

# Strach má mnoho tváří

Úzkostné poruchy jsou na celém světě už několik desítek let nejčastějším psychickým onemocněním. Podle jedné velké studie bylo v Německu v roce 2014 nějakou úzkostnou poruchou postiženo asi 15 procent obyvatelstva. Pro porovnání: depresí trpělo ve stejné době asi 7 procent Němců. Vzhledem k uvedeným číslům si toto téma zjednává velkou pozornost veřejnosti, což se projevuje především v médiích. Snad i proto naše pacientky a pacienti, ale také přátelé a známí často vyjadřují domněnku, že četnost výskytu úzkostných poruch v posledních letech nebo desetiletích stoupla. Zdá se jim to pochopitelné, všichni přece máme pocit, že život je stále více stresující.

## Více lidí hledá pomoc

Stres skutečně hraje při vzniku a také při udržování úzkostných poruch ústřední roli. Více se o tom ještě dozvíte v kapitole 3. Přitom je třeba si uvědomovat, že stres je silně subjektivní. „Pocitová hladina stresu“ se samozřejmě u každého z nás výrazně liší na základě odlišných životních situací a individuálního vnímání. Avšak

přestože panuje dojem, že stresu celkově přibývá, objektivně neexistuje žádný důkaz pro to, že by přibývalo také úzkostných poruch. Již několik desítek let se na národní i mezinárodní úrovni pravidelně provádějí velké studie k výskytu psychických onemocnění. Ty opakovaně prokázaly, že výskyt úzkostných poruch se ve všech těchto dekadách měřitelným způsobem nezvýšil.

Přesto u nás v Charitě zaznamenáváme, že stále více lidí s úzkostnými poruchami vyhledává profesionální pomoc a naše ordinanční hodiny jsou stále více zaplněny. To potvrzují i naši kolegové, kteří se tímto tématem terapeuticky nebo vědecky zabývají. Vysvětlit se to dá nejspíše tím, že se stále více lidí odvažuje jít za psychiatrem či psychologem, chtějí o svých potížích mluvit a nejsou již ochotni svoji úzkostnou poruchu tajit a tiše trpět.

Tento vývoj je třeba velice vítat a je podle našeho názoru také výsledkem obsáhlejších informací v médiích a častějšího veřejného vystupování výzkumníků a terapeutů. Oboje z našeho pohledu vedlo v posledních letech k rostoucí destigmatizaci úzkostných poruch a přispělo k tomu, že lidé se nyní odhodlávají k léčbě dříve a rychleji – což by mohlo mít pozitivní vliv na již tak velmi dobré výsledky této léčby.

## Může to potkat každého

V jednom důležitém bodě se však situace nemění: pozorujeme, že k nám nadále přichází více žen než mužů. I dosavadní vědecká zjištění jednoznačně ukazují, že pokud jde o nejběžnější úzkostné poruchy, ženy bývají postiženy až dvakrát tak často. Existuje

domněnka, že ženy a muži při psychických poruchách vykazují rozdílné chování co do vyhledávání informací a pomoci, což se projevuje právě i u úzkostných poruch. Ženy jsou podle všeho více a dříve ochotny o psychických poruchách mluvit, akceptovat psychickou příčinu svých potíží a nechat se psychiatricky nebo psychologicky léčit. Důvody se v současné době intenzivně zkoumají. Má se mimo jiné za to, že „silnému“ muži představa (jistě zastaralá) o jeho společenské roli ztěžuje možnost „outcomingu“ v tomto směru.

Úzkostné poruchy však vznikají nejen nezávisle na pohlaví, ale poprvé se mohou projevit v podstatě i v každém věku. Některé poruchy se sice poprvé objevují převážně v dětství a u mladistvých, ale jiné od čtvrté nebo páté dekády života. Tak například selektivní mutismus se vyskytuje často už u velmi malých dětí zhruba od tří let. Také mnoho specifických fobií vzniká již v dětství, přičemž jim nemusely nutně předcházet negativní zážitky s odpovídajícími situacemi nebo objekty. Sociální úzkostné poruchy začínají často v mládí, oproti tomu panická porucha a agorafobie se objevují spíše v rané dospělosti. A konečně generalizovaná úzkostná porucha (*generalised anxiety disorder*, GAD) se může objevit ještě i ve středním a vyšším věku. Rozdílly se budeme zabývat podrobněji při popisu jednotlivých syndromů.

## Různorodé důsledky

Jako základ pro diagnózu slouží klasifikační systém Světové zdravotnické organizace (WHO) označovaný jako ICD-10.<sup>2</sup> Podle něj se rozlišuje mezi fobickými a nefobickými úzkostnými poruchami. U fobií je úzkostná reakce vyvolávána zcela konkrétními objekty, jako jsou pavouci, psi, myši, nebo situacemi s konkrétními znaky, jako jsou výška, zúžený prostor, šířka, sociální hodnocení nebo chybějící možnosti útěku. V závislosti na tom bývají pravidelnými spouštěči úzkostí věž, uzavřený prostor, široká ulice, přednáška, jízda po dálnici nebo jízda vlakem. Oproti tomu u nefobických úzkostných poruch (podle MKN „jiných anxiózních poruch“) nelze spouštěč jednoznačně definovat nebo alespoň není zjevný. Úzkost nastupuje náhle jako panická ataka, nebo může mít podobu chronických obav o sebe, které jsou přítomny více či méně trvale.

Bez ohledu na to vedou všechny úzkostné poruchy zpravidla k výrazné zátěži a omezením pro postiženého. Vedle psychické zátěže, kterou lze zcela bezprostředně přikládat konkrétní symptomatologii, zde hraje ústřední roli vždy také příslušné vyhýbavé nebo zabezpečovací chování. Mnozí se již situacím, kterých se obávají, nedokážou vystavit vůbec nebo jen s použitím nějakých pomocných prostředků či určitých strategií. Musejí

---

2 *International Classification of Diseases and Related Health Problems*, v češtině MKN, Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů. Desátá revize – pozn. překl.

například být neustále někým doprovázeni, brát uklidňující prostředky nebo je alespoň mít v kapse, vždy u sebe mít nabitý mobilní telefon, aby mohli v případě potřeby rychle zavolat pomoc. Jiní musejí neustále slyšet hudbu nebo něco pít, aby si vytvořili nějaký „protipodnět“ a soustředili se na něco jiného. Zpravidla se také tito lidé někdy vyhýbají aktivitám, které vyvolávají příznaky, jež dávají do souvislosti se svým strachem nebo panikou, jako jsou například rychlé bušení srdce, pocení, závratě nebo nevolnost. V důsledku toho mnozí postižení nakonec již nemohou být fyzicky aktivní nebo sportovat, chodit do sauny či za teplého počasí pobývat venku. Takovýmto způsobem může úzkostná porucha vést k drastickému omezení akčního rádia, a tím silně ovlivnit kvalitu života postiženého.

## Rodinní příslušníci trpí také

Úzkostná porucha se však netýká jen pacientů samotných, ale i jejich sociálního okolí. Podle našich terapeutických zkušeností jsou rodinní příslušníci a přátelé do onemocnění zapojeni také, a to na různých úrovních. To se zpočátku zcela bezprostředně odráží v tom, že k nám mnozí postižení především na první návštěvu přicházejí v doprovodu partnera, partnerky, dcery, syna nebo sourozence. Někdy závažnost úzkostné poruchy postiženému již nedovoluje, aby sám opustil byt nebo samostatně podnikl delší cestu. Pak je odkázán na podporu někoho dalšího, kdo mu dodává jistotu.

Často však mají tito průvodci a průvodkyně na srdci také něco, co chtějí lékaři sdělit nebo v řadě případů sdělit musejí. Na prvním místě je zde často soucit s postiženým. Člověk, kterého si váží nebo jež milují, kterého celá léta znali určitým způsobem a s nímž snad spojovali vlastnosti jako sebevědomí, radost ze života a pragmatismus, se nyní v důsledku onemocnění silně změnil. Možná je teď spíše pasivní, uzavřený, často smutný a radost ze života se vytratila. Pro mnoho rodinných příslušníků, kteří to prožívají spolu s ním, to představuje velkou zátěž. Chtějí udělat vše, co je jen možné, aby tento stav skončil, ale vůči onemocnění, které často skutečně nechápe ani sám postižený, jsou bezmocní a bezradní. I rodinní příslušníci se tak často ocitají pod tlakem, který se od toho, čím strádá postižený, nijak podstatně neliší.

## Když chybí pochopení

Protože se rodinní příslušníci často nemohou zcela vžít do toho, jak se projevují obtíže postiženého, reagují zčásti také nepochopením, zejména pokud sami o nemoci nic nevědí, a proto ji jako takovou nemohou rozpoznat a uznat. V důsledku toho často příznaky bagatelizují nebo se křečovitě pokoušejí je racionalizovat. Věty jako „Nepřeháněj!“ nebo „Já to nechápu, přece není nic, z čeho bys musel mít strach!“ člověku s úzkostnou poruchou nijak nepomáhají. Kromě toho tento postoj přispívá k tomu, že se na postiženého mohou i zlobit, zvláště pak tehdy, když jsou v důsledku příznaků na rodinné příslušníky

kladeny zvýšené nároky nebo je-li tím omezován jejich vlastní či společný život.

Například když rodinní příslušníci musejí zohledňovat vyhýbavé nebo zabezpečovací chování: postižení již nevládnou někam jít sami nebo určitou situaci dokážou snést jen v doprovodu někoho, komu důvěřují; vzhledem ke svým obavám se často musejí mnohonásobně ujišťovat a nechat se uklidňovat blízkými. Takové chování může být pro rodinné příslušníky časově, logisticky a také duševně náročné, což je pro vztah často výraznou a trvalou zátěží. Tato zátěž je většinou o to větší, čím menší pochopení partner, partnerka, syn, dcera, sestra nebo bratr mají a čím méně času mohou věnovat nemoci svého blízkého a výzvám, které představuje.

## Pomoc z okolí

Je navíc velmi důležité dbát na to, aby se rodinní příslušníci, kteří pro člověka trpícího úzkostnou poruchou mají velké pochopení, bezvýhradně jej podporují a chtějí mu všemožně pomáhat, dokázali lépe vyrovnat s omezeními, jež nemoc přináší. Nebezpečí zátěže, nebo dokonce přetížení je zde zvláště vysoké. Pomáhající osoby jdou přitom nezřídka až na hranu svých vlastních psychických a fyzických možností nebo tyto hranice překračují, přičemž si samy (i druhým) z morálních důvodů „zakazují“ brát ohled na vlastní síly a možnosti.

Tak se stává, že se v naší praxi stále znovu setkáváme s pomáhajícími rodinnými příslušníky, kteří již sami jeví příznaky

psychického stavu, jež bychom běžně označili jako *vyhoření* (*burnout*). Z toho se pak v důsledku stresu může rychle vyvinout psychická porucha, zvláště pokud se tito rodinní příslušníci cítí uvězněni v jakémsi nekonečném kolotoči. I když postiženému již delší dobu snímají z beder jeho úkoly a cesty, které jej obtěžují, stojí mu po boku a uklidňují jej, když se jej znovu zmocňují starosti, mnoho rodinných příslušníků má pocit, že to v zásadě k ničemu nevede. Naopak, často dokonce říkají, že přes jejich obětavé snahy se příznaky úzkostné poruchy u postiženého nejen nemění, ale postupně se dokonce zhoršují – což v nich vyvolává pocity bezmoci a zoufalství.

Pro samotné postižené jsou změny ve vztazích s blízkými způsobené jejich onemocněním také bolestné. Velkou roli přitom podle našich zkušeností hraje stud. Mnozí postižení se v důsledku většinou postupujícího onemocnění a s tím souvisejících omezení cítí stále bezmocněji. Často se z této situace už nemohou dostat vlastními silami, protože ani mnohé mechanismy, které se jim dříve osvědčovaly, již nezabírají. Pro řadu z nich je velmi těžké požádat o pomoc nebo ji přijmout – i v rámci vlastního užšího společenského okruhu. Sami sobě i ostatním by tím dávali zřetelně najevo vlastní bezmoc vůči příznakům svého onemocnění. Pokud se jim přesto podaří pomoc přijmout, cítí se být ve vztahu k pomáhajícím mnohdy jakoby dlužníky.

Postižení si zpravidla velmi dobře uvědomují, že podpora ze strany jejich blízkých je spojena se značnými logistickými a také emočními nároky: ruší nebo odkládají vlastní dohodnuté