

H2

podrobně

Tip: prostuduj a získej
podrobnější informace

Symptomatická léčba úzkosti

Doporučení České společnosti
paliativní medicíny ČLS JEP



Úvod

Strach a úzkost jsou přirozenou součástí lidského emočního prožívání. Úzkost je kombinace negativních emocí zahrnující strach, zlé tušení a obavy. Její příčinu nelze přesně určit. Strach je naopak emoční odpověď na konkrétní hrozbu.

Úzkost v paliativní péči se často vztahuje ke smrti a umírání, ale může být vyvolaná i jinými obavami, např. z kvality dalšího života, obavami o blízké, ze ztráty důstojnosti či soběstačnosti nebo z finanční nejistoty. U většiny nemocných tato úzkost nespĺňuje diagnostická kritéria pro úzkostnou poruchu. Ta postihuje méně než 10 % pacientů s život omezující nebo ohrožující chorobou.

Úzkost může být v kontextu epidemie covid-19 spojena se specifickými situacemi, např. při zvládání karanténních opatření, v souvislosti se změnami v pracovním zatížení (home office), ztrátou zaměstnání nebo „životu, jak fungoval předtím“, i ze závislosti na pomoci druhých; může postihovat nejen pacienty, ale i jejich blízké.

Pokud adaptivní funkce naší osobnosti a schopnost vypořádat se s problémy (tzv. coping) a naše naučené strategie začnou selhávat, nebo když míra či působení stresového podnětu (ať už se jedná o silný akutní stres nebo dlouhodobé setrvávání ve stresové situaci) převyšují naše adaptační schopnosti, rozvine se úzkostná porucha. Úzkost, která je do jisté míry přirozenou součástí sebezáchovných reakcí člověka, se tak vymyká kontrole a problém již není jen ve spouštěči či ve vyvolávající příčině, ale problémem se stává úzkost sama o sobě.

Typy úzkostných poruch

Pod úzkostné poruchy se řadí v MKN 10 více diagnóz:

- Porucha přízpusobení s úzkostnými rysy – jasně identifikovatelný stresor, obtížné vyrovnávání se/přijetí diagnózy, prognózy
- Generalizovaná úzkostná porucha – nadměrné obavy ztěžující každodenní fungování pacienta
- Panická porucha – epizody intenzivního strachu, které mohou trvat několik minut až hodinu, jsou provázeny bolestí na hrudi či dušností; ataky jsou neočekávané, náhlé a výrazně zhoršují fungování pacienta, často vedou k vyhýbavému chování
- Posttraumatická stresová porucha – vtíravé myšlenky, noční děsy a záblesky vzpomínek z minulosti („flashback“), které zhoršují spánek a narušují sociální fungování pacienta, mohou vést k interpersonální dysfunkci

Klinické symptomy úzkosti

- pocity hrozcího nebezpečí či děsu, pocit ztráty kontroly
- strachy, obsese, pocity nejistoty a starostí
- kompulzivní nebo vyhýbavé chování, psychomotorický neklid, dráždivost
- pocení, nevolnosti, bušení srdce, tachypnoe
- opakování otázek, projevy zmatenosti, nepozornosti

Vyšetření

Vyšetření se dominantně skládá z pozorování pacienta a z rozhovoru s ním. Kromě vyhledávání výše uvedených symptomů je vhodné se při rozhovoru s pacientem zaměřit i na tzv. neverbální a paraverbální signály:

- obtížné rozmluvení až ticho
- tichá, ustrašená mluva, šepot
- křik, daný potřebou strach překřičet
- zrychlená mluva nebo nutkání mluvit

Screening na úzkost a depresi by měl být automatickou součástí vyšetření závažně nemocných. Odlišit úzkost a depresi může být obtížné, obě se může vyskytovat současně.

Tip pro identifikaci a exploraci úzkosti: zvládnání úzkosti v minulosti, charakter a trvání úzkosti, spouštěče a úlevové mechanismy („Co se stane, když myslíte na....?“)

Terapie úzkosti

Základem je psychologický nemedikamentózní přístup, včetně dobré komunikace, který lze v případě potřeby rozšířit o přístup farmakologický.

Základní desatero při zklidnění příznaků akutní krize – cílem je stabilizace psychického stavu:

- 1. Kvalitní navázání kontaktu a zajištění pocitu bezpečí pacienta:** představit se, nastavit časové hranice, nabídnout vodu, komentovat kroky, které děláme.
- 2. Poskytnutí prostoru k filtrování emocí a sdílení obav, negativních myšlenek a potřeb:** aktivní naslouchání, nepřerušování, poskytování prostoru, reakce spíše na emoce, než na obsah; respektovat a normalizovat emoce: „je úplně normální, že v takové situaci máte obavy/strach/že se zlobíte...“
- 3. Kotvy v rozhovoru:** lehké splnitelné instrukce a ocenění dílčích úspěchů, které jsou základem k posílení kompetencí pacienta.
- 4. Práce s časem:** plán, co bude za hodinu, zítra, za tři dny.
- 5. Poskytnutí srozumitelných informací, objasnění cílů péče.**
- 6. Zdůraznění spolu-práce:** posílení pocitu, že v tom pacient není sám, nabídka praktické pomoci.
- 7. Mapování zdrojů pomoci otázkami:** „Co vám v dané situaci pomáhá?“ „Co vám pomáhalo dříve v obdobných situacích?“ „Co byste potřeboval, aby vám bylo lépe?“ „Koho v okolí považujete za oporu?“ „Komu lze zavolat, když se necítíte dobře?“
- 8. Práce s katastrofickým scénářem:** „Co nejhoršího se může stát?“ „Čeho se obáváte v dané situaci nejvíce?“
- 9. Tvorba krizového plánu:** odkaz na psychologickou péči, nabídka kontaktu „Když se vám doma udělá špatně můžete volat na linku..“
- 10. Shrnutí rozhovoru – výstupů a nalezených řešení.**

Základní desatero při dlouhodobém psychoterapeutickém přístupu – cílem je psychoterapeutická změna či odstranění spouštěčů a příčin obtíží:

- 1. Základem je psychoterapeutický vztah,** který je podkladem k hlubší práci na změně v oblasti chování a prožívání.
- 2. Normalizace emocí, nastavování hranic/mantinelů v této oblasti:** upřesnění, kdy už může být na místě zahrnout i farmakologická řešení.
- 3. Práce s bezmocí a pocitem ztráty kontroly:** posilování pocitu moci a kontroly v oblastech, kde je to možné.
- 4. Mapování a posilování oblastí života, které fungují. Hledání zdrojů jistoty, útěchy a podpory.**
- 5. Dlouhodobá aktivace sociálních zdrojů, především blízkých vztahů.**
- 6. Remodelace návyků:** odbouráváme, co obtíže umocňuje, posilujeme to, co je zmiřuje. Např. omezení nadměrné konzumace kofeinových nápojů.
- 7. Mapování spouštěčů úzkostných stavů a práce na jejich odstranění.**
- 8. Motivace k posílení režimu a zařazení každodenních pravidelných aktivit:** ranní a večerní rituály, dostatečný a pravidelný spánek, pravidelné stravování a pohyb.
- 9. Zaměření na změnu postoje k obtížím:** zplnomocňování, budování aktivního přístupu, redukce strachu z obtíží.
- 10. Práce s psychosociálním a vztahovým kontextem pacienta.** Posunutí ze zaměření na přítomnost a blízkou budoucnost charakteristického pro krizovou intervenci také k minulosti a jejím vlivům na aktuální situaci a psychické a vztahové obtíže pacienta.

Nefarmakologické přístupy v léčbě úzkosti:

Doporučovaným psychoterapeutickým přístupem/směrem, který je efektivní v práci s dlouhodobými úzkostnými stavy a v léčbě úzkostných poruch je např. kognitivně behaviorální terapie (KBT), Gestalt terapie nebo některá z na tělo zaměřených psychoterapií (Pesso Boyden psychomotorická psychoterapie, Biosyntéza, Biodynamická psychoterapie). S tématem úzkosti zajímavým způsobem pracují také existenciální psychoterapeutické směry. Doporučované psychoterapeutické metody/techniky jsou bezpochyby relaxační techniky (např. Jacobsonova progresivní relaxace a Schulzův autogenní trénink). Je možné zařadit také aktivní imaginaci, prvky meditace nebo arteterapeutické a muzikoterapeutické techniky.

Farmakoterapie:

Základem krátkodobé léčby jsou benzodiazepiny (BZD). Po 3–4 týdnech dochází k rozvoji tolerance a ztráty účinku, zvyšuje se riziko rozvoje závislosti a úzkostných stavů při vysazování (rebound fenomén), benefit z podávání léků tedy rychle klesá. U starších pacientů a malých dětí existuje riziko paradoxní reakce.

Příklady BZD se středně dlouhým a krátkým poločasem:

Účinná látka/ aplikační cesta	Denní terapeutická dávka	Maximální denní dávka	Nástup/trvání účinku	Výhody
oxazepam p.o.	10 mg 1–3x denně	30 mg 4x denně	30 min./až 12 hod.	vhodný i u těžkého jaterního selhání
alprazolam p.o.	0,25–0,5 mg 3x denně	1 mg 4x denně	15 min./2–5 hod. SR tablety účinkují až 12 hod.	široká škála dávek
bromazepam p.o.	1,5–3 mg 1–3x denně	6–12 mg 2–3x denně	2–3 hod./10–12 hod.	může účinkovat, i když není dostatečný efekt alprazolamu
midazolam p.o., s.c., i.v., i.m., i.n.	2,5–5 mg 4–6x denně	(200mg/den)	2–5 min. (i.v., i.n., i.m. podání) 15 min. (s.c. podání)	rychlý nástup účinku, široká škála dávek, lze použít jako bolus nebo kontinuální infuzi; není-li i.v. přístup a potřebujeme rychlý nástup účinku, lze podat intranasálně

Příklady BZD s dlouhým poločasem:

Účinná látka/ aplikační cesta	Denní terapeutická dávka	Maximální denní dávka	Nástup/trvání účinku	Výhody
diazepam p.o., i.v., p.r.	5–15 mg/den	30 mg/den	0,5–2hod./24–48 hod.	rychlý nástup účinku
clonazepam p.o. (tbl, gtt), i.v.	0,25 mg 2x denně	4 mg/den		méně často způsobuje poruchy paměti (antero- grádní amnesii)

Především u pacientů s obavou z útlumu dechového centra lze zvolit některá antihistaminika (nebenzodiazepinová anxiolytika). Jejich podání může být výhodné u pacientů s pruritem, a nauseou, naopak anticholinergní efekt může snižovat kognitivní funkce. Prodlužují QT interval, především u rizikových pacientů je tedy vhodná kontrola EKG.

Příklady nebenzodiazepinových anxiolytik:

Účinná látka/ aplikační cesta	Denní terapeutická dávka	Maximální denní dávka	Nástup/trvání účinku	Výhody
hydroxyzin p.o.	50 mg/den ve třech dávkách (2x 12,5 mg a 25 mg na noc)	100 mg/den	30–45 min./4–6 hod.	netlumí dechové centrum, indikován k symptom. léčbě pruritu
promethazin p.o.	25–50 mg před spa- ním	150–200 mg	15–60 min./2–8 hod.	potlačuje nauzeu a zvracení, sedativní efekt

Pro dlouhodobou léčbu jsou léky volby farmaka z řad antidepresiv a antipsychotik, případně pregabalin. Tyto léky jsou indikovány k dlouhodobé terapii generalizované úzkostné poruchy. S výjimkou mirtazapinu a sertralinu prodlužují QT interval, především u rizikových pacientů je tedy vhodná kontrola EKG. Nástup účinku antidepresiv je pomalý, rozvíjí se za 2–3 týdny, do té doby dochází často k rozkolísání nálad (pacienti mohou léčbu vnímat i negativně, nálada se může měnit ze dne na den), proto je vhodné překlenuout toto počáteční období současným podáváním s BZD, které se následně po 2–3 týdnech vysadí, tento postup není nutný, ani vhodný u pregabalinu. U SSRI se v úvodu léčby může vyskytnout GIT dyskomfort a nauzea, která odezní (může přetrvávat např. jako kinetóza, kterou pacient dříve netrpěl).

Příklady antidepresiv:

Účinná látka/ aplikační cesta	Denní terapeutická dávka	Maximální denní dávka	Nástup/trvání účinku	Výhody
citalopram (SSRI) p.o. (tbl, gtt), i.v.	10–20 mg/den	20–40 mg/den	do 2–3 týdnů	Ize využít u panické ataky a generalizované úzkostné poruchy
escitalopram (SSRI) p.o. (tbl, gtt, disp. tbl)	10 mg/den	20 mg/den	do 1–2 týdne	Ize využít u panické ataky a generalizované úzkostné poruchy
paroxetin (SSRI) p.o.	20–40 mg/den	20–40 mg/den	do 2–3 týdnů	nejvyšší anxiolytický efekt ze skupiny SSRI, sedativní
venlafaxin (SNRI) p.o.	75 mg/den	200–375 mg/den	do 2 týdnů (anxiolytický obvykle do 1 týdne)	Ize využít i u neuropatické bolesti, jedná se o aktivizující lék (vhodné podávání spíše v ranních hodinách)
duloxetin (SNRI) p.o.	30 mg/den	120 mg/den	do 2 týdnů	Ize využít i u neuropatické bolesti
mirtazapin (NaSSA antidepresivum) p.o. (tbl, disp. tbl)	15 mg/na noc	30–45 mg/na noc	3–4 dny/sedativní účinek v řádu hodin	nejrychlejší nástup účinku z antidepresiv, lze využít u nespavosti a pruritu, zvyšuje chuť k jídlu (s výhodou u kachektických pacientů)
trazodon (ant. a inh. zpětného vychytávání serotoninu) p.o. (tbl, prodl. forma)	50–75 mg/na noc	150–300 mg/na noc	1–2 týdny (iniciální efekt za 1 týden)	Ize využít u nespavosti
kvetiapin (MARTA, atyp. antipsychotikum) p.o. (tbl, disp. tbl, prodl. forma)	50 mg/den	150 mg/den	do 1 týdne	významně redukuje úzkost
olanzapin (MARTA, atyp. antipsychotikum) p.o. (tbl., disp. tbl), i.v., i. m.	5-10 mg/na noc	20 mg/na noc	i.v. do 15-30 min. /i.m. 15-45 min/p.o. 5-8 hodin	vhodný také při nevolnostech (antiemetický efekt) a deliriu, zvyšuje chuť k jídlu (s výhodou u kachektických pacientů)
pregabalin (antiepileptikum) p.o.	75 mg 2x denně	75–300 mg 2x denně	1,5 dne při normálních ren. funkcích, až 9 dní při ren. insuficienci	Ize využít i u neuropatické bolesti

Literatura

- 1) Látalová K. et al.: Poruchy přizpůsobení, Med. praxi 2015; 12(4): 184-188
- 2) Oxford Handbook of Palliative Care, Oxford University Press, 2019
- 3) Palliative Care Formulary, Sixth Edition, Palliativedrugs.com, 2017
- 4) Irwin SA, Hirst JM: Overview of anxiety in palliative care. UpToDate, Mar 2020
- 5) Palliative Care Formulary, Sixth Edition, Palliativedrugs.com, 2017
- 6) Krizová intervence. Vodáčková, Daniela, Portál, 2012
- 7) Ondřej S. et al.: Palativní medicína pro praxi, Galén, 2011

Autoři: prim. MUDr. Irena Zavadová, Cesta domů, z.ú., Praha / MUDr. Denisa Mlčochová, VFN, Praha / Mgr. Tereza Fenclová, ÚHKT, Praha

Materiál byl vydán díky finanční podpoře NF Avast



nadační fond avast