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 2023

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

ÚZKOSTNÉ PORUCHY

Doporučený diagnostický a terapeutický postup pro všeobecné praktické lékaře 2023

Autoři:

MUDr. Věra Vobořilová
Psychiatrická společnost ČLS JEP

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

Oponenti:

Prof. MUDr. Ján Praško, CSc.
Psychiatrická společnost ČLS JEP

MUDr. Astrid Matějková
Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP

Aktualizace poslední revize DP Úzkostné poruchy, Doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře, 2018, autoři: MUDr. Věra Vobořilová, Psychiatrická společnost ČLS JEP, MUDr. Rudolf Červený, Ph.D., Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP.

OBSAH

1. ÚVOD 3

2. EPIDEMIOLOGIE 3

3. KLASIFIKACE ÚZKOSTNÝCH PORUCH PODLE MKN - 10 3
3.1. PANICKÁ PORUCHA (F410) 3
3.2. GENERALIZOVANÁ ÚZKOSTNÁ PORUCHA (F411) 3
3.3. SMÍŠENÁ ÚZKOSTNĚ DEPRESIVNÍ PORUCHA (F412) 4
3.4. AGORAFOBIE (F400) 4
3.5. SOCIÁLNÍ FOBIE (F401) 4
3.6. SPECIFICKÉ FOBIE (F402) 4

4. DIAGNOSTICKÝ POSTUP, VYŠETŘENÍ A HODNOCENÍ PACIENTA S ÚZKOSTÍ 4
4.1. ANAMNÉZA 4
4.2. NYNĚJŠÍ ONEMOCNĚNÍ 5
4.3. ZÁKLADNÍ FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ A DLE POTŘEBY DOPLNĚNÍ LABORATORNÍHO VYŠETŘENÍ K VYLOUČENÍ TĚLESNÉ CHOROBY 5
4.4. DIFERENCIÁLNÍ DIAGNÓZA ÚZKOSTNÝCH PORUCH 6
4.4.1. DEPRESE 6
4.4.2. PSYCHOTICKÉ PORUCHY 6
4.4.3. ZÁVISLOSTI 6
4.4.4. OBSEDANTNĚ KOMPULZIVNÍ PORUCHA 6
4.4.5. NÁSLEDKY PO TRAUMATU 6
4.4.6. POSTTRAUMATICKÁ STRESOVÁ PORUCHA (PTSD) 6
4.4.7. PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY 6
4.4.8. JINÉ PSYCHICKÉ PORUCHY 7

5. LÉČBA 8
5.1. EDUKACE PACIENTA 8
5.2. TERAPEUTICKÉ MOŽNOSTI U ÚZKOSTNÝCH PORUCH – VŠEOBECNÉ ZÁSADY 8
5.3. FARMAKOTERAPIE 8
5.3.1. ZÁSADY FARMAKOTERAPIE 8
5.3.2. VÝBĚR LÉKU 8
5.3.3. DÁVKOVÁNÍ A DÉLKA FARMAKOTERAPIE 8
5.3.4. RIZIKO VZNIKU ZÁVISLOSTI NA LÉČBĚ 10
5.3.5. KDY UKONČIT FARMAKOTERAPII 10
5.3.6. KDY ZMĚNIT MEDIKACI 10
5.3.7. ZMĚNA LÉKU 11
5.3.8. AUGMENTACE LÉČBY 11
5.3.9. KOMBINAČNÍ LÉČBA 11
5.3.10. LÉČBA PACIENTA S KOMORBIDITOU 11
5.3.11. LÉČBA PACIENTA S PORUCHOU SPÁNKU 11
5.4. PSYCHOTERAPIE ÚZKOSTNÝCH PORUCH 12
5.4.1. DYNAMICKÁ PSYCHOTERAPIE A PSYCHOANALÝZA 12
5.4.2. SKUPINOVÁ PSYCHOTERAPIE 12
5.4.3. KOGNITIVNĚ BEHAVIORÁLNÍ TERAPIE 12
5.4.4. ON-LINE TERAPEUTICKÉ PROGRAMY 12

6. LITERATURA 12

1. ÚVOD

Úzkostné poruchy jsou skupinou psychických poruch, u kterých je úzkost dominantním příznakem. Vyznačují se záchvatovými nebo kolísavě intenzivními 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). Patologický stav nastává, když je překročena schopnost organismu se s úzkostí vyrovnat - objevuje se *příliš často, trvá příliš dlouho* a její *intenzita* je vzhledem k situaci, která ji spustila, příliš velká nebo se objevuje *v nepřiměřených situacích*.
V těchto případech projevy úzkostné poruchy negativně zasahují do života jedince, snižují kvalitu jeho života, omezují pracovní schopnost a narušují sociální vztahy.

2. EPIDEMIOLOGIE

Pro primární péči je typické, že většina úzkostných pacientů nepřichází k lékaři pro úzkost samotnou, ale pro polymorfní 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, nejčastěji z důvodu obav z psychiatrické stigmatizace.
Úzkostné poruchy patří mezi nejčastější psychiatrické diagnózy. V průběhu života si nějakou fází úzkostné poruchy projde až 15 % populace. Úzkostné poruchy se mohou objevit 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)

Panická porucha je dvakrát častější u žen a postihuje cca 1-3 % populace.
Hlavním rysem jsou náhlé, opakované epizody intenzivní úzkosti (paniky), které nejsou vázány na žádnou konkrétní 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 příznaků vegetativní reakce (bušení srdce, pocení, třes), příznaků somatických (potíže s dechem, bolesti na hrudi, nevolnosti), psychických (strach ze ztráty kontroly, ze smrti, zbláznění se, derealizace) či celkových (návaly horka či chladu, mravenčení). 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 (anticipační úzkost), důsledkem záchvatů bývá potom snaha vyhnout se situacím, kde k panice došlo. Průběh nemoci bývá často chronický, s možností spontánního uzdravení, ale i opětovné recidivy.

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 nadměrné a nekontrolované a trvají minimálně půl roku. Celoživotní prevalence je mezi 5-10 %, poměr žen a mužů 2:1. Popisujeme volně plynoucí úzkost, která jedince obtěžuje prakticky neustále, bez provázanosti na specifickou okolnost. 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. Stav je měnlivý a většinou trvá léta. U řady lidí se potíže zhoršují v situacích zdánlivého klidu, 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 „prázdna v hlavě", obtíže s usínáním nebo udržením spánku, neklidný spánek, pocit únavy, nedostatku energie, podrážděnost, nadměrná ostražitost, tendence k plačtivosti 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, pobytem v dopravní zácpě, pobytem v davu, čekáním v řadě, z jízdy výtahem, z uzavřených prostor apod. Celoživotní prevalence je 3-6 %, u žen bývá výskyt 2-3x častější. 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 rychle dostupná pomoc či ze které je obtížné se vzdálit. Komorbidita s panickou poruchou je velmi vysoká, přes 50 %. Může tak dojít k rozvoji vyhýbavého chování, někdy s progresí až do maximální sociální izolace postiženého jedince s invalidizací.

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, mluvení na veřejnosti, z jedení a pití před lidmi, z psaní před druhými apod. Celoživotní prevalence je kolem 5 %. Rozlišujeme izolované sociální fobie, kdy postižený jedinec nezvládá jednu oblast sociálního fungování, nebo sociální fobie generalizované, kdy pacient nezvládá více zátěžových společenských situací. Tyto situace u postiženého vyvolávají různé vegetativní či celkové příznaky, obdobně jako jsou u panické poruchy. Typicky se projevuje anticipační úzkost, která často vede k vyhýbavému chování a následnému celkovému životnímu omezení až vyloučení ze sociálního života.

3.6. SPECIFICKÉ FOBIE (F402)

Jedná se o skupinu poruch, pro které je typická přítomnost nepřiměřeného strachu z určitého konkrétního objektu nebo situace (vyjma agorafobie nebo sociální fobie). Postižený netrpí příznaky úzkosti, pokud se nesetká nebo se neobává setkání s fobickým podnětem, pokud se s podnětem setká či se ho obává, dochází k typické úzkostné reakci či panické atace. Nemocný si je však vědom, že jeho strach není racionálně odůvodněný, čímž se liší např. od paranoidního pacienta, přesto mu ubezpečení, že není čeho se bát, nepomáhá. U rozvinuté specifické fobie se rozvíjí anticipační úzkost s vyhýbavým chováním. Specifické fobie jsou nejčastějšími úzkostnými poruchami, postihují až 10 % populace, dvakrát častěji jsou postiženy ženy. Mezi nejčastější specifické fobie patří fobie ze zvířat (psi, hmyz, hadi, myši), z přírodních živlů (bouřka, voda, výšky), ze specifických míst (uzavřené prostory, letadlo, výtah) či pohledu na krev, odběru krve, zranění.

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, zejména anamnéza separační úzkosti v dětství
- Osobní anamnéza zaměřená na tělesná onemocnění spojená s úzkostnou symptomatologií (viz tab. č. 1)
- Anamnéza abusu (alkohol, stimulační látky, kofein, kouření, gambling)
- Farmakoterapie (užívá pacient léky na spaní?, na uklidnění?, farmaka, která mohou vyvolávat úzkostné stavy-viz tab. č. 2)

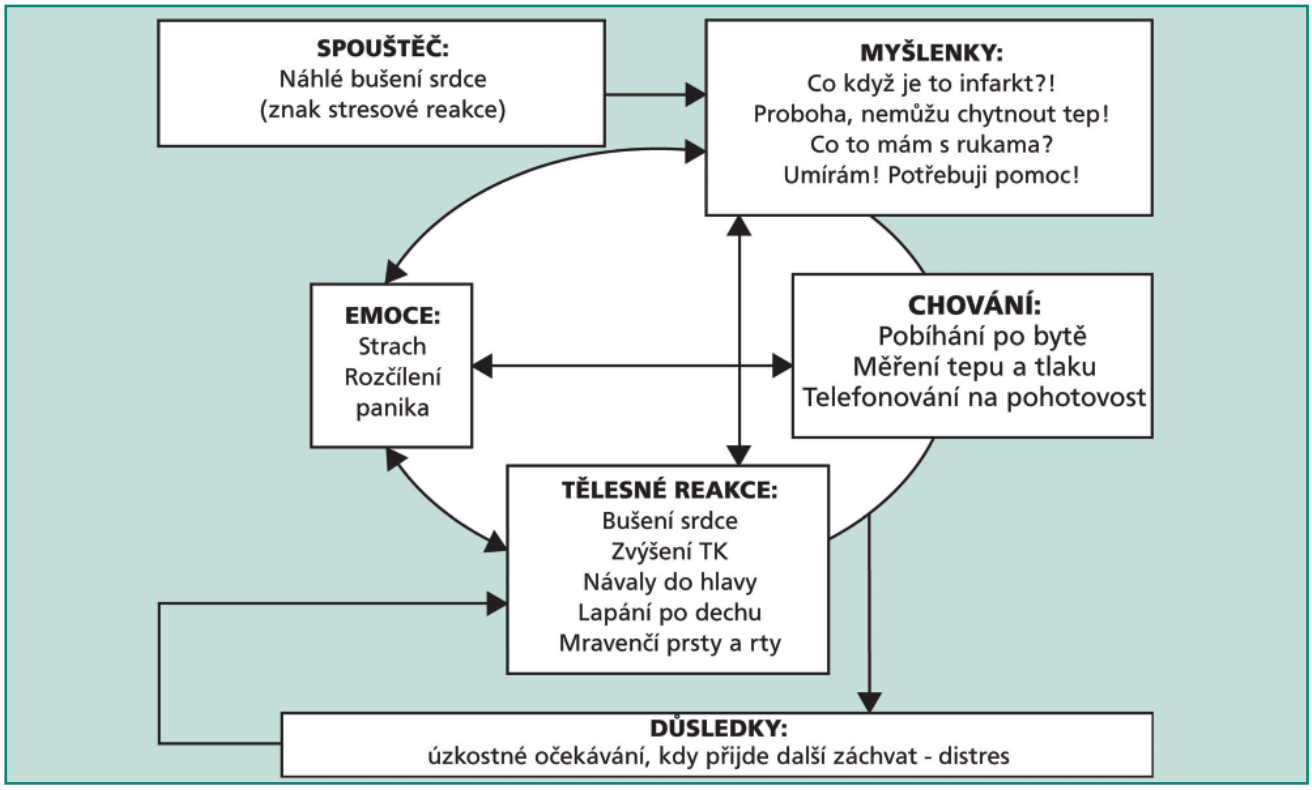
4.2. NYNĚJŠÍ ONEMOCNĚNÍ

- 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 stavy úzkosti, strach, obavy a starosti modifikuje (aktivity, léky, menstruace, přítomnost druhých osob apod.)
- 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 postižení mozku je nutné doplnění neurologického vyšetření.

Obrázek č. 1: Bludný kruh příznaků



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 součásti 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. dva 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 úzkostně 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 protrahovaná 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, premenstruační 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 antikonvulzíva, např. barbituráty, tetrahydrocannabinol (THC), alkohol, narkotika, sedativa, hypnotika

Tab. 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, tein, 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*. Vhodné je poskytnout edukaci o tzv. stresové reakci, ze které lze vysvětlit celou řadu příznaků úzkostné poruchy. Na místě je i edukace o tzv. bludném kruhu, ze kterého pacient může pochopit souvislost mezi psychickými a tělesnými příznaky. 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 odmítat 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 letáček u léků, kde jsou uvedeny i nejvzácnější 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) není vhodná, protože na ně snadno vzniká tolerance a závislost.

Výhodnější je podávání nebenzodiazepinových anxiolytik (hydroxyzin, buspiron), antidepresiv (paroxetin, citalopram, escitalopram, sertralin, fluoxetin, fluvoxamin, clomipramin, venlafaxin, moklobemid) či nízké dávky antipsychotik druhé generace (quetiapin). **Platí zásada začínat nízkou dávkou antidepresiva (zpravidla poloviční, než je uvedená na příbalovém letáku), až 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 anxiety, 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. Po**

jednom až dvou týdnech je možné velmi **pomalu titrovat** na plnou dávku léku. První známky zlepšení stavu 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.

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

- 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

Tab. č. 4: Obvykle předepisovaná psychofarmaka u úzkostných poruch

látka	terapeutická dávka v mg	počáteční dávka u úzkostných poruch v mg
SSRI		
paroxetin	20 – 60	10
citalopram	20 – 40	10
escitalopram	10 – 20	5
sertralin	50 – 200	25
fluoxetin	20 – 60	20
fluvoxamin	50 – 300	50
Tricyklická antidepresiva		
clomipramin	100 – 250	25
SNRI		
venlafaxin*	75 – 225	75
SARI		
trazodon	75 – 300	25
RIMA		
moklobemid	300 – 600	150
Jiné látky		
buspiron	20 – 60	15
hydroxyzin	25 – 100	12,5
promethazin	25 – 50	12,5
pregabalin	150 – 600	75
quetiapin*	25 – 300	25
Benzodiazepiny		
alprazolam	0,25 – 4	0,25 – 0,5
bromazepam	1,5 – 9	0,75
clonazepam	0,5 – 6	0,5
diazepam	5 – 20	2,5
oxazepam	10 – 30	5

** preskripční omezení pro VPL*

Tab. 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	Pocity nervozity Iniciální nauzea, průjmy, výjimečně zvracení Bolesti hlavy Únava Insomnie Sexuální dysfunkce
Benzodiazepiny	Rychlý nástup Redukce anticipační úzkosti Dobrá snášenlivost Široké terapeutické rozpětí Bez iniciální aktivace Relativně bezpečné při předávkování	Sedace Zhoršení kognitivních funkcí Syndrom z vysazení Návykový potenciál Zkřížená tolerance s alkoholem Nevhodné u anamnézy závislosti, poruch osobnosti
Tricyklická antidepresiva	Podávání jednou denně Antidepresivní účinek Dlouhé zkušenosti	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
• vyhýbavé 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 novelizovaný doporučený postup Deprese, CDP – PL 2023)
• **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 resistenci, 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 resistence 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, některé z novějších antidepresiv, vč. přechodného podávání anxiolytika. Při každé změně je nutné zvážit lékové interakce, které mohou nastat. 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. Měřítko, co je a co není dostatečné, není dáno. **Augmentační strategie patří do rukou zkušeného specialisty.**

5.3.9. KOMBINAČNÍ LÉČBA

U velmi resistentních 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 či nízkou dávkou antipsychotika. Zásadně inkompatibilní jsou kombinace s IMAO. **Kombinační léčba patří do rukou 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.

Tab. č. 6: Indikace a dávkování antidepresiv SSRI v léčbě úzkostných poruch schválené v ČR pro všeobecné praktické lékaře

	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	-

Pozn. 1: PANIC – panická porucha, SAD – sociální fobie, GAD – generalizovaná úzkostná porucha
Pozn. 2: silně vyznačené číslo představuje dávku obvyklou v mg

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 fobii 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.

5.4.4. ON-LINE TERAPEUTICKÉ PROGRAMY

V posledních letech se celosvětově setkáváme s nejrůznějšími on-line terapeutickými programy, mobilními aplikacemi, přímým nácvikem v programech virtuální reality. Programy jsou zpracovány pro jednotlivé úzkostné poruchy. Jsou založeny na důkazech o vysoké efektivitě i bezpečnosti. Je tedy vhodné v rámci primární péče pacienta nasměrovat i tímto způsobem léčby.

6. LITERATURA

DP Úzkostné poruchy, Doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře, Autoři: MUDr. Věra Vobořilová, Psychiatrická společnost ČLS JEP, MUDr. Rudolf Červený, Ph.D., Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP 2018.

Další 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 monoaminooxidázy
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. bouřky
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 párátek
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)[13]
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 ze 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
fronemofobie – 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 ptačí chřipky
gymnofobie – strach z nahoty
gynofobie – strach mužů z žen

H
hadefobie – 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)[10], jde však o fóbii smyšlenou
hodosemofobie – strach z dopravních značek
homichlofobie – též zvána nebulofobie 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
idrosofobie – strach z pocení
ichtyofobie – druh zoofobie, strach z ryb
ikonomechanofobie – strach z fotoaparátu, fotografování
ilyngofobie – strach ze závrati
infarktofobie – strach z infarktu, srdeční mrtvice
iofobie – strach z otravy jedem
islamofobie – strach z muslimů a islámu
isopterofobie – 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 kancerofobie, 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 stříhání a holení
kenofobie – strach z prázdných míst
keraunofobie – forma astrofobie, strach z bouřek a blesků
kinemortofobie – strach ze zombie
kinezofobie – strach z pohybu
klaustrofobie – strach z uzavřených prostor
kleptofobie – strach z okradení či kradení
klimofobie – 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
lalofobie, laliofobie – strach z hovoru
leukofobie – strach z bílé barvy, nebo čehokoli bílého
levofobie – 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
logofobie – strach z vlastního mluveného projevu, často provázena koktavostí (spíše u dospělých než u dětí)
lupinofobie – 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
mikrofobie – strach z malých předmětů
monofobie – strach z osamění
monopatofobie – strach z určité choroby
musofobie – forma zoofobie, strach z myší
myrmekofobie – forma zoofobie, strach z mravenců.
mysofobie – též zvána myzofobie, strach ze špíny, nákazy, znečištění[12]

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 z 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 nemocí a jejich následků
nosocomefobie – strach z nemocnice
nostofobie – strach z návratu domů
novercafobie – strach z nevlastní matky
nucleomitufobie – strach z nukleárních zbraní
numerofobie – strach z čísel
nyktofobie – strach ze tmy a nocí, vyskytuje se zejména u neurotických dětí

O
obesofobie – též zvána 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[5]
oxyfobie – strach z ostrých nástrojů

P
pagofobie – strach ze sněhu a mrazu
pachnofobie – strach z jinovatky
pantofobie – též zvána panofobie, strach ze všeho
papafobie – strach z papeže
papillofobie – strach z poprsí
paraskevidekatriafobie – 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 vší a zavšivení
pediofóbie – 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 (obesofobie) – strach z tloustnutí
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
ranidafobie – forma zoofobie, strach z žab
rektofobie – strach z onemocnění konečníku
rodentofobie – forma zoofobie, strach z hlodavců
romofobie (česky též cikánofobie nebo cigánofobie) – strach z cikánů - 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 příbuzenstva, rodinných příslušníků

T
tabofobie – strach z vysychání míchy
tafefobie – strach z možnosti být pohřben zaživa
tanatofobie – též zvána thanatofobie, strach ze smrti
teofobie – forma zeusofobie, strach z božího trestu a hněvu
testofobie – strach z testů
tetrafobie – strach z čísla
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[5]
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 závrati
vestifobie – strach z šatů
virginitifobie – strach ze znásilnění
vitrikofobie – strach z nevlastního otce
vomitofobie – 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. krys
zeusofobie – strach z Boha nebo božstev
zoofobie – strach z určitých nebo veškerých zvířat
zytofobie – strach z piva

POZNÁMKY

Tisk podpořen společností
Doporučený postup byl vytvořen s podporou nadačního fondu Praktik
© 2006 Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP
ISBN: 80-86998-05-3
Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP
Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře
U Hranic 16, 100 00 Praha 10
e-mail: svl@cls.cz
http://www.svl.cz
I S B N 8 0 - 8 6 9 9 8 - 0 5 - 3

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 978-80-88280-44-6



© 2023, Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP