětem. Nemocný si je však vědom, že jeho strach není racionálně odůvodněný, čímž se liší např. od paranoidního pacienta. 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), z bouřky, z létání, z pohledu na krev či odběru krve apod.

4. DIAGNOSTICKÝ POSTUP, VYŠETŘENÍ A HODNOCENÍ PACIENTA S ÚZKOSTÍ

Naprostá většina pacientů s úzkostnou poruchou nepřichází do ordinace praktického lékaře pro úzkost, ale pro somatické příznaky.

4.1. ANAMNÉZA

- Rodinná a osobní anamnéza zaměřená na psychiatrická onemocnění a léčbu
- Osobní anamnéza zaměřená na tělesná onemocnění spojená s úzkostnou symptomatologií (viz tab. č. 1)
- Anamnéza abusu (alkohol, stimulační látky, kofein, kouření, hráčství)
- Farmakoterapie (užívá pacient léky na spaní?, na uklidnění?, farmaka, která mohou vyvolávat úzkostné stavy?)

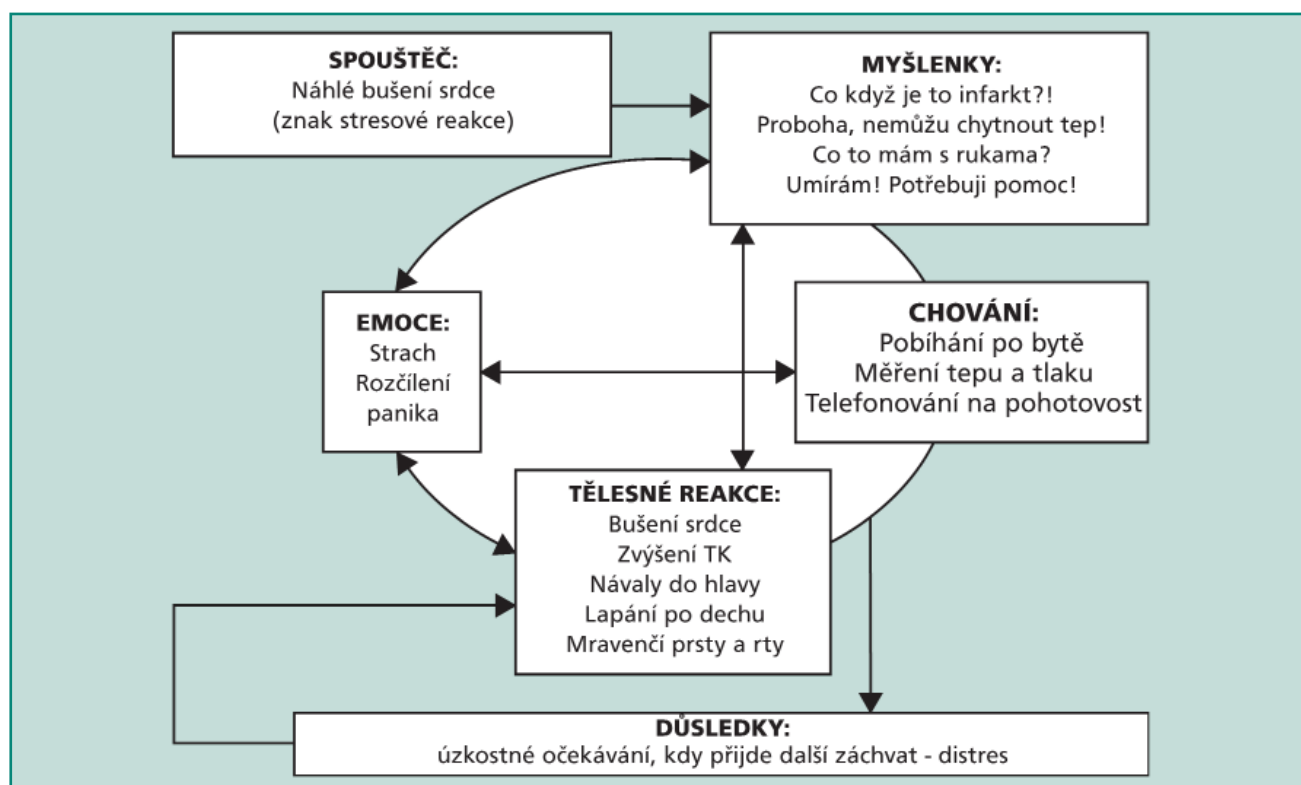
4.2. NYNĚJŠÍ ONEMOCNĚNÍ

- typické situace, které vyvolávají úzkost nebo strach
- charakter úzkostných stavů (atak); kdy, kde, jak, s kým a s kým nikoliv se úzkostné projevy objevují,
- čeho se nejvíce obává, jaké tělesné reakce se objevují, jak se přitom chová, jak reaguje na druhé lidi; jaká jsou typická témata (obsahy) úzkostných myšlenek nebo strachů;
- čemu se díky úzkostným příznakům vyhýbá (např. cestování, mluvení s cizím člověkem apod.) a jak se proti úzkosti zabezpečuje (např. nosí s sebou alprazolam, láhev s pitím, igelitový sáček apod.), zda se naučil nějaké strategie, jak si sám pomoci;
- jaké jsou projevy anticipační úzkosti;
- co stavby úzkosti, strach, obavy a starosti modifikuje (aktivity, léky, menstruace, přítomnost druhých osob apod.)
- jak je to s užíváním kofeinových nápojů, silného čaje, jaké užívá léky (např. antiastmatika)
- v čem ho úzkostné stavy, strach, obavy, starosti a úzkostnost omezují v životě (pracovně, v rodinném životě, ve volném čase)

4.3. ZÁKLADNÍ FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ A DLE POTŘEBY DOPLNĚNÍ LABORATORNÍHO VYŠETŘENÍ K VYLOUČENÍ TĚLESNÉ CHOROBY

Úzkostnými příznaky se může již od počátečních stádií projevovat řada nemocí: epilepsie, cévní mozkové příhody, Parkinsonova choroba, roztroušená skleróza, bolesti hlavy, neuroborelióza, nádorová onemocnění, angina pectoris, srdeční arytmie, srdeční selhání, infarkt myokardu, prolaps mitrální chlopně, astmatické záchvaty, chronická bronchopulmonální choroba, hyperventilační syndrom, endokrinopatie, malnutrice, chronická bolest apod. U některých žen může přinést řadu úzkostných a depresivních příznaků menopauza. Při podezření na organické poškození mozku je nutné doplnění neurologického vyšetření.

Obrázek č. 1: Bludný kruh příznaků



SPOUŠTĚČ:

Náhlé bušení srdce
(znak stresové reakce)

MYŠLENKY:

Co když je to infarkt?!
Proboha, nemůžu chytnout tep!
Co to mám s rukama?
Umírám! Potřebuji pomoc!

CHOVÁNÍ:

Pobíhání po bytě
Měření tepu a tlaku
Telefonování na pohotovost

EMOCE:

Strach
Rozčilení
Panika

TĚLESNÉ REAKCE:

Bušení srdce
Zvýšení TK
Návaly do hlavy
Lapání po dechu
Mravenčení prstů a rtů

DŮSLEDKY:

Úzkostné očekávání, kdy přijde další záchvat - distres

4.4. DIFERENCIÁLNÍ DIAGNÓZA ÚZKOSTNÝCH PORUCH

Příznaky úzkosti se může projevovat celá řada psychických onemocnění.

4.4.1. DEPRESE

V průběhu depresivní epizody se může objevit nadměrný strach z určitých konkrétních objektů, je však založen na depresivním přesvědčení, že postižený není schopen situaci zvládnout. Například má obavu z výšek, protože je přesvědčen, že by neodolal nutkání z výšky skočit. Tento pocit je však součástí obrazu deprese a po zlepšení nálady mizí. V depresi je také typické vyhýbání se sociálním situacím, imitujícím sociální fobii. Mezi typické depresivní příznaky patří patologický pocit smutku či prázdnoty trvající min. 2 týdny, ztráta zájmu nebo potěšení při aktivitách dříve příjemných, ranní pesima, změny psychomotorického tempa, změny chuti k jídlu, poruchy spánku.

4.4.2. PSYCHOTICKÉ PORUCHY

Počáteční stádia psychotického onemocnění se mohou projevovat úzkostně depresivní symptomatologií. Proto musíme vždy pátrat po specifických psychotických příznacích, na které si pacient nemusí spontánně stěžovat. U *schizofrenie* se někdy objeví strach ze specifických situací, který připomíná fobii. Důvod strachu však bývá bludný. Další příznaky, jako je bludné myšlení, poruchy vnímání, kognitivní změny a rozvolnění asociací ukazují na závažnější poruchu. Při úzkostné poruše má postižený náhled a vždy si uvědomuje, že jeho strachy jsou přehnané nebo nesmyslné. Mezi typické psychotické příznaky patří ozvučování, vkládání nebo odnímání myšlenek, bludy paranoidní, perzekuční či jiného typu, halucinace hlasů či jiného typu, neologismy, katatonní chování, inkoherentní myšlení či zřetelná apatie a ochuzení řeči.

4.4.3. ZÁVISLOSTI

Upozornit na přítomnost závislosti na alkoholu nebo jiných látkách může anamnéza, informace od blízkých, ale také zvýšené hodnoty jaterních enzymů v krvi. Dlouhodobý abusus návykových látek může vést k úzkostně depresivní symptomatologii, rovněž se mohou úzkostné příznaky objevit v rámci syndromu z vysazení. U pacientů s úzkostnou poruchou může dojít druhotně k rozvoji závislosti, když se snaží „samoléčbou“ zmírnit příznaky pitím alkoholu nebo užíváním benzodiazepinových preparátů. Někdy je těžké odlišit od sebe příčinu a následek.

4.4.4. OBSEDANTNĚ KOMPULZIVNÍ PORUCHA

Může se projevit nadměrným strachem a vyhýbáním se situacím nebo místům s možností nákazy. Ovšem kromě vyhýbavého chování a obavy z některých míst a situací se objevují typické obsese a kompulze.

4.4.5. NÁSLEDKY PO TRAUMATU

Důsledkem traumatické události může dojít u zranitelných jedinců k rozvoji poruchy adaptace. Podobně po ztrátě blízkého člověka. Diferenciálně diagnosticky je obtížné odlišení mezi poruchou adaptace se smíšenou úzkost-

ně depresivní symptomatologií a smíšenou úzkostně depresivní poruchou. Často rozhodne teprve průběh – příznaky poruchy adaptace po vymizení stresu netrvají déle než 6 měsíců, výjimkou je její protražovaná forma, která může trvat až 2 roky, zatímco smíšená úzkostně depresivní porucha může přetrvávat i léta. Relativně nenápadná anamnéza až do kritické události u adaptačních poruch svědčí spíše pro reaktivní stav.

4.4.6. POSTTRAUMATICKÁ STRESOVÁ PORUCHA (PTSD)

Projevuje se vyhýbáním situacím a předmětům připomínajícím trauma; kromě zjevné souvislosti s traumatickou událostí se objevují další typické příznaky PTSD, jako jsou flashbacky a noční můry.

4.4.7. PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY

Vyhýbání se jídlu může někdy zpočátku imponovat jako úzkostná porucha, zejména pak 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.

4.4.8. JINÉ PSYCHICKÉ PORUCHY

U dalších psychických poruch, jako jsou somatoformní poruchy, poruchy spánku, sexuální dysfunkce se mohou objevovat příznaky úzkosti nebo dysforie, nicméně intenzita dalších specifických příznaků je vyšší.

Kardiovaskulární Angina pectoris, arytmie, srdeční selhávání, infarkt myokardu

Endokrinní Hypertyreóza, hypoglykémie, menopauza, feochromocytom, premenstruální syndrom

Respirační Astmatické záchvaty, chronická obstrukční bronchopulmonální choroba, hyperventilační syndrom, hypoxie

Neurologické Epilepsie, cévní mozkové příhody, Parkinsonova choroba, roztroušená skleróza, vestibulární dysfunkce

Bolest Chronická bolest, bolesti hlavy, renální nebo biliární kolika, vředová choroba žaludku, vertebrogenní bolesti

Tabulka č. 1: Nejčastější somatické stavy spojené s úzkostnou symptomatologií

Kardiovaskulární	Angina pectoris, arytmie, srdeční selhávání, infarkt myokardu
Endokrinní	Hypertyreóza, hypoglykémie, menopauza, feochromocytom, premenstruální syndrom
Respirační	Astmatické záchvaty, chronická obstrukční bronchopulmonální choroba, hyperventilační syndrom, hypoxie
Neurologické	Epilepsie, cévní mozkové příhody, parkinsonova choroba, roztroušená skleróza, vestibulární dysfunkce
Bolest	Chronická bolest, bolesti hlavy, renální nebo biliární kolika, vředová choroba žaludku, vertebrogenní bolesti
Užívání psychoaktivních látek Intoxikace Odvykací příznaky	Anticholinergní látky, Acylpyrin, kofein, steroidy, sympatomimetika psychostimulancia, některá starší antikonvulziva, např. barbituráty, tetrahydrocannabinol (THC), alkohol, narkotika, sedativa, hypnotika

Tabulka č. 2: Nejčastější farmaka spojená s úzkostnou symptomatologií

anestetika, analgetika
antihypertenziva (methyldopa, betablokátory)
antibiotika
anticholinergní léky (atropin, antiarytmika, myorelaxancia, antiepileptika)
antipsychotika
estrogeny
inzulín
levodopa
protizánětlivé nesteroidní látky
steroidy
stimulancia (kofein, amfetamin, kokain)
sympatomimetika (efedrin, teofylin)
tyreoidální hormony

5. LÉČBA

5.1. EDUKACE PACIENTA

Léčbu zahajujeme edukací. Pacient potřebuje získat jednoduché a přitom adekvátní informace o tom, co se s ním děje – *edukace o psychické poruše*. V druhém kroku se potřebuje dozvědět, jakým způsobem se bude léčit – *edukace o léčbě*.

5.2. TERAPEUTICKÉ MOŽNOSTI U ÚZKOSTNÝCH PORUCH – VŠEOBECNÉ ZÁSADY

Úzkostné poruchy lze léčit jak psychoterapeuticky (individuální, skupinová, kognitivně behaviorální terapie), tak farmakoterapeuticky (antidepresiva, anxiolytika). Optimální je kombinace obou metod. Psychofarmaka zpravidla působí dříve. Psychoterapie je náročnější, její výsledek je však trvalejší.

Léčba lehčích forem úzkostných poruch může být vedena psychoterapeuticky nebo farmakoterapeuticky, přednost by však měla mít psychoterapie, pokud je dostupná. Z dlouhodobého hlediska je vhodnější psychoterapie. Pacient ji však může odmítnout nebo systematická psychoterapie pro něj nemusí být dostupná (v okolí není vycvičený terapeut) nebo vhodná (např. při intelektové nedostatečnosti).

Od počátku je třeba vytvořit dohodu o léčbě, cílech léčby a léčebném plánu. Cíle léčby by měly explicitně směřovat k fungování v práci a v rodině, a nikoliv jen k odstranění příznaků. V počáteční fázi léčby je nejdůležitějším úkolem kontrolovat příznaky. Než je tohoto cíle dosaženo, může proběhnout 2 – 6 měsíců léčby. Proto je potřebné pacienta posilovat v trpělivosti, vysvětlit mu, že příznaky budou odeznívat pozvolna a že je potřebné, aby i v průběhu léčby pozvolna zvyšoval nároky na sebe. Cílem není úplné odstranění příznaků, ale kvalitní fungování v životě.

Postoj k psychofarmakům je potřebné důkladně probrat a uvést na pravou míru mýty o psychofarmacích, kterými trpí jak pacient, tak jeho příbuzní, jinak hrozí, že pacient nebude předepsané léky užívat. Dále je potřebné vysvětlit, za jak dlouho mohou čekat, že se účinek objeví a jaké se mohou objevit vedlejší účinky, eventuálně co s nimi má dělat. Je třeba počítat s tím, že pacient si zpravidla přečte příbalový leták, kde jsou uvedeny i nejvýznamnější vedlejší účinky, a že vzhledem k úzkostné poruše má větší pravděpodobnost je prožít nebo vnímat intenzivněji. Součástí léčby jsou také režimová opatření, aktivní relaxace, dostatek spánku, zvýšení fyzické aktivity, a v neposlední řadě i omezení příjmu kofeinu.

5.3. FARMAKOTERAPIE

5.3.1. ZÁSADY FARMAKOTERAPIE

Vzhledem k tomu, že úzkostné poruchy vesměs mívají chronický průběh, léčba anxiolytiky benzodiazepinové řady (alprazolam, clonazepam, bromazepam, diazepam, oxazepam, chlórdiazepoxid a další) není vhodná, protože na ně snadno vzniká tolerance a závislost.

Výhodnější je podávání nebenzodiazepinových anxiolytik (hydroxyzin, buspiron) nebo antidepresiv (paroxetin, citalopram, escitalopram, sertralin, fluoxetin, fluvoxamin, imipramin, clomipramin, venlafaxin, moklobemid). **Platí zásada začínat nízkou dávkou antidepresiva (zpravidla poloviční, než je uvedena na příbalovém letáku), a pak po jednom až dvou týdnech dávku zvýšit. Důvodem je zvýšená citlivost pacientů s úzkostnými poruchami na nežádoucí účinky léků (zejména pacienti s panickou poruchou a generalizovanou úzkostnou poruchou).**

Vzhledem k opožděnému nástupu účinku SSRI antidepresiv a jejich iniciální aktivaci 5HT₂ receptorů, která může paradoxně vést k dočasnému zhoršení anxiозity, je u pacienta s akutními příznaky úzkosti výhodné začít léčbu kombinací benzodiazepinu s SSRI a upozornit na to, že benzodiazepin bude vysazen po několika týdnech, když začne působit SSRI.

5.3.2. VÝBĚR LÉKU

První volbou u úzkostných poruch jsou SSRI. Jedná se o skupinu léků, které kromě vysoké účinnosti mají minimum vedlejších účinků, jsou relativně bezpečné, nejsou kardiotoxické, lze je podávat i seniorské populaci, nemají potenciál k rozvoji závislosti a dají se podávat v jedné denní dávce.

5.3.3. DÁVKOVÁNÍ A DÉLKA FARMAKOTERAPIE

Léčba úzkostných poruch bývá zpravidla dlouhodobá. Je důležité podávat **na počátku velmi nízkou dávku**, tj. u paroxetinu, citalopramu nebo fluoxetinu 10 mg (u fluoxetinu jsou doporučovány ještě nižší dávky, tj. 2,5 mg), u escitalopramu 5 mg, u sertralinu a fluvoxaminu 25 mg; u clomipraminu a imipraminu 10 mg. **Po týdnu až dvou** je možné velmi **pomalou titrovat** na plnou dávku léku. První známky zlepšení po léčbě se neobjevují dříve než za 3 až 6 týdnů. **Ústup potíží bývá pomalý**, u většiny pacientů trvá 8–12 týdnů. Pokud pacient zareaguje jen částečně na základní dávku během 4 – 6 týdnů, je vhodné postoupit na maximální dávku a s ní vytrvat alespoň 2 týdny. Po ústupu příznaků je vhodné **pokračovat v léčbě alespoň 12–18 měsíců**. Vysazování antidepresiv je zpravidla postupné, trvá nejméně měsíc. Pokud se však příznaky objeví znovu, je na místě se k lékům vrátit a v terapii pokračovat.

- Nejvhodnější volbou jsou antidepresiva a to zejména skupiny SSRI - paroxetin, citalopram, escitalopram, sertralin, fluoxetin, fluvoxamin
- Začínat nízkou dávkou - počáteční nežádoucí účinky může pacient hůře tolerovat a být více úzkostný – edukovat
- Účinek se dostavuje za 3 - 12 týdnů - edukovat
- Podávat dostatečně dlouhou dobu: 12 - 18 měsíců udržovací léčba
- Před vysazením postupně snižovat dávku, vysazovat minimálně 1 měsíc
- Anxiolytika jen na přechodnou dobu - vysadit do 8 - 16 týdnů, jinak hrozí závislost (méně u generalizované úzkostné poruchy)
- Kombinace anxiolytika s antidepresivem krátkodobě - než začne působit antidepresivum

Tabulka č. 3: Základní zásady farmakoterapie úzkostných poruch v primární péči

- Nejlepší volbou jsou antidepresiva a to zejména skupiny SSRI - paroxetin, citalopram, fluoxetin, sertralin, fluvoxamin nebo escitalopram.
- Začínat nízkou dávkou - počáteční nežádoucí účinky může pacient hůře tolerovat a být více úzkostný - informovat ho o tom
- Účinek se objeví za 3–12 týdnů - informovat
- Podávat dostatečně dlouhou dobu: 12 - 18 měsíců udržovací léčba
- Před vysazením postupně snižovat dávku
- Anxiolytika jen na přechodnou dobu - vysadit do 8 - 16 týdnů, jinak hrozí závislost (méně u generalizované úzkostné poruchy)
- Kombinace anxiolytika s antidepresivem krátkodobě - než začne působit antidepresivum

Tabulka č. 4: Obvykle předepisovaná psychofarmaka u úzkostných poruch

látka	terapeutická dávka v mg	počáteční dávka u úzkostných poruch v mg	obvyklé dávkování
SSRI			
Paroxetin	10–60	10	1-0-0
Citalopram	20–40	10	1-0-0
Escitalopram	10–20	5	1-0-0
Sertralin	25–200	25	1-0-0
Fluoxetin	10–80	10	1-0-0
Fluvoxamin	100–300	50	0-0-1
Tricyklická antidepresiva			
Imipramin	100–300	10–25	1-0-0
Clomipramin	100–250	12,5–25	1-0-0
SNRI			
venlafaxin*	75–375	37,5	1-0-0
SARI			
Trazodon	75–300	25	0-0-1
RIMA			
Moklobemid	300–600	150	1-0-1
Jiné látky			
Buspiron	15–60	5	1-1-1
Hydroxyzin	25–100	12,5	1-1-1
Promethazin	25–50	12,5	1-0-1
gabapentin*	900–3600	300	1-1-1
pregabalin*	150–600	75	1-0-1
Benzodiazepiny			
Alprazolam	2–6	0,25–0,5	1-1-1
Bromazepam	3–9	0,75	1-0-1
Clonazepam	1–5	0,5	1-1-1
Diazepam	5–60	2,5	1-0-1
Oxazepam	10–30	5	1-1-1

* preskripční omezení PSY, NEU

Tabulka č. 5: Přehled, výhody a nevýhody protiúzkostných léků s povolenou preskripcí VPL

Skupina	výhody	nevýhody
SSRI	Dobře tolerovaná Bezpečnost při předávkování Minimální přírůstek na váze Podávání jednou denně Antidepresivní účinek	Iniciální aktivace 5HT ₂ receptorů (dočasné zhoršení afektivní tenze nebo anxiозity) Iniciální nauzea, výjimečně zvracení Bolesti hlavy Astenie Insomnie Sexuální dysfunkce
Benzodiazepiny	Rychlý nástup Redukce anticipační úzkosti Dobrá snášenlivost Široké terapeutické rozpětí Bez iniciální aktivace Relativně bezpečné při předávkování	Sedace Problémy s pamětí Příznaky z vysazení Návykový potenciál Zkřížená tolerance s alkoholem Nevhodné u anamnézy závislosti, poruch osobnosti
Tricyklická antidepresiva	Podávání jednou denně Levné Dlouhé zkušenosti Antidepresivní účinek	Iniciální aktivace Anticholinergní vedlejší účinky Přírůstek na váze Ortostatická hypotenze Nebezpečné při předávkování Sexuální dysfunkce
RIMA	Minimální vedlejší účinky a dobrá snášenlivost Chybí iniciální aktivace Šetří sexuální fungování	Pravděpodobně nižší efektivita Opožděný počátek účinku

5.3.4. RIZIKO VZNIKU ZÁVISLOSTI NA LÉČBĚ

Závislost u antidepresiv a nebenzodiazepinových anxiolytik nevzniká. Benzodiazepinová anxiolytika by se však vzhledem k riziku závislosti neměla podávat déle než 2 - 4 měsíce a obecně je lepší se jejich dlouhodobému užívání vyhnout. Jejich vysazování musí být pomalé, o 1/8 dávky za týden.

5.3.5. KDY UKONČIT FARMAKOTERAPII

Trvající remise ve všech pěti dimenzích 12–18 měsíců.

Pět dimenzí pro stanovení plné remise:

- úzkostné stavy (panika, obavy, starosti, reminiscence, obsese a kompulze atd.)
- anticipační úzkost
- vyhubé chování
- postižené role (pracovní/rodinné/společenské)
- celkové zdraví

Stabilní životní situace

Pacient se cítí připraven

5.3.6. KDY ZMĚNIT MEDIKACI

- **Netolerance léku** (nežádoucí účinky – viz doporučený postup Deprese, CDP – PL 2004)

- **Rezistence na léčbu nebo ztráta účinnosti léku**

Pokud po 6 týdnech není žádný efekt, zvažujeme výměnu léku. Faktory, které vedou k persistenci příznaků, se velmi často týkají komorbidní symptomatologie. Často je to u komorbidity s depresí, další úzkostnou poruchou, těžkou agorafobií, poruchou osobnosti. Dalším důvodem může být abusus návykových látek. Vždy se musíme zamyslet, jde-li o pravou rezistenci, nebo jen léčba nepokračuje, jak by měla. Kontrolujeme, zda jsme použili dostatečnou dávku léku po dostatečně dlouhou dobu, a zda je pacient doopravdy užívá.

- V případě čisté rezistence na lék je možné lék zaměnit nebo je možné pracovat s kombinacemi léků.

5.3.7. ZMĚNA LÉKU

O účinnosti změny léčby chybí u jednotlivých úzkostných poruch kontrolované studie. Pokud vezmeme v úvahu údaje u depresivní poruchy, zdá se, že pokud je jedno SSRI málo účinné, druhé účinné být může. Zda tento princip platí také u jednotlivých úzkostných poruch, nevíme. Alternativním přístupem však může být přechod na lék

jiné skupiny, tj. tricyklické antidepresivum, jako je např. clomipramin, některé z novějších antidepresiv, jako je venlafaxin, mirtazapin, bupropion, či trazodon, nebo vysoce potentní benzodiazepin alprazolam či clonazepam. Počáteční dávka alprazolamu bývá mezi 0,75–1,5 mg na den a u clonazepamu 0,25–1,5 mg na den v rozdělených dávkách a během týdne může být titrována na efektivní dávku, která vede ke kontrole nad úzkostnou symptomatologií či záchvaty paniky (mezi 3–4 mg alprazolamu nebo 1–2 mg clonazepamu na den). V tomto kroku je vždy potřebné zvážit kognitivně – behaviorální terapii, pokud nebyla již paralelně použita.

5.3.8. AUGMENTACE LÉČBY

Dostatečná empirická data, která by nám pomohla v rozhodnutí, zda změnit lék nebo provádět augmentaci, nejsou u úzkostných poruch k dispozici. Doporučení se různí, některá říkají, že lék měníme v případě, že pacient na předchozí léčbu nereagoval do 6 týdnů žádným zlepšením, zatímco k augmentaci přistupujeme, když se zlepšil, ale zlepšení po 12 týdnech léčby není dostatečné. Měřítka, co je a co není dostatečné, není dáno. **Augmentační strategie patří do rukou zkušeného specialisty.**

5.3.9. KOMBINAČNÍ LÉČBA

U velmi resistantních pacientů je indikována kombinace SSRI s tricyklickými antidepresivy (musíme plně zvážit možné interakce mezi léky a potenciaci nežádoucích účinků), nebo je možno zkusit kombinaci se stabilizátorem nálady. **Kombinační léčba patří do rukou zkušeného specialisty.**

5.3.10. LÉČBA PACIENTA S KOMORBIDITOU

Léčebně nejsložitější komorbiditou bývá závislost na návykových látkách anebo alkoholu. Všeobecně závislost, byť vznikla druhotně, se stává základním problémem a měla by být léčena jako první. Až po dosažení abstinence je možná přiměřená léčba panické poruchy. Obtížná bývá komorbidita s depresí, protože deprese většinou pacienta demotivuje k provádění expoziční léčby. Navíc komorbidní deprese výrazně zvyšuje riziko suicidia. Při komorbiditě s depresí je vždy na místě farmakoterapie, ať provádíme zároveň specifickou psychoterapii či nikoliv. Komorbidita s poruchou osobnosti může znamenat obtíže a někdy i resistenci v léčbě. Je potřeba **trpělivost a laskavou shovívavost, ale přitom pevnou důslednost při vedení pacienta.** Při komorbiditě s poruchou osobnosti je vždy lepší se vyhnout benzodiazepinům. Naproti tomu antidepresiva kromě úzkosti mohou ovlivnit i impulzivitu, a tak mohou velmi dobře pomoci.

Tabulka č. 6: Indikace a dávkování antidepresiv SSRI v léčbě úzkostných poruch schválené v ČR

	PANIC	SAD	GAD
paroxetin	40–60	20–50	20–50
citalopram	20–40	-	-
escitalopram	10–20	10–20	10–20
sertralin	25–100–200	25–100–200	-
fluoxetin	-	-	-
fluvoxamin	-	-	-

Pozn. 1: PANIC – panická porucha, SAD – sociální fobie, GAD – generalizovaná úzkostná porucha

Pozn. 2: silně vyznačené číslo představuje dávku obvyklou v mg

Pozn. 3: celé spektrum úzkostných poruch pokrývá paroxetin

5.3.11. LÉČBA PACIENTA S PORUCHOU SPÁNKU

Úzkostná porucha často vede k poruše spánku. Chceme-li se vyhnout hypnotikům, můžeme zkusit trazodon – antidepresivum typu SARI. Trazodon není sice pro úzkostné poruchy registrován, ale v dávce 50 mg večer může nahradit hypnotikum. Kombinace trazodonu v dávce do 150 mg s SSRI je vzhledem k jeho farmakodynamice výhodná, vyšší dávky trazodonu v kombinaci se SSRI znamenají vyšší riziko rozvoje serotoninového syndromu.

5.4. PSYCHOTERAPIE ÚZKOSTNÝCH PORUCH

Psychoterapie je srovnatelně účinná s farmakoterapií v léčbě akutních stavů, po ukončení léčby je však její efekt trvalejší než u farmakoterapie. Je limitována především dostupností a větší časovou náročností. Akutní intenzivní psychoterapie trvá 6–12 týdnů; záleží na frekvenci setkání. Psychoterapie používá různé přístupy. Největší zkušenosti jsou s následujícími přístupy:

5.4.1. DYNAMICKÁ PSYCHOTERAPIE A PSYCHOANALÝZA

Psychoanalytický přístup je založen na předpokladu, že aktuálně přítomné chování, emoce a vztahové vzorce jsou hluboce ovlivněny minulými zkušenostmi, nejvíce z raného období života daného jedince.

5.4.2. SKUPINOVÁ PSYCHOTERAPIE

Základní idea skupinové psychoterapie vychází z předpokladu, že léčené problémy vznikly v malých přirozených skupinách jako jsou rodina, školní třída nebo pracovní kolektiv, které mohou formovat nebo deformovat psychiku a chování člověka. V terapeutické skupině je možné tyto poruchy diagnostikovat a léčebně korigovat. Člen skupiny se učí porozumět způsobům, jak si tvoří svoje vztahy na základě konfrontací s členy skupiny a interpretace skupiny. Náhled znamená pochopení, čím jsou jeho vztahy podmíněny, odkud pochází jeho vztahové vzorce a jak se projevují v chování k druhým, případně jak je prožívají druzí. Úkolem člena skupiny je však nejen pochopit podmíněnost svých vztahů a najít jejich lepší polohu, ale také změnit své chování k druhým, které z těchto vztahů vyplývá. Ve skupinové dynamické nebo interpersonální psychoterapii bývají léčeni zejména pacienti trpící generalizovanou úzkostnou poruchou a smíšenou úzkostně depresivní poruchou. Vesměs ve skupině dobře profitují, zejména pokud je skupinová práce kombinovaná s farmakoterapií. Pacienti trpící fobiemi ze skupin profitují méně, bývají často skupinou chráněni a atmosféra přijetí je nenutí k vystavení se obávaným podnětům. Pacienti trpící sociální fobií nejčastěji skupinovou terapii rovnou odmítnou.

5.4.3. KOGNITIVNĚ BEHAVIORÁLNÍ TERAPIE

Nejvíce výzkumně ověřeným směrem, používaným pro léčbu většiny úzkostných poruch je kognitivně behaviorální terapie (KBT). KBT je založena na principech teorie učení; jak se člověk v průběhu života naučil být úzkostným, tak se může naučit být k úzkosti odolným. KBT je založena na jasném programu jednotlivých kroků, který je do značné míry přizpůsoben individualitě každého pacienta. Podle logického plánu se pacient postupně učí dovednostem, jak zvládat své epizody obav a starostí, panické záchvaty, fobické vyhýbavé chování, jak zmírnit úzkost, naučit se dobře komunikovat, i jak efektivně řešit životní problémy.

6. LITERATURA

Aktualizace původního DP Úzkostné poruchy, Doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře, 2006, Autoři: MUDr. Ján Praško, CSc., Psychiatrická společnost ČLS JEP MUDr. Jaroslava Laňková, Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP.

Literatura je k dispozici u autorů.

Vysvětlivky:

SSRI – selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu

SNRI – antidepresiva blokující reuptake serotoninu a noradrenalinu

SARI – serotoninoví antagonisté a inhibitory zpětného vychytávání serotoninu

TCA – tricyklická antidepresiva

RIMA – reverzibilní inhibitory monoaminoxidázy

BZD – benzodiazepiny

rTMS- repetitivní transkraniální magnetická stimulace

Příloha – vybrané názvy druhů fobií:

A

ablutofobie – strach z prádla nebo koupání
 acerofobie – strach z kyselosti
 aerofobie – strach z létání a proudícího vzduchu
 afefobie – též zvána haptefobia či hafefobia, strach z dotyků
 agorafobie – strach z otevřených prostranství
 agrizoofobie – strach z divokých zvířat
 agyiofobie – strach z přecházení přes silnici
 achluofobie – strach z temnoty
 aichmofobie – strach ze špičatých předmětů
 ailurofobie – strach z koček
 akarofobie – strach z hmyzu a štípnutí hmyzem
 akribofobie – strach pisatele, že napsal něco nesprávně či nevhodně
 akrofobie – též zvána acrofobie, strach z výšky nebo hloubky
 akustikofobie – strach z hluku
 akustofobie – strach z mraků
 alektorofobie – forma zoofobie, strach ze slepic
 algofobie – strach z bolesti vlastní i cizí
 amatofobie – strach z prachu
 amaxofobie – strach z dopravních prostředků a především z jízdy v nich
 ambulofobie – strach z chůze
 amerikanofobie – strach z Ameriky (z USA)
 amychofobie – strach z drápů, spárů a poškrábání
 anatidaefobie – strach z toho, že se na vás, někde, nějak kouká kachna
 androfobie – strach žen z mužů
 anemofobie – strach z větru
 anginofobie – strach z udušení
 antropofobie – strach z lidí
 apeirofobie – strach z nekonečna
 apifobie – forma zoofobie, strach ze včel
 arachibutyrofobie – strach z toho, že se na horní patro úst přilepí arašídové máslo, případně z arašídového másla obecně
 arachnofobie – forma zoofobie, strach z pavouků
 astrofobie – strach z přírodních úkazů, např. bouří
 atefobie – strach ze zničení
 aurofobie – strach ze zlata
 autofobie – strach z osamění nebo ze sebe sama
 automatonofobie – strach z něčeho, co falešně představuje živou bytost, např. loutky a figuríny
 aviafobie – strach z létání

B

bacilofobie – strach z bacilů a mikrobů či nákazy
 bakteriofobie – strach z bakterií či nákazy
 balistofobie – strach ze střel
 barofobie – strach z gravitace či atmosférického tlaku
 basifobie – též zvána basofobie, strach z chůze, neschopnost stát – obava upadnutí
 batmofobie – strach ze schodů a schodišť
 batofobie – strach z hloubek nebo příkrých svahů
 batrachofobie – strach z obojživelníků
 batysiderodromofobie – strach z podzemní dráhy, metra
 belonefobie – strach z jehly
 bendofobie – strach z práce ve fastfoodu
 bibliofobie – strach z knih
 botanofobie – strach ze sazenic či rostlin
 brontofobie – též zvána brontegmofobie, strach z hromu

C

cacofobie – strach z šerednosti
 cenotofobie – strach z čehokoli nového
 cibofobie – strach z jídla
 coulrofobie – strach z klaunů
 cyberofobie – strach z počítačů a práce s nimi
 cyklofobie – strach z jízdních kol a jízdy na nich

D

damnofobie – strach z věčného zatracení či pekelných trestů
 decidofobie – strach z rozhodování

decrescofobie – strach ze zmenšování vlastní postavy
 defekalgesiofobie – strach z bolestivých stolic a bolesti střev
 deipnofobie – strach z jídelny
 démonofobie (i demonofobie či daemonofobie) – strach z démonů, duchů či strašidel
 demofobie – strach z lidí
 dendrofobie – strach ze stromů
 dentofobie – též zvána Odontofobie, strach ze zubařů a stomatologických zákroků
 dentoskalpofobie – strach ze zubních páráték
 dermatosiofobie – strach z onemocnění kůže
 dextrofobie – strach z věcí napravo od pozorovatele
 didaskaleinofobie – strach z chození do školy
 dikofobie – strach ze soudu
 dipterofobie – strach z dvoukřídlého hmyzu
 domatofobie – strach z přebývání v domech
 dromofobie – strach z ulic
 dysmorfofobie – strach z deformace či vlastní ošklivosti
 dysponderomorfofobie – strach z tělesné deformity způsobené obezitou

E

efebifobie – též zvána ephebifobie, strach z teenagerů (z náctiletých lidí)
 efodiofobie – strach z příprav na cestu
 eisotrofobie – strach ze zrcadel
 ekleziofobie – strach z kostela
 ekvinofobie – též zvána equinofobie nebo hipofobie, strach z koní
 elektrofobie – strach z elektřiny a elektrických spotřebičů
 emetofobie – strach ze zvracení
 emotikonofobie – strach z používání, nebo psaní smajlíků
 enisofobie – strach z kritiky
 enofobie – strach z alkoholických nápojů
 entomofobie – forma zoofobie, strach z hmyzu
 eremofobie – strach ze samoty
 ergofobie – strach z jednání, konání, práce
 ereutofobie – (též zvaná erytrofobie) strach z zčervenání (nebo při červenání)
 erotofobie – strach ze sexu nebo sexuálních témat
 etalomichlofobie – strach ze smogu
 eufobie – strach z dobrých zpráv
 eurofobie – strach z Evropské unie nebo z Evropy
 eurotofobie – strach ze ženských genitálií
 eutynofobie – strach z odpovědnosti

F

fagofobie – též zvána phagofobie, strach z polykání
 fantomofobie – strach z přízraků
 farmakofobie – strach z léků[5]
 febrifobie – strach z horečky (častý u hypochondrie)
 felinofobie – strach z koček (taky ailurofobie, elurofobie, galeofobie, gatofobie)
 filofobie – strach zamilování se
 fobofobie – strach z vlastního strachu
 fonofobie – strach z mluvení při koktavosti, případně obecně z vlastního hlasu
 fotofobie – strach ze světla
 frankofobie – strach z Francouzů
 frigofobie – strach z chladu nebo chladných věcí
 fronomofobie – strach z přemýšlení
 ftizeofobie – strach z onemocnění tuberkulózou
 fungofobie – strach z hub

G

gamofobie – strach ze sňatku, z manželství
 gaumafobie – strach z různých chutí
 gefyrofobie – strach z mostů
 geliofobie – strach ze smíchu
 genofobie – strach ze sexu
 geomelofobie – strach z brambor
 geraskofobie – strach ze stárnutí

germanofobie – strach z Němců
germofobie – strach z bakterií
gerontofobie – strach ze starých lidí
geumafobie – strach z různých chutí
glosodetofobie – strach z dlouhých slov nebo jazykolamů
gnomofobie – strach z vědců, vzdělanců
googlefobie – strach z Googlu
gripaviarofobie – strach z ptací chřipky
gymnofobie – strach z nahoty
gynofobie – strach mužů z žen

H

hadeofobie – strach z pekla
hamartofobie – strach z omylů
hamaxofobie – strach z vozidel
harpaxofobie – strach ze zlodějů
hedofobie – strach z radosti
heliofobie – strach ze slunečního světla
helmintofobie – forma zoofobie, strach z červů
hematofobie – strach z krve
herpetofobie – strach z plazů
hexafobie – strach z čísla 6
hexakosioihexekontahexafobie – strach z čísla 666 (údajné číslo šelmy)
hierofobie – strach z posvátných věcí
hipopotomonstroseskvipedaliofobie – strach z dlouhých slov (sáhodlouhých shluku písmen), jde však o fóbii smyšlenou
hodosemofobie – strach z dopravních značek
homichlofobie – též zvána nebuloofobie nebo nebulafobie, strach z mlhy
homilofobie – veřejně mluvit, strach z trestu
homofobie – strach z homosexuality nebo homosexuálně zaměřených osob
hoplofobie – strach ze zbraní, zejména střelných zbraní
hyalofobie – strach ze skla
hydrofobie – strach z vody či koupání
hylofobie – strach z lesa
hypengyofobie – strach z odpovědnosti
hypnofobie – strach ze spánku
hypsofobie – strach z výšek a pádů z výšek

CH

chaetofobie – strach z vlasů
cheimafobie – strach z chladu
chiraptofobie – strach z cizích doteků
chiroptofobie – druh zoofobie, strach z netopýrů
chorofobie – strach z tance
chrematofobie – strach z peněz
christianofobie – strach z křesťanů a z křesťanství
chromofobie – strach z barvy

I

iatrofobie – strach z ordinace lékaře nebo doktorů
ictofobie – strach z mozkové mrtvice
ideofobie – strach z myšlenky
idrosrofobie – strach z pocení
ichtyofobie – druh zoofobie, strach z ryb
ikonomechanofobie – strach z fotoaparátu, fotografování
ilyngofobie – strach ze závratí
infarktofobie – strach z infarktu, srdeční mrtvice
iofobie – strach z otravy jedem
islamofobie – strach z muslimů a islámu
isopteroofobie – strach z termitů a hmyzu ve dřevu

J

judeofobie (česky též židofobie) – strach z židů a židovství

K

kainofobie – strach ze změn a novot
kairofobie – strach ze zmeškání správné příležitosti
kakofobie – strach z šerednosti
kakotechnofobie – strach z nemotornosti
karcinofobie – též zvána cancerofobie, strach před rakovinou
kardiofobie – strach z onemocnění srdce, či poruch srdce

katagelofobie – strach z výsměchu
katotrofobie – strach ze zrcadel a jejich rozbití
keirofobie – strach ze střihání a holení
kenofobie – strach z prázdných míst
keraunofobie – forma astrofobie, strach z bouřek a blesků[4]
kinemortofobie – strach ze zombie
kinezofobie – strach z pohybu
klastrofobie – strach z uzavřených prostor
kleptofobie – strach z okradení či kradení
klímofobie – strach ze šplhání
kopofobie – strach z únavy
koprofobie – strach z vlastních výkalů
koumpounofobie – strach z knoflíků
kremnofobie – strach z pohledu do hloubky
kruciverbofobie – strach z křížovek
kyberfobie – strach z počítačů
kyesofobie – strach z těhotenství
kynofobie – forma zoofobie, strach ze psů

L

lachanofobie – strach ze zeleniny
latoňfobie – strach z pana učitele Latoňe
laloofobie, laliofobie – strach z hovoru
leukoofobie – strach z bílé barvy, nebo čehokoli bílého
levoofobie – strach z věcí nalézajících se na levé straně těla
linofobie – strach z provazů
liticafobie – strach ze soudních procesů
logizomechanofobie – strach z počítačů či práce na nich
logoofobie – strach z vlastního mluveného projevu, často provázena koktavostí (spíše u dospělých než u dětí)
lupinoofobie – forma zoofobie, strach z vlků
lutrafobie – forma zoofobie, strach z vyder
lykantrofobie – možná forma zoofobie, kdy se jedinec bojí vlkodlaků či přeměny ve vlkodlaka
lysofobie – strach ze vztekliny

M

macrofobie – strach z dlouhého čekání
mageirokofobie – strach z vaření
maieusiofobie – strach z porodu
maniofobie – strach ze zbláznění se
marofobie – strach z dlouhého čekání
mastigofobie – strach z trestání, bití
megalofobie – strach z velkých věcí
mechanofobie – strach ze strojů
melanchofobie – strach z ticha či prázdnoty
melofobie – strach z hudby
metrofobie – strach z poezie, lépe řečeno z rytmu básní – postižený člověk se bojí i číst neznámé knihy ze strachu, že narazí na nějakou báseň
mikroofobie – strach z malých předmětů
monofobie – strach z osamění
monopatofobie – strach z určité choroby
musofobie – forma zoofobie, strach z myší[9]
myrmekofobie – forma zoofobie, strach z mravenců.
mysofobie – též zvána myzofobie, strach ze špíny, nákazy, znečištění

N

nebulafobie – viz homichlofobie
negrofobie – strach z ekvatoreálních obyvatel, černochů
nekrofobie – strach z mrtvol
nelofobie – strach ze skla
neofobie – strach z něčeho nového
nomatofobie – strach ze jmen
nomofobie – strach ze ztráty či odcizení mobilního telefonu nebo strach ze ztráty mobilního signálu (strach z nedostupnosti, ztráty kontaktů s jinými osobami...)
nosofobie – strach z nemoci a jejich následků
nosocomefobie – strach z nemocnice
nostofobie – strach z návratu domů
novercaofobie – strach z nevlastní matky
nucleomitufobie – strach z nukleárních zbraní
numeroofobie – strach z čísel

nyktofobie – strach ze tmy a nocí, vyskytuje se zejména u neurotických dětí

O

obesofobie – též zvana pocrescofobie, strach z tloustnutí
odontofobie – strach ze zubařů
odynofobie – strach z bolesti
oenofobie – strach z vína
ofidiofobie – forma zoofobie, strach z hadů
ochofobie – strach z vozidel
oktofobie – strach z čísla 8
olfaktofobie – strach z některých pachů (podle některých zdrojů i z hluku)
ombrofobie – strach z deště
ommatofobie – strach z pohledu očí
onomatofobie – strach z vyslovení určitého čísla nebo slova
optofobie – strach otevřít oči
ornitofobie – strach z ptáků jakéhokoliv druhu
oxyfobie – strach z ostrých nástrojů

P

pagofobie – strach ze sněhu a mrazu[9]
pachnofobie – strach z jinovatky
pantofobie – též zvana panofobie, strach ze všeho[4]
papafobie – strach z papeže
papillofobie – strach z poprsí
paraskevidekatratriafobie – strach z pátku 13.
parazitofobie – strach z parazitů
pareunofobie – strach z pohlavního styku
paruréza – strach z močení před lidmi
patofobie – strach z nemoci, choroby
patriofobie – strach z dědičnosti
peccatofobie – strach z hříchu
pedikulofobie – strach ze vši a zavšivení
pediofobie – strach z hraček
pedofobie – strach z dětí
peirafobie – strach ze zkoušky, z veřejného vystoupení
peladofobie – strach z plešatých lidí
peniofobie – strach z chudoby
peristerofobie – forma zoofobie, strach z holubů
phagofobie – viz fagofobie
plytomechanofobie – strach z praček
pnigofobie – strach z udušení
pokreskofobie – strach z tloustnutí (obesofobie)
postokalyptrofobie – strach z kondomů
potamofobie – strach z tekoucí vody
primeisodofobie – strach z prvního pohlavního styku
pseudofobie – strach ze lži, přistižení při lži
psychrofobie – strach z chladu
pteromechanofobie – strach z letadel
pyrexiofobie – strach z horečky
pyrofobie – strach z ohně

R

rabdofobie – strach z rákosky nebo kouzelnické hůlky
radiofobie – strach z radioaktivity a rentgenových paprsků[8]
ranidafobie – forma zoofobie, strach z žab
rektofobie – strach z onemocnění konečníku
rodentofobie – forma zoofobie, strach z hlodavců
romofobie – strach z Romů

S

satanofobie – strach ze Satana
scopofobie – strach z pohledů druhých
seismofobie – strach ze zemětřesení
selachofobie – forma zoofobie, strach ze žraloků
selenofobie – strach z luny, z měsíce; podle řecké bohyně měsíce Seleny

sexosekurofobie – strach z antikoncepce, kondomů
sfeksofobie – forma zoofobie, strach z vos
siderodromofobie – strach z vlaků, ze železnice
siderofobie – strach z hvězd
sitofobie – strach z jídla
skabiofobie – strach ze svrabu
skotofobie – strach z temnoty
sociofobie – strach z určitého sociálního, mezilidského kontaktu (jezení, pití, psaní, mluvení, čtení před ostatními atd.) pramenící z vědomých či nevědomých negativních očekávání vlastního selhání v této osobní rovině, je též nazývána „sociální fobie“
spektrofobie – strach ze zrcadel
strobilodromofobie – strach z jízdy na kolotoči
syngenezofobie – strach z přibuzenstva, rodinných příslušníků

T

tabofobie – strach z vysychání míchy
tafobobie – strach z možnosti být pohřben zaživa
tanatofobie – též zvana thanatofobie, strach ze smrti
teofobie – forma zeusofobie, strach z božího trestu a hněvu
testofobie – strach z testů
tetrafobie – strach z čísla 4
thanatofobie – strach ze smrti
tokofobie – ženský strach z porodu
topofobie – strach z určitého místa
traumatofobie – strach z úrazu
trichofobie – strach z vlasů a chlupů (např. v pokrmech)
trichopatofobie – strach z chorob vlasů
triskaidekafobie – strach z čísla 13 (údajně nešťastné číslo)
tuberkulofobie – strach z tuberkulózy
trypofobie – strach z děravých struktur (semínka lotosu)

U

uranofobie – strach z nebe
urofobie – strach z moči či pomočení se

V

vakcinofobie – strach z očkování
venerofobie – strach z pohlavních nemocí
venofobie – strach z cév
venustrafobie – strach z krásných žen
vermifobie – strach z červů a střevních parazitů
vertigofobie – strach ze závratí
vestifobie – strach z šatů
virginitifobie – strach ze znásilnění
vitrikofoobie – strach z nevlastního otce
vomitifobie – strach ze zvracení

W

wiccafobie – strach z čarodějnic a kouzelnictví
wikifobie – strach z Wikipedie

X

xanthofobie – strach ze žluté barvy nebo slova žlutý
xenofobie – strach či odpor k cizincům, až strach ze všeho cizího
xerofobie – strach ze suchých předmětů
xylofobie – strach z dřevěných předmětů a lesů

Z

zelofobie – strach z žárlivosti
zemmifobie – forma zoofobie, strach z velikých hlodavců, např. krysy
zeusofobie – strach z Boha nebo božstev
zoofobie – strach z určitých nebo veškerých zvířat
zytofobie – strach z piva

Tisk podpořen firmou



Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP
Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře

Sokolská 31, 120 00 Praha 2

e-mail: svl@cls.cz

<http://www.svl.cz>

ISBN 978-80-88280-04-0

ISBN 978-80-88280-04-0



© 2018, Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP