

# KOGNITIVNĚ-BEHAVIORÁLNÍ TERAPIE DEPRESE, GENERALIZOVANÉ ÚZKOSTNÉ PORUCHY A PANICKÉ PORUCHY U CHRONICKÉ BOLESTI

## COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY OF DEPRESSION, GENERALIZED ANXIETY DISORDER AND PANIC DISORDER IN CHRONIC PAIN

JAROSLAVA RAUDENSKÁ<sup>1</sup>, ALENA JAVŮRKOVÁ<sup>2</sup>

<sup>1</sup> *Centrum pro léčbu bolesti a Subkatedra pro léčbu bolesti a akupunktury IPVZ, FN Bulovka, Praha*

<sup>2</sup> *Univerzita Karlova, 3. lékařská fakulta a FNKV, Neurologická klinika, Praha*

### SOUHRN

Článek se zaměřuje na kognitivně-behaviorální terapii léčby deprese, generalizované úzkostné poruchy a panické poruchy u pacientů s chronickou bolestí. V první části popisuje klinické projevy deprese, teorie jejich vzniku, specifické symptomy u bolestivých stavů, specifický vztah chronické bolesti a deprese v oblasti biologické, psychologické a sociální. Dále seznamuje s kognitivně-behaviorálními terapeutickými přístupy v léčbě deprese u pacientů s chronickou bolestí (edukace, stupňování aktivity, odvádění pozornosti od automatických negativních myšlenek, kognitivní restrukturalizace, strukturované řešení problémů). Ve druhé části definuje generalizovanou úzkostnou poruchu, systém jejího udržování, popisuje kognitivně-behaviorální terapii generalizované úzkostné poruchy (edukace, nácvik zvládnutí úzkosti, zvládnutí obávaných situací v reálném životě, plánování denních aktivit, řešení problémů). V další části popisuje hlavní znaky panické poruchy, teorie jejího vzniku, diferenciálně diagnostická specifika u pacientů s chronickou bolestí a metody kognitivně-behaviorální terapie k jejímu zvládnutí (edukace, zklidňující dýchání, interoceptivní expozice, zpochybňování katastrofických myšlenek, zvládnutí vyhýbavého chování). V závěru zdůrazňuje, že deprese, generalizovaná úzkostná porucha i panická porucha mají u pacientů s chronickou bolestí svá specifika, ke kterým je třeba v kognitivně-behaviorální terapii přihlížet.

*Klíčová slova:* kognitivně-behaviorální terapie, chronická bolest, deprese, generalizovaná úzkostná porucha, panická porucha

### SUMMARY

The article focuses on cognitive-behavioral therapy of depression, generalized anxiety disorder and panic disorder in chronic pain patients. First part of the article describes clinical symptoms of depression, theories of appearance of specific depression symptoms in chronic pain conditions, specific relationship between depression and pain in biological, psychological, and social areas. The article introduces cognitive-behavioral therapy in the management of depression in chronic pain patients (education, pacing activity, diverting of attention from automatic negative thoughts, cognitive restructuring, problem solving). Second part two emphasizes generalized anxiety disorder and how it works in circle, follows methods of cognitive-behavioral therapy (education, anxiety management, management of fearful situation in real life, planning of daily activities, problem solving). The article describes the main symptoms of panic disorder, theories of appearance, differential diagnostic of specific signs in patients with chronic pain and methods of cognitive-behavioral therapy for management (education, relaxation breathing, in vivo exposure, cognitive restructuring of catastrophic thinking, avoiding behavior management) in chronic pain patients. The article emphasizes that depression, generalized anxiety disorder, and panic disorder in chronic pain patients have specific aspects which should be respect in therapy.

*Key words:* cognitive-behavioral therapy, chronic pain, depression, generalized anxiety disorder, panic disorder

### Úvod

Základní faktory, které se mohou individuálně spolupodílet na vzniku a průběhu všech onemocnění, jsou faktory somatické, psychologické a behaviorální. Některé tělesné nemoci přímo vyvolávají organické duševní poruchy, nebo přispívají svým průběhem k alteraci psychického stavu. Psychologické faktory samotné mohou ovlivnit průběh somatických onemocnění. Diagnostické symptomy onemocnění v medicíně kladou důraz na objektivní příčinu klinických symptomů a způsobují často dualismus tělesné nebo psychické příčiny onemocnění, tedy i chronické bolesti. Ale somaticky nemocní pacienti mají

větší riziko vzniku některých psychiatrických onemocnění než zdravá populace. Žádné somatické onemocnění, ani chronická bolest, nikdy nevylučuje možnost vzniku psychiatrického onemocnění a naopak, což dokládá bio-psycho-sociální model chronické bolesti (Loeser a Turk, 2001) a systémové pojetí chronické bolesti (Raudenská a Javůrková, 2002).

Trvá-li bolest dlouho, je na překážku a pacienta sužuje. Chronická bolest jako komplexní zážitek se tedy projevuje ve složce somatické, ale také emoční, kognitivní a behaviorální. Ve složce somatické intenzitou, lokalizací, typem bolesti, dále ji provází somatické symptomy jako nespavost, anhedonie,

ztráta chuti k jídlu, potíže s hmotností, ztráta libida a zájmů, pokles energie, zvýšená únava, snížení výkonu, nesoustředěnost. Emoční složku bolesti charakterizuje vztek, strach, úzkost, smutná, pesimistická nálada s pocity beznaděje a bezvýchodnosti. Kognitivní složku chronické bolesti prezentují představy o jejím vzniku a udržování, očekávání léčby, pocity viny, subjektivní pocity vlastní výkonnosti, užití a možnosti zvládacích strategií a další. Behaviorální složku charakterizuje bolestivé chování, které zahrnuje snížení aktivity nebo vůbec vyhýbání se aktivitě, zaujímání určitých fyzických postojů, svalovou tenzi, ochranu bolestivých částí těla, stažení obličejových svalů, grimasování, vzdychání, hledání sociální opory, nadužívání léků a opakované vyhledávání lékařské péče.

U pacientů s chronickou bolestí jsou jedny z nejčastějších psychiatrických onemocnění deprese a úzkostné poruchy. Rizikové faktory vzniku deprese nebo úzkostných poruch jsou větší počet somatických onemocnění, větší počet bolestivých stížností, vyšší intenzita bolesti, snížení aktivity, funkční omezení (disability), dále větší množství léků, kouření, dietní návyky, stres, závislost na drogách, alkoholu a lécích, nedodržování léčby, sklony k agresivitě a další (Kashikar-Zuck et al., 2001; Raboch, 2001).

### Chronická bolest a deprese

Deprese se u pacientů s chronickou bolestí vyskytuje průměrně u 19-54% pacientů (Geisser et al., 2000; Rudy et al., 1988; Wilson et al., 2001). Výskyt se liší podle diagnóz, způsobu měření deprese; závisí také na množství a výběru pacientů a na kritériích samotné deprese. Může být vyvolána základním somatickým onemocněním, farmakoterapií, pacient může trpět depresí i jako základním premorbidním onemocněním. Při vzniku a rozvoji deprese u pacientů s chronickou bolestí je důležité zejména časové trvání bolesti, jehož důsledkem je snížení aktivit a nevládní situací, které bolest přináší (pacient nevládne svoji práci, nedojde do obchodu, nepředkloní se, nevyjde schody, neučeše se...). Podle Mareše (2002) u některých pacientů se rozvoji specifická fobie: strach z bolesti obecně (algofobie, odynofobie) nebo strach z pohybu, který by mohl vyvolat bolest (kineziofobie). Pacient se proto snaží i minimálnímu pohybu vyhnout (snížit bolest), snižuje tím však výrazně aktivitu, více odpočívá, zvládá mnohem méně aktivit. To potom ovlivňuje emoční stav, bolest může být doprovázena výraznou depresivní či úzkostnou symptomatologií.

K základním klasifikačním kritériím deprese patří příčina (v současné době se rozdíly stírají), polarita, intenzita, délka, míra, přítomnost psychotických rysů, bludů a halucinací a somatického syndromu (Raboch, 2001). Somatický syndrom deprese představuje tlak na hrudi nebo bolesti, ztráta chuti k jídlu, úbytek hmotnosti, ztrátu libida, zájmů a anhedonii, nedostatek emoční reaktivity, ranní probouzení a pesima, psychomotorický útlum nebo agitovanost. Bolesti se vyskytují asi u 50% pacientů s depresivním onemocněním, kteří mohou mít snížený práh a toleranci bolesti (Höschl, 1999). Často se stává, že si pacient zejména ve vyšším věku stěžuje na bolesti, které i mohou navazovat na předchozí onemocnění, podrobuje se mnoha somatickým vyšetřením, které jsou bez pozitivního patologického nálezu. Pacienti mají u lékaře tendenci stěžovat si více na tělesné obtíže než na smutnou náladu. Když už náladu popíše, často bývá popisována jako pesimistická, smutná, s pocity beznaděje, bezvýchodnosti a ztráty, může obsahovat vztek, strach, úzkost, nerozhodnost, bezmoc a

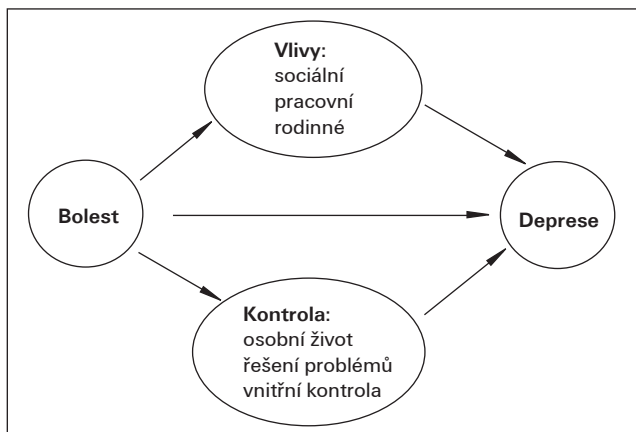
beznaděj. Kognitivními příznaky deprese jsou časté ruminace, hypochondrické a suicidiální myšlenky, depresivní a úzkostné myšlení, automatické myšlenky s negativním hodnocením sebe, okolí, budoucnosti, komplex méněcennosti, sebeobviňování. Obsahem depresivních bludů jsou často pocity viny, zájem o tělo a perzekuce. Z behaviorálních příznaků jsou to snížení aktivity, únava, hypobulie, vyhýbání se lidem. Časté je autodestruktivní jednání, 10-15% depresivních pacientů suiciduje a asi 60% má suicidiální myšlenky.

U pacientů, kteří trpí chronickou bolestí, může komplikovat diagnostiku deprese rozlišení somatických symptomů typických pro afektivní změny a chronickou bolest, často se somatické symptomy překrývají. Například intenzita bolesti koreluje pozitivně se somatickými symptomy v Beckově depresivní škále deprese jako jedné ze základních škál měřících depresi (BDI, 1999). Proto Wilson et al. (2001) alternativně nahradili pro pacienty s chronickou bolestí somatické symptomy deprese v BDI (změny v apetitu nebo váze, poruchy spánku, únava, snížená koncentrace pozornosti) alternativními somatickými symptomy deprese, což signifikantně neovlivnilo celkové skóre deprese. Základním kritériem pro diagnostiku deprese u pacientů s chronickou bolestí by měly být, podle výše citovaných autorů, tyto alternativní somatické symptomy: depresivní vzhled, sociální izolace, polehávání nebo posedávání, anhedonie, neschopnost těšit se z aktivit a snížená reaktivita na příjemné události.

Bolest a deprese mají tedy společné styčné body v oblasti somatické, ale také psychologické a sociální. Podle Rokyty (1999) jsou bolest i deprese výsledkem společného působení stresu na organismus. Stresory mohou působit v organismu psycho-neuro-endokrino-imunologicky, výsledkem mohou být různá onemocnění, například bolest, deprese nebo epilepsie. Všechny tři patologické stavy jsou doprovázeny změnami enkefalinů, endorfinů, serotoninu, substance P, aminů a dalších. Shodně se při bolesti i depresi snižuje serotonin a noradrenalin, při depresi se navíc snižují monoaminy a dopamin. Proto farmakologická léčba bolesti a deprese může být shodná. Analgeticky působí antidepresiva nejen u depresivních pacientů s chronickou bolestí, ale i u nedeprativních pacientů, u kterých stačí podat poloviční dávky antidepresiv, jejichž nástup je rychlejší než v klasické indikaci.

Vznik a rozvoji deprese u pacientů s chronickou bolestí ovlivňují zejména důsledky chronické bolesti, a to snížení aktivit a nevládní situací. Tento přístup je podložen kognitivně-behaviorální teorií vzniku deprese u pacientů s chronickou bolestí, kterému se budeme dále věnovat. Na základě adaptačního behaviorálního Lewinsohnova modelu deprese (1974, in Rudy et al., 1988) se pacient s chronickou bolestí stává depresivní postupně tak, jak se jeho aktivita v důsledku bolesti snižuje, ztrácí práci, koníčky, nebo se nemůže aktivně účastnit volného času s rodinou nebo přáteli. Snížení aktivity, jako základní faktor při vzniku deprese, však neudávají všichni pacienti s chronickou bolestí, omezení pohybu mohou kompenzovat v jiných oblastech.

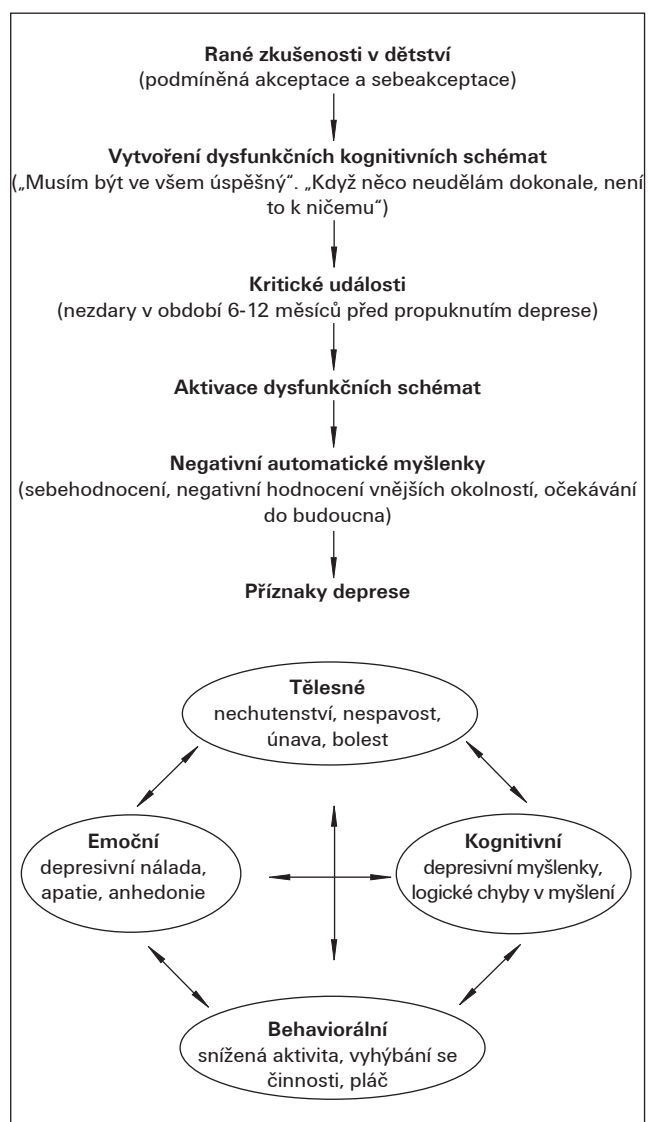
Kognitivní model deprese zdůrazňuje roli životních událostí, stresu, beznaděje, sníženého sebehodnocení a zvládní (coping). Rudy et al. (1988) ve svém výzkumu prokázali, že nejdůležitějším faktorem ve vývoji deprese u chronické bolesti je právě nedostatek zvládní situací (obr. 1). Podle Estlander (1996) je při depresi kognitivní zkresení, s negativními představami se vytváří nefunkční postoje k nemoci a bolesti.



Obr. 1: KB model vztahu chronické bolesti a deprese (Rudy et al., 1988)

Objevují se automatické negativní myšlenky popsané Beckem jako negativní kognitivní triáda: negativní sebehodnocení („kvůli bolesti už nic nezvládnou“), negativní hodnocení vnějších situací („lékařům se nedá věřit“) a negativní očekávání do budoucna („bolest nikdy neskončí“).

Kognitivně-behaviorální model deprese tedy integruje behaviorální a kognitivní charakteristiky; obrázek 2 ilustruje



Obr. 2: Kognitivně-behaviorální model deprese (Fennel 1989, in Možný a Praško, 1999)

příznaky deprese ve všech oblastech chování nemocného, tj. kognitivní, behaviorální, somatické a emoční. Předpokládá, že deprese je výsledkem bolesti udržovaného snížení fyzické aktivity, sociálních aktivit a snížené možnosti tyto situace zvládat (Sullivan a Turk, 2001).

### Kognitivně-behaviorální terapie deprese

V léčbě deprese u pacientů s chronickou bolestí se užívá dynamická psychoterapie, interpersonální psychoterapie, v poslední době nejčastěji kognitivně-behaviorální (KB) terapie. Kombinace KB terapie s farmakoterapií se jeví jako nejúčinnější v ovlivnění depresivních příznaků (Praško et al., 1998). Prakticky se aplikují následující KB metody: edukace, postupné zvyšování aktivity, odvádění pozornosti od automatických negativních myšlenek, kognitivní restrukturalizace a řešení problémů (Možný a Praško, 1999).

*Edukace* by měla probíhat po celou dobu terapie. Pacientovi je vhodné nejdříve vysvětlit systémové propojení jednotlivých modalit u chronické bolesti, kde deprese je součástí emoční komponenty bolesti, dále popsat KB model deprese (viz obr. 2) a souvislost mezi jednotlivými příznaky deprese. Vhodné je také vysvětlit pojmy jako „automatické negativní myšlenky“, „logické chyby v myšlení“ a „dysfunkční kognitivní schémata“.

Pacient s chronickou bolestí odmítá pohyb, protože má strach z bolesti, rehabilitační léčba byla doposud příliš náročná a tak selhala nakonec i lázeňská péče, což prohloubilo další snížení aktivity a neschopnost pacienta problém zvládnout. Proto se terapie deprese v léčbě bolesti začala zpočátku orientovat v oblasti behaviorální na *stupňování aktivity* a výcviku plánování aktivit, které přináší pacientovi potěšení k posílení adaptivního chování. Do předem připravených diářů pacient zapisuje všechny aktivity (tím se zpochybňuje jeho přesvědčení, že „nedělá nic, že s bolestí prakticky nic nezvládne“), současně zapisuje jakou měl náladu a jak ho aktivita těšila. Tak si uvědomí, že ho některé aktivity během dne těší více než jiné. Dalším krokem je plánování činnosti na další den a postupné zařazování činností, které ho tolik netěší. To mění myšlenky „nejsem s tou bolestí k ničemu“, „nic s tou bolestí nezvládnou“. U pacientů s chronickou bolestí se postupně zvyšování aktivity kombinuje s rehabilitací, využívají se posilovací a protahovací cvičení individuálně vhodné pro pacienty s chronickou bolestí, postupně se cvičení stupňuje, tím se zároveň užívá expozice. Za zvládnutí každého kroku se pacient odmění, odměnu si zaznamená.

*Odvádění pozornosti od automatických negativních myšlenek* se provádí technikou „zastavení myšlenky“ (stop technika), která se kombinuje s technikou zpochybňování negativních myšlenek nebo expozicí. Cílem stop techniky je poskytnout pacientovi kontrolu nad nepříjemnými myšlenkami nebo představami, nebo je omezit a zkrátit. Pacient si vytvoří seznam nejobvyklejších nutkavých myšlenek a situací, ve kterých se objevují („jsem nemožná, zase ten úklid kvůli bolesti nezvládnou“, „ty schody zase nevyjdu“), pak si vytvoří seznam tří až čtyř uklidňujících myšlenek a představ (vzpomínka na příjemný zážitek, uklidňující scéna z filmu atd.). Při vybavování nutkavých představ pomocí slova „Stop“ se pacient lekne a jeho myšlenky se přeruší, a jeho úkolem je vybavovat si uklidňující představu, později je instruován pokyn stop ztišovat, až si ho jen šeptá nebo říká v duchu. Teprve potom se technika nacvičuje v běžných denních situacích. Postupuje



psychoanalýza, skupinová dynamická psychoterapie a kognitivně-behaviorální terapie. Úspěšná terapie je podle Praškové a Praška (2000) kombinací specifické metody kognitivně-behaviorální terapie a podávání benzodiazepinů a antidepresiv u panické poruchy, u úzkostné poruchy klasických i moderních antidepresiv a u smíšené úzkostně depresivní poruchy antidepresiv se zpětným vychytáváním serotoninu.

### Generalizovaná úzkostná porucha (GÚP)

Generalizovanou úzkostnou poruchu definuje Možný a Praško (1999) jako pocit nepřiměřené trvalé úzkosti a obav, který není vázán na konkrétní situace či objekty a nevede přímo k systematickému vyhýbavému chování. Pacienti udávají jako hlavní symptomy GÚP somatické příznaky, například zvýšené svalové napětí, vyčerpanost, bolesti hlavy, bolesti v zádech, pocit sevření na hrudi, bušení srdce, závratě, pocení, nevolnost, trávicí potíže s průjmy, nucení na močení, problémy se spánkem, soustředěním a podrážděnost. Pacienti s GÚP mají problém se uvolnit, odpočívat, potíže se zhoršují právě v době, kdy se nic neděje, jako o dovolené, o víkendu, v klidu nebo o samotě. Při rozvoji této poruchy hrají svoji úlohu i genetické predispozice (Raboch a Zvolský et al., 2001). Pacienti s generalizovanou úzkostnou poruchou často jako základní symptom při komunikaci se somatickým lékařem uvádí chronické bolesti hlavy, břicha, zad nebo na hrudi (somatický symptom úzkosti), protože v případě, že by se lékaři s úzkostí svěřili, mají obavy ze stigma psychiatrického pacienta. Proto jsou často léčeni pouze farmakologicky a bez objasnění psychologické příčiny chronické bolesti.

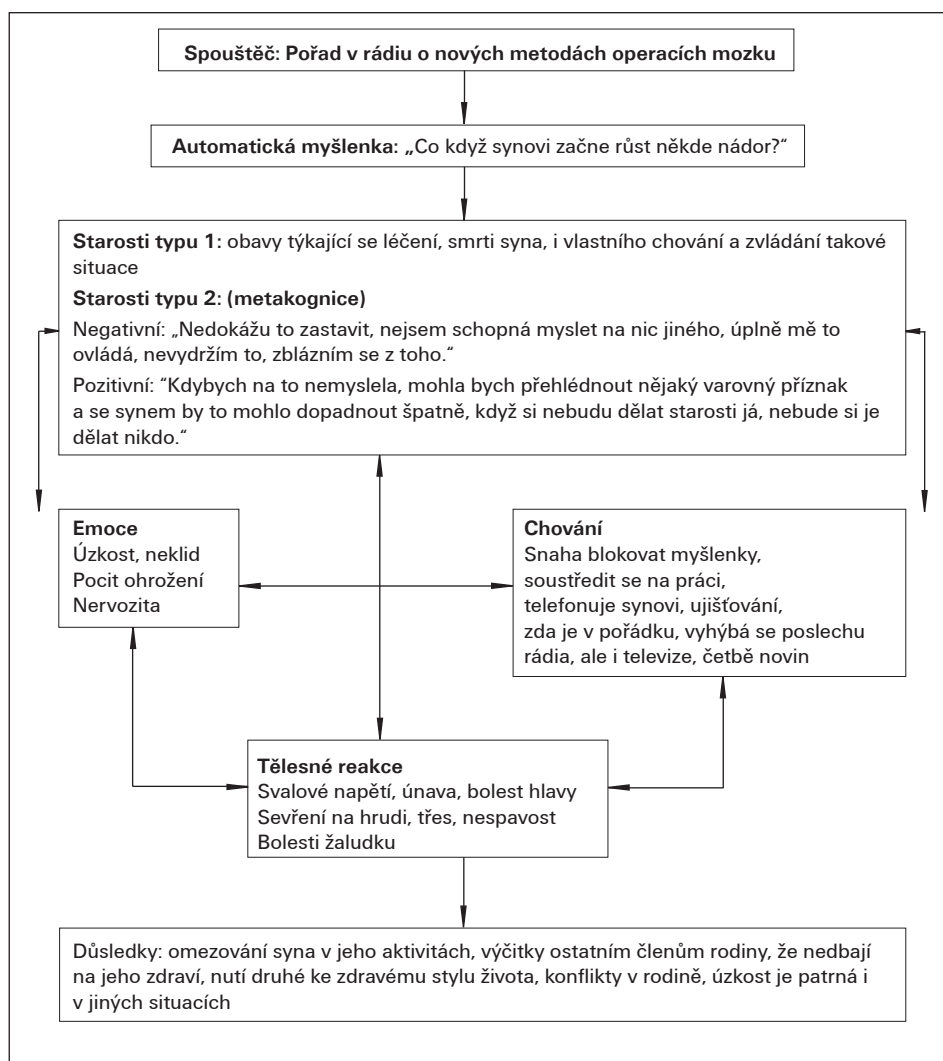
Úzkost se objevuje tehdy, když má pacient pocit, že množství nebo závažnost vnímaného ohrožení přesahuje jeho schopnost tomuto ohrožení čelit. Kognitivně-behaviorální model úzkostné poruchy ukazuje obrázek 4. Z tohoto hlediska se rozlišují dva typy starostí. První se týkají *vnějších událostí* („Co když se mi něco stane?“, „Co když onemocním ještě více?“). Pacienti jsou přesvědčeni, že se vyhnou ohrožení tak, že budou všem rizikům věnovat maximální pozornost. Starosti druhého typu spočívají v *negativním hodnocení vlastních, úzkostných myšlenek*, které jsou buď negativního typu: „Já se z těch starostí kolem bolesti zblázním, jestli na to budu pořád myslet, tak tu bolest přivolám“, nebo pozitivního typu: „Když si dělám starosti, alespoň nic kolem bolesti nezanedbám.“ Nemocní se snaží starosti potlačit, ale jsou rušeni starostmi prvního typu, o své vlastní zdraví, že přehlédnou

nějaký varovný příznak či symptom a něco hrozného se s nimi skutečně stane. Podle našeho názoru normální starosti u pacientů prvního typu způsobují rozvoj GÚP až tehdy, když jsou doprovázeny starostmi druhého typu, metakognicemi-myšlenkami o starostech s bolestí.

Pacienti trpící GÚP se bojí nedělat si starosti a zároveň i toho, že si starosti dělají. Snaží se tomu zabránit tak, že se neustále pozorují, zda nehrozí nebezpečí, nebo vytváří „zabezpečující chování“, které má zabránit tomu, aby k ohrožení došlo, nebo úmyslně odvádí pozornost od těchto starostí. Takové vyhýbavé chování je u některých pacientů těžko zjištělné, protože je obvykle na kognitivní úrovni („Nesmím na ten strach z bolesti pořád myslet“) a není vázáno na konkrétní situaci. A právě to brání pacientům přesvědčit se o tom, že i kdyby si starosti přestali dělat, nevedlo by to k žádným katastrofickým důsledkům, kterých se obávají. V důsledku výše uvedeného kognitivního stylu mají pacienti s GÚP malou schopnost řešit své problémy systematicky. To vyvolá exhausti, neúspěch, katastrofická očekávání se opravdu naplňují, je tu mnoho priorit k řešení a zvládnání, denní režim je tak zaplněn obavami z mnoha problémů a pacienti se velmi obtížně rozhodují, který problém vlastně začít řešit (Možný a Praško, 1999).

### Kognitivně-behaviorální terapie GÚP

V KB léčbě generalizované úzkostné poruchy se použí-



Obr. 4: Kognitivní model „bludného kruhu“ generalizované úzkostné poruchy (Možný a Praško, 1999)

vají tyto metody: nácvik zvládnání úzkosti, řešení problémů a expozice vůči starostem.

Vzhledem ke komplexnosti ovlivnění úzkosti ve všech oblastech života pacienta se uplatňuje *edukace* o povaze GÚP, o vyhýbání se myšlenkám, představám i o zjevném vyhýbavém chování určitým situacím. Cílem je, aby pacient pochopil, že jeho uzdravení se uskuteční změnou myšlení a jednání a že je třeba se naučit čelit situacím, které budí úzkost. Základem edukace je vysvětlení propojení fyziologických a somatických symptomů úzkosti, jako je bolest hlavy, bolesti žaludku, bolesti nohou, bolesti na hrudi a nespecifické bolesti v různých částech těla. Dále je třeba pacienta učit rozpoznávat a zpochybňovat platnost úzkostných automatických negativních myšlenek a přímo *zvládat obávané situace v reálném životě*, nejdříve pomocí hraní rolí nebo ve fantazii, postupně zvyšovat náročnost úkolů a *plánovat denní aktivitu*.

Pacient se musí naučit problémy, které ho trápí, nejdříve zformulovat, navzájem odlišit a potom seřadit podle naléhavosti a pochopit, jak spolu souvisí. Potom přistoupíme k *řešení problémů*, naplánujeme praktické uskutečnění, společně zhodnotíme jeho úspěšnost či neúspěch. Odpovědnost postupně přenášíme na pacienta. Jako doplňující metody lze někdy užít nácvik sociálních dovedností či asertivitu.

*Expozice vůči starostem* je metoda nejnáročnější pro terapeuta i pacienta. Nejdříve seřadíme s pacientem starosti podle závažnosti. Požádáme ho, aby si představil, že se stalo to, co mu dělá starosti, a co nejhoršího by to mohlo v jeho životě zaznamenat („Co když syn onemocní?“). Představu nejhoršího možného následku si potom pacient představuje co nejživěji po dobu asi 30 minut. Během expozice si zaznamenává míru úzkosti. Tuto expozici provádí i mimo sezení a sám přechází k dalším, jestliže podle předem sestaveného seznamu ty méně složité již úzkost nezbuzují (Možný a Praško, 1999).

### Panická porucha

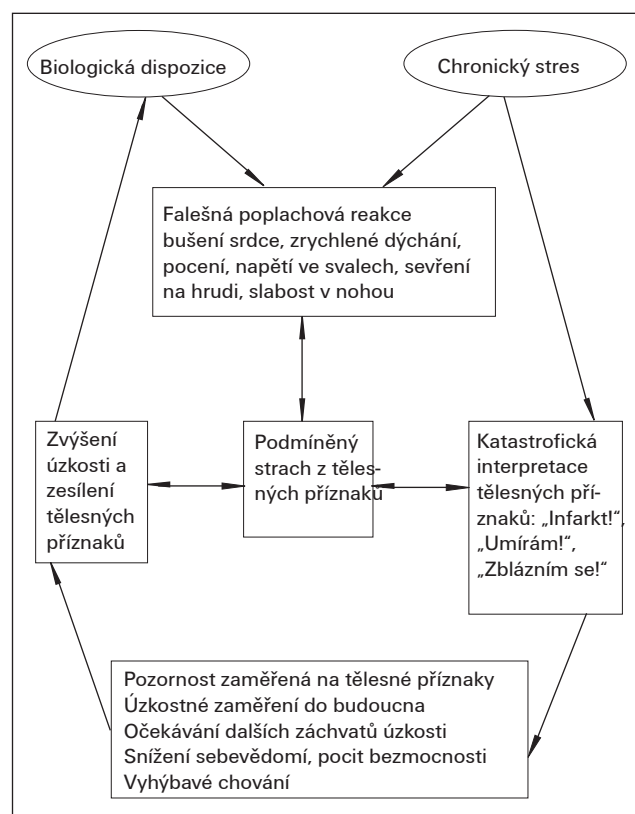
Hlavním znakem panické poruchy jsou opakované a náhlé záchvaty silné úzkosti (paniky), které nejsou vázány na určitou situaci, a proto je pacient nedokáže předvídat. Při záchvatu se objevuje u pacienta pocit, že se stane něco hrozného, že nad sebou ztrácí kontrolu, obává se ztráty zdravého rozumu, má bezprostřední pocit ohrožení života, který je doprovázen velmi silnými tělesnými symptomy úzkosti (bušení srdce, bolesti na hrudi, píchání a bolesti u srdce, dušení, pocení, třes, pocity na zvracení, bolesti břicha nebo žaludku, zrychlené dýchání, které změnou pH vyvolá křeče v končetinách a pocity depersonalizace a derealizace). V chování se vyskytuje buď snaha utéci, nebo se pacient zhroutl na zem a není schopen se pohybovat. Záchvat paniky může trvat několik minut až hodin. Po odeznění je pacient vyčerpaný, roztřesený, vyděšený a začne se systematicky obávat dalšího záchvatu. Tak se začne vyhýbat situacím, ve kterých záchvat dostal, rozvíjí se klasická agorafobie.

Podle Sullivana a Turka (2001) je základním problémem pacientů s panickou poruchou strach z nediodagnostikované, závažné a život ohrožující nemoci. Většinou jsou tito pacienti dlouhou dobu somaticky vyšetřováni, než se stanoví příslušná diagnóza panické úzkosti, a často jsou dlouho v pracovní neschopnosti. Panická porucha se vyskytuje dvakrát častěji u žen než u mužů a tito pacienti končí většinou v ordinaci somatických lékařů, k psychiatrovi se dostávají až po vyšetření nejméně třemi lékaři. Asi 70% pacientů dokáže popsat před

vznikem první ataky stres nebo závažné životní události, které nějakým způsobem představují možnost ohrožení v blízké budoucnosti (Možný a Praško, 1999). Pacienti s panickou úzkostí se často obávají míst, kde není možné uniknout v případě, že by měli záchvat paniky (velké prostranství, nebo naopak výtah). Až dvě třetiny pacientů s panickou úzkostí trpí i depresivní poruchou (Ballenger, 1998; Sullivan a Turk, 2001).

Existují různé teorie vzniku panické poruchy (Možný a Praško, 1999). Biologické teorie předpokládají, že v důsledku vrozené dispozice reagují na signály ohrožení někteří jedinci silněji než druzí a spouštěčem této poplachové reakce by mohla být nadměrná aktivita mesencefalického jádra locus coeruleus. Podle teorie interoceptivního podmínění je úzkost spouštěna určitými podněty z vnitřního prostředí, například zrychlením tepu, zvýšením krevního tlaku, závratí při změně polohy, přičemž jde o podmíněnou reakci. Hyperventilační teorie objasňuje, že protrahovaná hyperventilace spojená se stavem úzkosti způsobí další tělesné příznaky, jako je točení hlavy a křeče v končetinách. Podle kognitivně-behaviorální teorie (viz obrázek 5) je opakování panických záchvatů způsobeno trvalým sklonem interpretovat různé tělesné pocity (bušení srdce, napětí ve svalech, zrychlené dýchání) jako signály katastrofy, tj. fyzického či psychického zhroucení. Katastrofická interpretace vytváří bludný kruh vrcholící panickým záchvatem. Vyhýbavé chování je dalším udržovacím faktorem poruchy, pacient se vyhýbá tělesné námaze, aby se chránil například před infarktem, epileptickým záchvatem nebo bolestí, vyhýbá se situacím, kde by se mu v případě záchvatu nedostalo lékařské pomoci (odjezd na dovolenou), takže se nikdy nemůže přesvědčit, že jeho příznaky by ustoupily a že nejsou nebezpečné.

Diferenciální diagnostika u pacientů s panickou poruchou



Obr. 5: Kognitivní model „bludného kruhu“ panické poruchy (Možný a Praško, 1999)

se zaměřuje na jiná záchvatovitá onemocnění, zejména epilepsii, dále na srdeční arytmiie, lékové intoxikace a syndrom závislosti. Asi 25 % pacientů, kteří přicházejí na pohotovost s akutní bolestí na hrudi, jsou právě pacienti s panickou poruchou. Bolest na hrudi je jednou z nejčastějších stížností, ale specifická somatická příčina těchto bolestí je většinou nalezena pouze u 10% pacientů. Diagnóza panické poruchy nevyklučuje srdeční ani jiné záchvatovité onemocnění, protože i pacienti s koronární chorobou mohou onemocnět panickou poruchou (Sullivan a Turk, 2001). Dále bylo zjištěno, že pacienti s akutním iritačním syndromem u bolestí břicha až ve 41 % trpěli panickou poruchou (Reilly et al. 1999; Sullivan a Turk, 2001). Také 15% žen a 13% mužů s chronickými bolestmi hlavy trpí navíc panickou poruchou. Symptomy úzkosti většinou předcházejí začátku bolesti hlavy na rozdíl od depresivních symptomů, které častěji následují po proběhlé bolesti. Podle Sullivana a Turka (2001) existuje společná predispozice u migrény, chronické denní bolesti hlavy, úzkostných poruch a deprese.

### Kognitivně-behaviorální terapie panické poruchy

Terapie záchvatovitých stavů úzkosti spočívá v edukaci, návčiku zklidňujícího dýchání, interoceptivní expozici, zpochybnování katastrofických myšlenek a zvládnutí vyhýbavého chování.

*Edukace* znamená poučení pacienta o povaze panické poruchy, tzn. jak porucha vzniká a jakými faktory se udržuje. Prakticky je třeba se věnovat všem záchvatům úzkosti u pacientů se somatickým onemocněním. Po behaviorální a funkční analýze můžeme u pacientů k edukaci o úzkosti využít teoretická východiska chování a učení. Lang (in Možný a Praško, 1999) vytvořil modality chování při úzkosti, které je třeba sledovat na všech úrovních. Rozlišuje se kognitivní úroveň úzkosti (na co myslí), emoční úroveň úzkosti (co prožívá), fyziologická úroveň úzkosti (tep, krevní tlak, atd.), behaviorální úroveň úzkosti (co při úzkosti dělá). Zajímá nás co nejpřesnější popis problematického chování, protože každá z výše uvedených modalit má svoje dimenze: frekvenci, trvání a intenzitu.

S těmi pacienty, kde je pro vznik ataky klíčová hyperventilace, navčujeme *zklidňující dýchání* (zejména v domácím prostředí) a zvládání tělesných pocitů, které si pacient úmyslně hyperventilací vyvolává. Cílem je, aby byl schopen přejít ke klidnému dýchání automaticky vždy, když ucítí první známky panického záchvatu.

*K interoceptivní expozici* můžeme přejít tehdy, jakmile pacient zvládá zklidňující dýchání, případně svalovou relaxaci, nebo zklidňující samomluvu, prostřednictvím kterých se snaží mít tělesné příznaky pod kontrolou. Tělesné příznaky panické úzkosti doporučují Možný a Praško (1999) vyvolat hyperventilací nebo tělesným cvičením (jako je běh do schodů či jízda na rotopedu k bušení srdce, točení na židli k točení hlavy, dýchání přes brčko k pocitu dušení). Vliv katastrofických myšlenek se může pacientovi demonstrovat čtením slov, která v něm vyvolávají úzkost, nebo tím, že ho požádáme, aby si představoval nahlas situaci, které se obává, a nahlas říkal, co mu v té situaci běží hlavou.

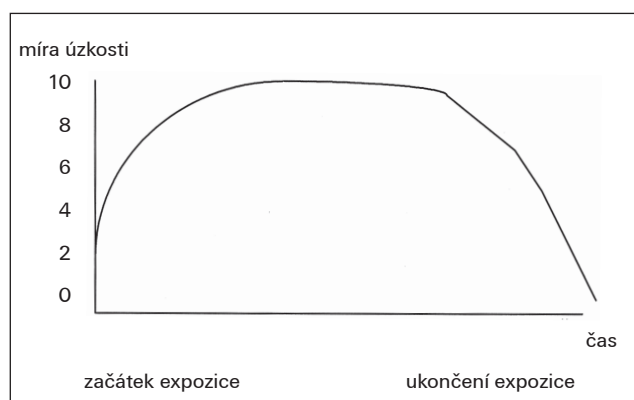
*Zpochybnování katastrofických myšlenek* („Infarkt!“, „Umírám!“, „Zblázním se!“) se provádí podle seznamu od nejlehčích po složitější, a to prostřednictvím vhodných otázek a hledáním uklidňujících odpovědí, které sníží emoční vliv katastrofických interpretací. Je nutné uklidňující odpovědi intenzivně procvičovat, aby se v případě záchvatu objevily zcela automaticky, nebo je pacient může zpočátku nosit při sobě napsané na papírku a při každé příležitosti si je procvičovat.

*Zvládnutí vyhýbavého chování* je u pacientů nutné, protože se vyhýbají zejména těm situacím, kde mají strach, že dostanou záchvat paniky. Možný a Praško (1999) doporučují postupovat stejně jako u pacientů s agorafobií, tj. vytvořit program postupné expozice in vivo vůči obávaným situacím. Před expozicí in vivo je třeba provést expozici v představě, protože pro pacienty je obtížné strach ze záchvatu překonat.

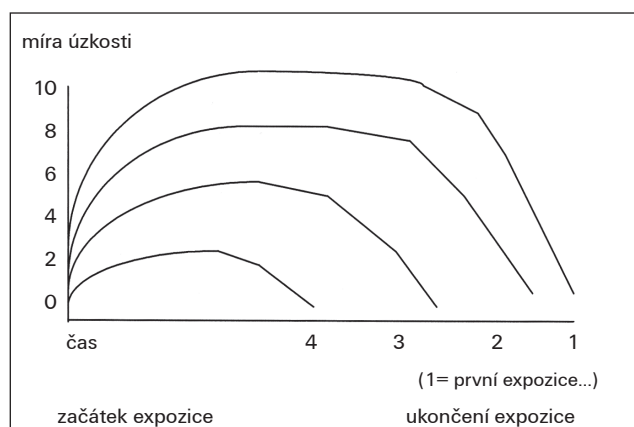
*Expozice* je nejrozšířenější behaviorální metodou v terapii úzkostných poruch. Její základní rys spočívá v tom, že se pacient vystaví (exponuje) podnětu či situaci, která v něm vyvolává úzkost a které se až dosud vyhýbal, a naučí se tak tento pocit strachu a úzkosti vydržet a zvládnout. Přitom se přesvědčí, že katastrofické důsledky, jichž se obával, např. „omdlím“, „přestanu se ovládat“, „ztrapním se“ apod., nenastanou, že intenzita úzkosti se po počátečním rychlém vzestupu ustálí na určité hladině, tzn. že nevzrůstá do nekonečna a po určité době začne spontánně klesat, i když pacient v určité situaci setrvá (viz obrázek 6). Přesvědčí se, že prožitek úzkosti lze zvládnout a lze nad ním získat kontrolu. Při opakované expozici těžké situace nastává habituace, míra úzkosti v této situaci je postupně nižší a nižší a její spontánní pokles je stále rychlejší (viz obrázek 7). Je to způsobeno jak fyziologickými, tak kognitivními změnami. Pacient začne být schopen v obávané situaci konstruktivně uvažovat a uklidňovat se, přestane se cítit bezmocný a začne si věřit, že dokáže situaci sám zvládnout.

### Závěr

Vznik a koexistenci deprese, generalizované úzkostné poruchy i panické poruchy s chronickou bolestí jsou zřejmě



Obr. 6: Průběh úzkosti během expozice (Možný a Praško, 1999)



Obr. 7: Průběh úzkosti během opakované expozice (Možný a Praško, 1999)

důvody psychologické, sociální a biologické. Terapie deprese a úzkostných poruch by neměla být v rámci systémového pojetí chronické bolesti opomíjena, má u pacientů s chronickou bolestí svá specifika, ke kterým je třeba v kognitivně-behaviorální terapii přihlížet. Při iracionálním hodnocení chronického onemocnění a při omezení aktivit v důsledku chronické bolesti má jedinec tendenci k negativnímu sebepojetí, negativnímu pohledu na svět i budoucnost, což vyvolá beznaděj, bezmoc a cestou bludného kruhu se zhoršují i somatické příznaky chronické bolesti. Kognitivně-behaviorální terapie zaměřená na léčbu deprese v rámci celostního programu léčby chronické bolesti je neúčinnějším nástrojem, který pomáhá odstraňovat narušená kognitivní schémata a učí adaptivnímu chování u obou procesů, tedy chronické bolesti i deprese. Kognitivně-behaviorální terapie je také plně indikována i u úzkostných poruch. Zejména u těch pacientů s chronickou bolestí, kteří buď mylně interpretují normální vnitřní fyziologické stimuly bolesti, například při katastrofické interpretaci normálních dějů u záchvatů panické úzkosti, nebo u těch pacientů, kde je generalizovaná úzkost mechanismem vyrovnávání se se stresem v jejich okolí.

#### Literatura

- Ballenger JC. Comorbidity of Panic and Depression: Implications for Clinical Management. *Int Clin Psychopharmacol* 1998; 13(Suppl 4): 13-7.
- Beckova subjektivní škála deprese (BDI). Psychodiagnostika, Brno, 1999.
- Březáková J. Odborná stáž v Input Pain Management Unit St. Thomas' Hospital London. *Bolest* 1998; 2: 52-3.
- Estlander A. Assessment of Cognitive Variables and Depression in Patients with Chronic Pain. In: Campbell, J. (Ed), *Pain 1996—an Updated Review*. Seattle, IASP Press 1996: 505-512.
- Geisser M, Roth R, Theisen M. et al. Negative Affect, Self-Report of Depressive Symptoms and Clinical Depression: Relation to the Experience of Chronic Pain. *The Clinical Journal of Pain* 2000; 16: 110-120.
- Höschl C. Bolest a deprese. *Bolest* 1999; 3: 113-5.
- Kashikar-Zuck S, Goldschneider R, Powers W et al. Depression and Functional Disability in Chronic Pediatric Pain. *The Clinical Journal of Pain* 2001; 17: 341-9.
- Loeser J, Turk D. Multidisciplinary Pain Management. In: Loeser J. (Ed.) *Bonica's Management of Pain*. Philadelphia, Lippincott Williams and Wilkins, 2001: 2067-2079.
- Mareš J. Strach z bolesti: teorie a empirické výzkumy. *Bolest* 2002; 5(1): 17-27.
- Mezinárodní klasifikace nemocí. 10. revize. Praha, Psychiatrické Centrum, 1992.
- Možný P, Praško J. Kognitivně behaviorální terapie. Úvod do teorie a praxe. Praha, Triton, 1999.
- Praško J, Seifertová D, Kosová J et al. Trpíte depresí ve vyšším věku? Příručka pro starší nemocné trpící depresí. Praha, Maxdorf, 1998.
- Prašková H, Praško J. Úzkostné a fobické poruchy. Malá psychiatrie pro praktické lékaře. Praha, Galén, 2000.
- Raboch J. Duševní poruchy v praxi jiných lékařů. In: Raboch J, Zvolský P. et al. *Psychiatrie*. Galén, Praha, 2001: 546-560.
- Raboch J, Zvolský P et al. *Psychiatrie*. Galén, Praha, 2001.
- Raudenská J, Javůrková A. Možnosti kognitivně behaviorální terapie v léčbě somatických onemocnění (model chronické bolesti u pacientů s kognitivními poruchami). *Bolest* 2002; 5(3): 164-7.
- Reilly J, Baker G, Rhodes J et al. The Association of Sexual and Physical Abuse with Somatization: Characteristics of Patients Presenting with Irritable Bowel Syndrome and Non-epileptic Attack Disorder. *Psychol Med* 1999; 29(2): 399-406.
- Rokyta R. Bolest a deprese. *Bolest* 1999; 3: 112.
- Rudy E, Kerns D, Turk D. Chronic Pain and Depression: Toward a Cognitive-behavioral Mediation Model. *Pain* 1988; 35: 129-140.
- Sullivan M, Turk D. Psychiatric Illness, Depression and Psychogenic Pain. In: Loeser J. (Ed.), *Bonica's Management of Pain*. Philadelphia, Lippincott Williams and Wilkins, 2001: 484-450.
- Turner J, Romano J. Cognitive-Behavioral Therapy for Chronic Pain. In: Loeser J. (Ed), *Bonica's Management of Pain*. 2001, Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 1751-1758.
- Wilson K, Mikail F, D'Eon J, Minns J. Alternative Diagnostic Criteria for Major Depressive Disorder in Patients with Chronic Pain. *Pain* 2001; 91: 227-234.
- Williams AC de C. Psychological Techniques in the Management of Pain. In: Thomas N. (Ed), *Pain: Its Nature and Management*. London, Bailliere Tindall, 1997: 88-93.

*PhDr. Jaroslava Raudenská, Ph.D.*

*Centrum pro léčbu bolesti  
a Subkatedra pro léčbu bolesti a akupunktury IPVZ  
FN Bulovka, Budínova 2, Praha 8, 180 81  
e-mail: jaroslava\_raudenska@yahoo.com*

*Do redakce došlo: 6. 12. 2002  
Přijato k publikaci: 12. 2. 2003*