

PANICKÁ PORUCHA V AMBULANCI INTERNISTY

MUDr. Josef Chval¹, MUDr. Viola Chvalová²

¹Psychiatrická léčebna Dobřany, interní oddělení

²Psychiatrická léčebna Dobřany, Psychiatrická ambulance Plzeň

Panická porucha je častá psychická porucha, projevující se opakovanými nečekanými záchvaty masivní úzkosti, provázené výraznou somatickou symptomatologií. Z více důvodů se tito nemocní v první fázi ocitají v ambulancích somatických lékařů a jsou častými návštěvníky lékařské pohotovosti. Přestože se jedná o časté onemocnění, je panická porucha stále mezi odborníky jiných specializací než psychiatrie málo známá a často nediagnostikovaná. Neléčené onemocnění pak chronifikuje a podstatně snižuje kvalitu života nemocného, přitom při správné diagnóze je panická porucha dobře léčitelná farmakologicky i psychoterapií.

Klíčová slova: panická porucha, úzkost, somatické příznaky, antidepressiva, benzodiazepiny, psychoterapie.

PANIC DISORDER IN OUTPATIENT INTERNAL CLINIC

Panic disorder is a frequent mental disease, manifested by repeated unexpected attacks of great anxiety, combined with marked somatic symptoms. For many reasons, these patients visits internists, specially in the early stage of their disease, and are frequently met by doctors in outpatient clinics. Although it is a common disease, doctors in other specialities are not familiar with panic disorder and frequently it is not diagnosed at all. Thus untreated disease often became chronic and considerably lowers quality of life of patients. Nevertheless, if correctly diagnosed, panic disorder could be cured pharmacologically and even psychologically.

Key words: panic disorder, anxiety, somatic symptoms, antidepressant, benzodiazepins, psychotherapy.

Interní Med. 2007; 9(7–8): 338–342

Úvod

Podle kritérií americké psychiatrické společnosti onemocní někdy během svého života téměř polovina populace nějakou duševní poruchou. K nárůstu výskytu celosvětově dochází především u úzkostných a afektivních poruch a stále častěji se s těmito poruchami setkávají ve své praxi lékaři všech specializací. O příčinách tohoto nárůstu můžeme jen spekulovat, uplatnit se mohou zvyšující se nároky společnosti na jedince, zrychlující se životní tempo, snížená odolnost jedince, nezdravý životní styl, zhoršené životní prostředí a další možné vlivy. Panická porucha se podle MKN-10 řadí mezi úzkostné poruchy, tedy mezi onemocnění, která na první pohled nepatří do kompetence interního lékaře. Vzhledem k výrazné somatické symptomatologii, která v klinickém obraze obvykle dominuje, je právě internista, praktický lékař nebo neurolog pro pacienta s panickou poruchou lékařem prvního kontaktu, který by měl poruchu diagnostikovat nebo na ni vyslovit podezření a pacienta doporučit k psychiatrickému vyšetření. Přestože v ambulancích somatických odborníků, zejména internistů a kardiologů, mohou tito pacienti tvořit až 20 % klientely, je panická porucha stále mezi odborníky jiných specializací než psychiatrie málo známá, až v 50 % nediagnostikovaná, a tedy neléčená. Pokud jsou již pacientovy potíže identifikované jako „psychické“, jsou často léčené nesprávně. Navíc pacienti ze strachu ze stigmatizace často odmítají psychiatrické vyšetření. Předpokládá se, že 20–40 % nemocných s panickou poruchou není v péči psychiatra, ale v péči praktického lékaře, internisty a dalších odborníků, proto je pro tyto odborníky důležité na toto onemocnění

ní myslet a znát možnosti účinné léčby. Neléčené onemocnění chronifikuje a podstatně snižuje kvalitu života nemocného, i když z praxe ambulantního psychiatra lze konstatovat v poslední době zlepšování situace – do psychiatrické ambulance stále častěji přicházejí pacienti s panickou poruchou, správně léčení antidepressivy.

Epidemiologie

Panická porucha je poměrně časté onemocnění, celoživotní prevalence je 1,5–3,5 %, ale ojedinělou ataku panické úzkosti někdy v životě zažije až 15 % populace. Porucha se vyskytuje 2x častěji u žen než u mužů, pomoc vyhledávají nejčastěji lidé ve 3. dekádě života.

Klinický obraz a průběh

Panická porucha je definovaná jako opakované ataky masivní úzkosti (paniky), které nejsou vázané na žádnou konkrétní situaci (na rozdíl od záchvatů úzkosti u fobických poruch), nelze je tedy předvídat, vznikají náhle z plného zdraví. Záchvaty úzkosti jsou provázené řadou intenzivně vnímaných somatických příznaků. Tyto příznaky jsou různé u různých pacientů, ale typicky se vyskytují palpitace, bolesti na hrudi, pocity dušení nebo dechového dyskomfortu, závratě, parestézie, dále pocity derealizace, depersonalizace. Pacienti popisují strach ze smrti, ze ztráty sebe-kontroly, z náhlého zešílení. Délka trvání panického záchvatu je nejčastěji 5–20 minut, až výjimečně do 1 hodiny. Frekvence výskytu atak je různá, obvykle stoupá s prodlužující se délkou onemocnění, ataky se mohou dostavit i několikrát denně. U pacienta se rozvíjí strach z další ataky – tzv. anticipační úzkost.

Postupně se objevuje strach z míst a ze situací, kde se dříve vyskytl záchvat nebo kde se postižený necítí bezpečně (dopravní prostředek, obchod, výtah, velká prostranství) – rozvíjí se agorafobie. Nemocný se těmito situacím snaží vyhýbat. Panická porucha tím postupně stále výrazněji zasahuje do jeho běžného života, omezuje jeho aktivity, schopnost samostatného fungování. Až 70 % pacientů s panickou poruchou má zkušenost s atakou během spánku. Významné je, že někteří nemocní prožívají panické ataky pouze s tělesnými příznaky, prožitek úzkosti je mírný nebo chybí. První ataka se obvykle objeví zcela nečekaně, bez zjevné příčiny, z plného zdraví, anamnesticky ale často zjišťujeme prožití více stresujících událostí v minulosti a u některých pacientů nacházíme spojitost s aktuálními zátěžovými situacemi (například nemoc, ztráta partnera, závažná změna v pracovním nebo osobním životě). Izolované panické ataky může provokovat požití psychoaktivních látek (amfetaminy, kokain, halucinogeny, marihuana, kofein). Postižený se při panické atace často domnívá, že má srdeční infarkt, že omdlí, že se „zblázní“ nebo má podezření na jiné život ohrožující onemocnění, a proto rychle vyhledává lékařskou pomoc. Následuje interní a eventuálně neurologické vyšetření, kterým lékař nezjistí abnormality, a pacient je odeslán domů. Záchvaty se ale opakují a postižený se stává častým hostem ambulance specialisty nebo lékařské pohotovosti (až 12 % pacientů opakovaně navštěvujících lékařskou pohotovost trpí panickou poruchou), často je podroben i složitějším vyšetřením s negativními nálezy. Nemocný se stává „obtížným“, ztrácí důvěru v lékaře, vyhledává další specialisty, teprve po delším čase se dostává k psy-

chiatrickému vyšetření. Průběh panické poruchy je dlouhodobý, bez léčby 40 % pacientů chronifikuje. Popsána jsou spontánní uzdravení, ale i recidivy po dlouhé remisi. U dvou třetin postižených dochází k narušení pracovní schopnosti a partnerských vztahů, asi 7 % pacientů s panickou poruchou spáchá suicidální pokus.

Etiopatogeneze

Etiologie panické poruchy není zcela známá. Prokázána je významná genetická vazba, předpokládá se až 50 % genetických vlivů. Z hlediska biologické psychiatrie se zjišťují abnormality autonomního nervového systému. Sympatický nervový systém má zvýšený tonus, nadměrně reaguje na podprahové podněty a pomaleji se adaptuje na opakované podněty. Dále se zjišťují dysregulace v neuromediatorových systémech mozku – monoaminergních, GABA-ergním a dalších. U pacientů s panickou poruchou dochází v důsledku těchto abnormalit k rozvoji falešné poplachové reakce typu „boj nebo útěk“ i na nevýznamné a podprahové podněty. Vyvíjí se intenzivní úzkost a napětí, z tělesných změn dochází k tachykardii, palpitacím, mírné elevaci tlaku krve, přesunu krevního toku do (v ten okamžik zdánlivě) životně důležitých systémů – srdce, kosterní svaly. Dochází k poklesu perfuze ostatních orgánů, což bývá provázeno nepříjemnými pocity v nadbřišku, pocitem chladu končetin, mravenčením, někdy závratěmi, psychickými změnami. Dále dochází v důsledku stresové reakce k hyperventilaci s nepříjemnými pocity na hrudi, pocitem nedostatečného dechu, vzniklá hypokapnie a respirační alkalóza dále přispívají k somatické symptomatologii a k zintenzivnění úzkosti. Po určité době, obvykle do 20 minut, dochází k spontánnímu zklidnění reakce a ústupu subjektivních potíží, následuje vyčerpání, může přetrvávat napětí, třes. Identifikována byla řada látek, které u disponovaného jedince mohou vyvolat panický záchvat (tzv. panikogeny), z běžně užívaných látek je to kofein ve vyšších dávkách, z dalších látek laktát, oxid uhličitý, yohimbin, fenfluramin a další. Pro biologickou podstatu panické poruchy svědčí právě schopnost některých látek vyvolat záchvat paniky a také úspěšná farmakoterapie antidepresivy a benzodiazepiny. Z hlediska kognitivně behaviorální teorie je panická ataka důsledkem naučené reakce interpretovat běžné stresové tělesné reakce (palpitace, dechový dyskomfort, parestezie, závratě, pocity derealizace a jiné) jako blížící se katastrofu – infarkt, iktus, příznaky „zešilení“. V důsledku této katastrofické interpretace běžných tělesných pocitů se tyto příznaky zintenzivňují a rozvíjí se panický záchvat. Pro kognitivní model panické poruchy svědčí úspěšnost kognitivně behaviorální psychoterapie.

Tabulka 1. Diagnostická kritéria MKN-10 pro panickou poruchu – F41. 0

A. U jedince se vyskytují periodické ataky paniky, které nejsou logicky spojeny s žádnou specifickou situací nebo věcí a které se často vyskytují spontánně, tj. epizody nelze předvídat. Panické ataky nejsou průvodním jevem značné námahy ani vystavení nebezpečným nebo život ohrožujícím situacím.
B. Panická ataka je charakterizovaná všemi následujícími znaky:
1. je to samostatná ataka masivní úzkosti nebo neklidu
2. začíná náhle
3. dosahuje maxima v několika málo minutách a trvá alespoň několik minut
4. musí být přítomny alespoň čtyři z následujících příznaků, přičemž jeden příznak musí být z položek (a) až (d):
Příznaky vegetativní aktivity:
(a) palpitace nebo bušení srdce nebo zrychlený tep
(b) pocení
(c) chvění nebo třes
(d) sucho v ústech
Příznaky týkající se hrudníku nebo břicha:
(e) obtížné dýchání
(f) pocit zalykání se, pocit dušení
(g) bolesti nebo nepříjemné pocity v hrudníku
(h) nauzea nebo břišní nevolnost
Příznaky týkající se duševního stavu:
(i) pocit závratě, neklidu, mdloby, točení hlavy
(j) pocity, že objekty nejsou reálné (derealizace), nebo že jedinec je mimo, „není zde skutečně“ (depersonalizace)
(k) strach ze ztráty kontroly, „zešilení“, ztráty vědomí
(l) strach ze smrti
Celkové příznaky:
(m) návaly horka nebo chladu
(n) pocity znecitlivění nebo mravenčení
C. Nejčastěji užívaná vylučovací doložka. Panické ataky nejsou vyvolány tělesnou poruchou, organickou duševní poruchou ani jinými duševními poruchami, jako je např. schizofrenie nebo příbuzné poruchy, poruchy nálady ani somatoformní poruchy.
Rozsah jednotlivých variací, pokud jde o obsah a tíži, je tak veliký, že se mohou specifikovat pátým znakem dva stupně – středně těžký a těžký.
F41. 00 středně těžká panická porucha – alespoň čtyři panické ataky v období čtyř týdnů
F41. 01 těžká panická porucha – alespoň čtyři panické ataky za týden po období čtyř týdnů

Úloha internisty

Ambulantní internista, ale také praktický lékař nebo neurolog hrají zásadní roli v diagnostice a diferenciální diagnostice panické poruchy. Jsou obvykle lékaři prvního kontaktu s nemocným s panickou poruchou. V podstatě stanovují diagnózu nebo podezření na ni a odesílají nemocného do péče psychiatra, který onemocnění potvrdí a léčí. Internista nebo jiný somatický odborník musí vyloučit organickou příčinu pacientových potíží, zvolit rozumný rozsah vyšetření, která pacienta zbytečně nezatíží a s dostatečnou pravděpodobností vyloučí závažné tělesné onemocnění. Internista má také velmi nelehký úkol pacientovi citlivým způsobem vysvětlit podstatu onemocnění, vysvětlit mu těsný vztah mezi psychickými a tělesnými pochody v organismu, ujistit pacienta, že není „hypochondrický“ ani „hysterický“, že mu jeho obtíže věříme a že je porucha dobře léčitelná, vysvětlit základní principy léčby. Somatický lékař se musí vyvarovat všech výroků, které znevažují nebo bagatelizují pacientovy potíže. To obvykle vede ke ztrátě důvěry ze strany pacienta a ten pak vyhledává jiného somatického odborníka. Je nutné si uvědomit, že i když pacien-

tovy potíže nemají hmatatelný organický podklad, pacient s panickou poruchou své potíže skutečně prožívá a velmi trpí a každé znevažování jeho problémů situaci dále zhorší. Nutné je si uvědomit i to, že tak, jako je častá komorbidita panické poruchy a jiných psychických poruch (agorafobie, deprese, alkoholismus), je možná komorbidita panické poruchy se somatickým onemocněním. Pak hrozí riziko přehlédnutí tělesného onemocnění u pacienta opakovaně navštěvujícího ambulanci nebo pohotovost pro panické záchvaty (aneb „tak dlouho se chodí se džbánem pro vodu, až se ucho utrhne“). Při doporučení psychiatrického vyšetření je dobré pacientovi doporučit nebo přímo domluvit konkrétního psychiatra. Vzhledem k tomu, že i přes negativní výsledky provedených vyšetření u pacienta obvykle v pozadí přetrvávají pochybnosti a nejistota ohledně somatického zdraví, je dobré nemocného ujistit, že v případě potíží a pochybností se na svého internistu může opět obrátit – ponechat mu „zadní vrátka“.

Při vyšetření pacienta postupujeme běžným způsobem, základem je vždy anamnestický rozbor potíží, zhodnocení rizikových faktorů a fyzikální vy-

Tabulka 2. Nejčastější somatická onemocnění provázená úzkostí

kardiovaskulární onemocnění (angina pectoris, akutní koronární syndromy, arytmie, akutní srdeční selhání, hypertenzní krize, plicní embolie)
plicní onemocnění spojená s dušností, hypoxemií, event. hyperkapnií (astma, CHOPN, bronchopneumonie, plicní fibróza, pneumotorax)
hypoglykemie
abstinenční syndrom
intoxikace stimulanty, kofeinem, teofylinem
hypertyreóza
anémie
minerálový rozvrat
alergické reakce
neurologická onemocnění (tranzitorní ischemická ataka, temporální epilepsie, migréna, subarachnoideální krvácení, nitrolební expanze)
všechny stavy spojené s intenzivní bolestí, dušností nebo nauzeou

šetření. Tělesné potíže při panické poruše (palpitace, bolesti na hrudi, dechový dyskomfort, neurologické příznaky) se dostávají záchvatovitě, bez souvislosti s vyvolávajícími příčinami, obvykle nejsou typické pro příslušné somatické onemocnění (koronární příhoda, poruchy srdečního rytmu, astmatický záchvat, feochromocytom, hypertyreóza, iktus), spontánně odezní, nejčastěji do 20 minut, v mezidobí je pacient obvykle bez tělesných potíží. V záchvatu objektivně zjišťujeme obvykle sinusovou tachykardii, lehkou elevaci TK, hyperventilaci, v mezidobí je u panické poruchy bez somatické komorbiditity nález zcela fyziologický, je dobrá tolerance zátěže. Z pomocných vyšetření volíme přednostně metody základní, neinvazivní, nezatěžující. Pro stanovení správné diagnózy je i zde nejdůležitější na možnost panické poruchy myslet.

Léčba panické poruchy

Včasná a správná léčba přináší postiženému subjektivně výraznou úlevu a zlepšení kvality života. Výzkumy ukazují, že nejlepších výsledků dosahujeme kombinací farmakologického a psychoterapeutického přístupu. Vzhledem k zaměření práce se soustředíme především na farmakoterapii. Specifickou psychoterapii zmíníme pouze okrajově, protože ta patří do rukou psychiatra nebo psychoterapeuta. Samozřejmostí i u somatického odborníka by měl být vhodný přístup k pacientovi – vstřícnost, empatie, dostatečná pozornost, vysvětlení, snaha hledat řešení. Toto všechno má výrazný psychoterapeutický efekt. Pacient leckdy více ocení přístup lékaře nežli výsledky léčby.

Léčbu lze rozdělit na:

- krizovou intervenci
- akutní léčbu – trvá do 12 týdnů
- udržovací léčbu – trvá do 12–18 měsíců

Tabulka 3. SSRI v léčbě panické poruchy

lék	iniciální dávka mg/den	dávkovací rozmezí mg/den	poznámka
paroxetin	10	20–60	nejvíce prostudovaný
sertralin	25	50–200	minimum interakcí
citalopram	10	20–60	minimum interakcí
escitalopram	5	10–40	minimum interakcí
fluvoxamin	50	100–300	vhodné podávat večer, více interakcí
fluoxetin	10	20–60	aktivující účinky, více interakcí

Krizová intervence je určena ke zvládnutí akutního protražovaného záchvatu, kdy postižený vyhledá lékařskou pomoc (pohotovost). Zde je nejvhodnější použít metodu kontrolovaného dýchání s pacientem, zklidněním dechu dochází k ústupu potíží, je možné podání 1 tbl. diazepam 10 mg perorálně nebo sublinguálně (intramuskulární aplikace není vhodná pro nespolehlivé a pomalé vstřebávání). Nutná je opět psychologická podpora – nebagatelizovat potíže, spíše vysvětlit podstatu, případně nabídnout psychiatrickou pomoc.

Akutní a udržovací farmakologická léčba je shodná, při udržovací léčbě pacient užívá medikaci podávanou v akutní fázi, ale v co nejnižší dávce, která jej ještě dokáže udržet v remisi.

Farmakoterapie

Prokazatelně účinné jsou benzodiazepiny (BZD – alprazolam, clonazepam, diazepam), tricyklická antidepresiva (imipramin, clomipramin, nortriptylin), inhibitory monoaminoxidázy (v současné době jen RIMA – moclobemid), selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu (SSRI – fluoxetin, fluvoxamin, paroxetin, sertralin, citalopram, escitalopram), některá další nová antidepresiva (mirtazapin, venlafaxin, trazodon), stabilizátory nálady (gabapentin, valproát).

Benzodiazepiny (BZD) jsou zřejmě nejpředepsovanějšími léky v léčbě panické poruchy a v léčbě úzkostných poruch vůbec, ale také nekontroverznějšími a je nutné před jejich dlouhodobým pravidelným podáváním (déle než 2–3 týdny) velmi varovat. Důvodem jejich obliby u pacientů a bohužel i u lékařů je rychlý nástup účinku a subjektivně vnímaná rychlá a výrazná úleva od nepříjemných tělesných pocitů, snížení úzkosti a celkové zklidnění. Na efektu se podílí i výrazný placebo efekt, postižení často popisují úlevu téměř ihned po požití léku. Benzodiazepiny jsou dobře tolerované a relativně bezpečné. Nejčastějšími nežádoucími účinky jsou sedace a únava, které většinou rychle odeznívají. Rizikem dlouhodobého užívání benzodiazepinů je ale především nebezpečí vzniku závislosti, zejména u osob závislých na alkoholu, u poruch osobnosti, nálady, u osob pasivních, staršího věku, ženského pohlaví, u nemocných s chronickými somatickými chorobami. U osob s panickou poruchou je toto riziko relativně menší. Dalším problémem dlouho-

dobého podávání je abstinenční syndrom po ukončení léčby (podrážděnost, dysforie, deprese, nespavost, pocení, rebound anxieta, třes, zvracení, nechutenství, závratě, epileptické záchvaty, výjimečně delirium). Nelze opomenout ani negativní vliv benzodiazepinů na kognitivní funkce při dlouhodobém podávání. Vzhledem k výše uvedenému jsou benzodiazepiny doporučovány jen krátkodobě v akutní fázi do nástupu účinku antidepresiv, vysazujeme je velmi pomalu, 10–20 % dávky týdně. Pokud je pacient přes uvedená rizika léčen benzodiazepiny, užívají se nejčastěji alprazolam (nejlépe prostudován) v dávce 4–6 mg/den, clonazepam v průměrné dávce 2,5 mg/den, diazepam v průměrné dávce 40–60 mg/den.

Tricyklická antidepresiva (TCA) jsou stále ještě někdy užívána (nejvíce prostudovaný a užívaný je clomipramin v dávce 40–150 mg/den). Výhodou je prokázaná účinnost, dlouhý biologický poločas umožňující podávání 1x denně, není riziko závislosti. Ve srovnání s moderními antidepresivy ale převažují nevýhody – výrazné nežádoucí účinky (anticholinergní účinek, iniciální zvýšení napětí, sexuální dysfunkce, ortostatická hypotenze, riziko kardiálních komplikací, nebezpečí letálního zakončení při intoxikaci). V současnosti jsou v této indikaci odsunuty do pozadí novějšími antidepresivy, která jsou stejně účinná a bezpečnější.

Z inhibitorů monoaminoxidázy (IMAO) je na trhu pouze reverzibilní inhibitor moclobemid, užívaný v dávce 150–300 mg/den. Výhodou je minimum nežádoucích účinků, není nutné dodržování diety chudé na tyramin jako u starších preparátů.

Selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu SSRI jsou v současnosti léky 1. volby v léčbě panické poruchy. Důvodem je vysoká účinnost, bezpečnost, dobrá snášenlivost, jednoduché dávkování. Léky této skupiny lze jednoznačně doporučit i do rukou internisty, praktického lékaře a dalších odborníků. Přehled preparátů a dávkování uvádí tabulka 3. Fluoxetin a Fluvoxamin nemají v ČR schválenou indikaci pro léčbu panické poruchy, i když jejich účinnost je ověřena studiemi, jsou v literatuře běžně doporučované a v praxi používané.

Psychoterapie

Nejvíce dat a kontrolovaných studií o účinnosti v léčbě panické poruchy je u kognitivně behaviorální

terapie (KBT). Uplatnit lze ale jakýkoli psychoterapeutický přístup (psychodynamické, humanistické, prožitkové).

KBT v léčbě panické poruchy má velmi přesně vypracované postupy. K dispozici jsou i svépomocné manuály pro pacienty, které jsou velkým přínosem – pacienti si mohou doma „v klidu“ znovu pročíst vše, o čem je lékař informoval, mohou trénovat dle instrukcí. Mezi základní metody KBT patří: edukace, nácvik zklidňujícího dýchání, interoceptivní expozice, zpochybnění katastrofických interpretací, zvládnutí vyhýbavého chování.

Doporučený postup v léčbě panické poruchy:

krok 1

Lékem volby jsou SSRI. Ke snížení výskytu nežádoucích účinků podáváme na počátku polovinu minimální účinné dávky a velmi pomalu stoupáme na účinnou dávku léku. Reaguje-li pacient během 4–6 týdnů jen částečně, vystoupáme na maximální dávku a vyčkáme 2 týdny. Pokud se nedostaví efekt, přistoupíme ke kroku 2. Zpočátku lze kombinovat SSRI s BZD, do nástupu účinku antidepresiva, poté BZD postupně vysazujeme. Není-li žádný efekt po 6 týdnech léčby, pokračujeme krokem 2.

krok 2

a) Výměna léku – zvažujeme jiné SSRI nebo lze přejít na léky jiné skupiny (venlafaxin, mirtazapin, reboxetin, trazodon, TCA, RIMA, BZD). Samozřejmě je nutné zvážit i kombinaci s psychoterapií, pokud již nebyla zařazena dříve.

b) Druhou možností je augmentace – používané léky: BZD, betablokátory, antikonvulziva, buspiron, lithium, nízké dávky antipsychotik (chlorpromixin, atypická antipsychotika).

Nejčastěji používané a prozkoumané léky k augmentaci jsou BZD – clonazepam 0,25–2 mg/den (rozdělený do dílčích dávek během dne), alprazolam 0,75–4 mg/den (výhodné jsou retardované formy). Pokud se nedostaví efekt, pokračujeme krokem 3.

krok 3

Kombinace antidepresiv z různých skupin.

Po dosažení remise je vhodné pokračovat v medikaci dalších 12–18 měsíců, protože je velké riziko relapsu.

V udržovací léčbě používáme stejné léky jako v akutní fázi v minimální ještě účinné dávce, léky vysazujeme velmi pomalu (antidepresivum 1–2 měsíce, BZD 2–3 měsíce).

Léčbu ukončujeme, pokud remise trvá 12–18 měsíců a pacient se na to subjektivně cítí. Pokud dojde při pokusu o vysazení k relapsu onemocnění, dávku opět zvýšíme a další pokus o vysazení následuje opět za půl roku.

Závěr

Správně diagnostikovaná panická porucha je poměrně dobře léčitelná, nejlépe kombinací farmakoterapie a psychoterapie. Vzhledem k výhodám této komplexní léčby patří léčba panické poruchy spíše do kompetence psychiatra, i vzhledem k tomu, že panická porucha často překrývá různé životní problémy, kterými se psychiatr dále s pacientem zabývá. Na druhé straně je řada pacientů, kteří ze strachu ze stigmatizace odmítají návštěvu psychiatra či psychoterapeuta. Zde může internista farmakologicky účinně zasáhnout. Na tomto místě je třeba znovu varovat před dlouhodobým předepisováním benzodiazepinů, jejichž účinnost je sice prokázána, ale vzhledem k uvedeným rizikům jejich užívání v monoterapii celou záležitost spíše komplikuje. Pokud se internista rozhodne sám panickou poruchu léčit, jsou lékem volby antidepresiva ze skupiny SSRI, benzodiazepiny jsou vhodné jen na počátku léčby do nástupu efektu antidepresiv eventuálně k augmentaci jejich účinku i v dlouhodobé léčbě.

MUDr. Josef Chval

Psychiatrická léčebna Dobřany, interní oddělení
Ústavní 2, 334 41 Dobřany
e-mail: chvalovi@seznam.cz

Literatura

1. Höschl C, Libiger J, Švestka J (eds.). Psychiatrie. Praha: Tigris 2004.
2. Praško J. Úzkostné poruchy. Praha: Portál 2005.
3. Seifertová D, Praško J, Höschl C (eds.). Postupy v léčbě psychických poruch. Praha: Amedra 2004.
4. Smolík P. Duševní a behaviorální poruchy. Praha: Maxdorf 1996.