



ÚZKOSTNÉ PORUCHY

Doporučený diagnostický a léčebný postup
pro všeobecné praktické lékaře.
2006

Autoři:

Ján Praško
Jaroslava Laňková

Oponenti:

Jiří Raboch
Oldřich Vinař
Petr Herle
Cyril Mucha
Jana Siblíková



Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře
Společnost všeobecného lékařství, U Hranic 16, Praha 10



Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře
Společnost všeobecného lékařství, U Hranic 16, Praha 10

ÚZKOSTNÉ PORUCHY

Doporučený diagnostický a léčebný postup
pro všeobecné praktické lékaře.
2006

Autoři:

MUDr. Ján Praško, CSc., Psychiatrická společnost ČLS JEP
MUDr. Jaroslava Laňková, Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP

Oponenti:

Prof. MUDr. Jiří Raboch, DrSc., Psychiatrická společnost ČLS JEP
Doc. MUDr. Oldřich Vinař, DrSc., Psychiatrická společnost ČLS JEP
MUDr. Petr Herle, Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP
MUDr. Cyril Mucha, Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP
MUDr. Jana Siblíková, Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP

OBSAH

1. ÚVOD	1
2. EPIDEMIOLOGIE	1
3. KLASIFIKACE ÚZKOSTNÝCH PORUCH PODLE MKN-10	1
3.1. Panická porucha (F410)	1
3.2. Generalizovaná úzkostná porucha (F411)	1
3.3. Smíšená úzkostně depresivní porucha (F412)	1
3.4. Agorafobie (F400)	1
3.5. Sociální fobie (F401)	1
3.6. Specifické fobie (F402)	2
4. DIAGNOSTICKÝ POSTUP, VYŠETŘENÍ A HODNOCENÍ PACIENTA S ÚZKOSTÍ	2
4.1. Anamnéza	2
4.2. Nynější onemocnění	2
4.3. Základní fyzikální vyšetření a dle potřeby doplnění laboratorního vyšetření k vyloučení závažné tělesné choroby	2
4.4. Diferenciální diagnóza úzkostných poruch	3
4.4.1. Deprese	3
4.4.2. Psychotické poruchy	3
4.4.3. Závislosti	3
4.4.4. Obsedantně kompulzivní porucha	3
4.4.5. Následky po traumatu	3
4.4.6. Posttraumatická stresová porucha (PTSD)	3
4.4.7. Poruchy příjmu potravy	3
4.4.8. Jiné psychické poruchy	3
5. LÉČBA	3
5.1. Edukace pacienta	3
5.2. Terapeutické možnosti u úzkostných poruch – všeobecné zásady	3
5.3. Farmakoterapie	4
5.3.1. Zásady farmakoterapie	4
5.3.2. Výběr léku	4
5.3.3. Dávkování a délka farmakoterapie	4
5.3.4. Riziko vzniku závislosti na léčbě	6
5.3.5. Kdy ukončit farmakoterapii	6
5.3.6. Kdy změnit medikaci	6
5.3.7. Změna léku	6
5.3.8. Augmentace léčby	6
5.3.9. Kombinační léčba	6
5.3.10. Léčba pacienta s komorbiditou	6
5.3.11. Léčba pacienta s poruchou spánku	7
5.4. Psychoterapie úzkostných poruch	7
5.4.1. Dynamická psychoterapie a psychoanalýza	7
5.4.2. Skupinová psychoterapie	7
5.4.3. Kognitivně behaviorální terapie	7
6. LITERATURA	7
Algoritmus č. 1: Hodnocení pacienta který má úzkostné ataky	11
Algoritmus č. 2: Základní charakteristiky jednotlivých úzkostných a fobických poruch	12
Algoritmus č. 3: Farmakoterapeutický algoritmus pro úzkostné poruchy	13

Tento doporučený postup navazuje na doporučený postup pro diagnostiku a léčbu deprese v primární péči (CDP-PL 2004). Problematika, která je společná u obou těchto postupů – rozdělení antidepressiv, jejich farmakokinetika, nežádoucí účinky – není z důvodu omezeného rozsahu textu znovu opakována. K prostudování této problematiky odkazujeme na předchozí materiál.

1. ÚVOD

Úzkostné poruchy jsou skupinou psychických poruch, u kterých je úzkost dominantním příznakem. Vyznačují se záchvatovými nebo kontinuálně fluktuujícími 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). Problém začíná tam, kde se úzkost či strach objevují příliš často, trvají příliš dlouho a jejich intenzita je vzhledem k situaci, která je spustila, příliš velká nebo se objevují v nepřiměřených situacích. V těchto případech negativně zasahují do života jedince, snižují kvalitu jeho života, omezují pracovní schopnost a narušují sociální vztahy.

Pro primární péči je specifické, že většina úzkostných pacientů nepřichází k lékaři pro úzkost samotnou, ale pro 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.

2. EPIDEMIOLOGIE

Rozsáhlá epidemiologická studie, která proběhla ve Spojených státech, ukázala, že takřka polovina obyvatel během svého života alespoň jednou prodělá nějakou duševní poruchu (Epidemiological Catchment Area Study, Kessler a spol. 2005). Nejčastěji se jedná o závislosti na návykových látkách (26,6 %), na druhém místě jsou úzkostné poruchy (24,9 %) a na třetím afektivní poruchy (19,3 %). Bodová prevalence (tj. kolik lidí trpí danou poruchou v určitém čase) úzkostných poruch je podle této studie 7,3 % populace.

3. KLASIFIKACE ÚZKOSTNÝCH PORUCH PODLE MKN–10

Úzkost může „volně plynout“ bez omezení na zvláštní okolnosti, nebo se projevit v záchvatech. Pokud se objeví náhle a bez zjevné příčiny, mluvíme o spontánní úzkosti, případně *spontánním záchvatu paniky*. Pokud se týká konkrétních situací, kterých se běžně lidé nebojí, jde o *fobii*. Pokud se rozvine při očekávání ohrožující situace, mluvíme o *anticipační úzkosti*.

Mezi úzkostné poruchy patří:

3.1. PANICKÁ PORUCHA (F410).

Hlavním rysem jsou opakované záchvaty masivní úzkosti (paniky), které nejsou omezeny na žádnou určitou situaci a pacient je neumí předvídat. Při záchvatu dochází k rozvoji intenzivního strachu, dojmu, že se něco hrozného přihodí a pocitu ztráty kontroly. Ataka je spojena s řadou intenzivních tělesných příznaků: bušením srdce, bolestí na hrudi, pocity dušení, závratěmi a pocity neskutečnosti (depersonalizace, derealizace). V úzkostných myšlenkách se objevuje strach z omdlení, ze smrti, ze ztráty sebeovládání nebo ze zešílení. Jednotlivé ataky obvykle trvají 5 – 20 minut (výjimečně déle).

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. Z *tělesných příznaků* dominuje svalové napětí, roztřesenost, závratě, nevolnost, bolesti hlavy, bušení srdce, nadměrné pocení apod. Většinou je zhoršen spánek, zejména večer. Stav je měnlivý a většinou trvá léta. U řady lidí se potíže zhoršují, když nemají co dělat, 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 „prázdná 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

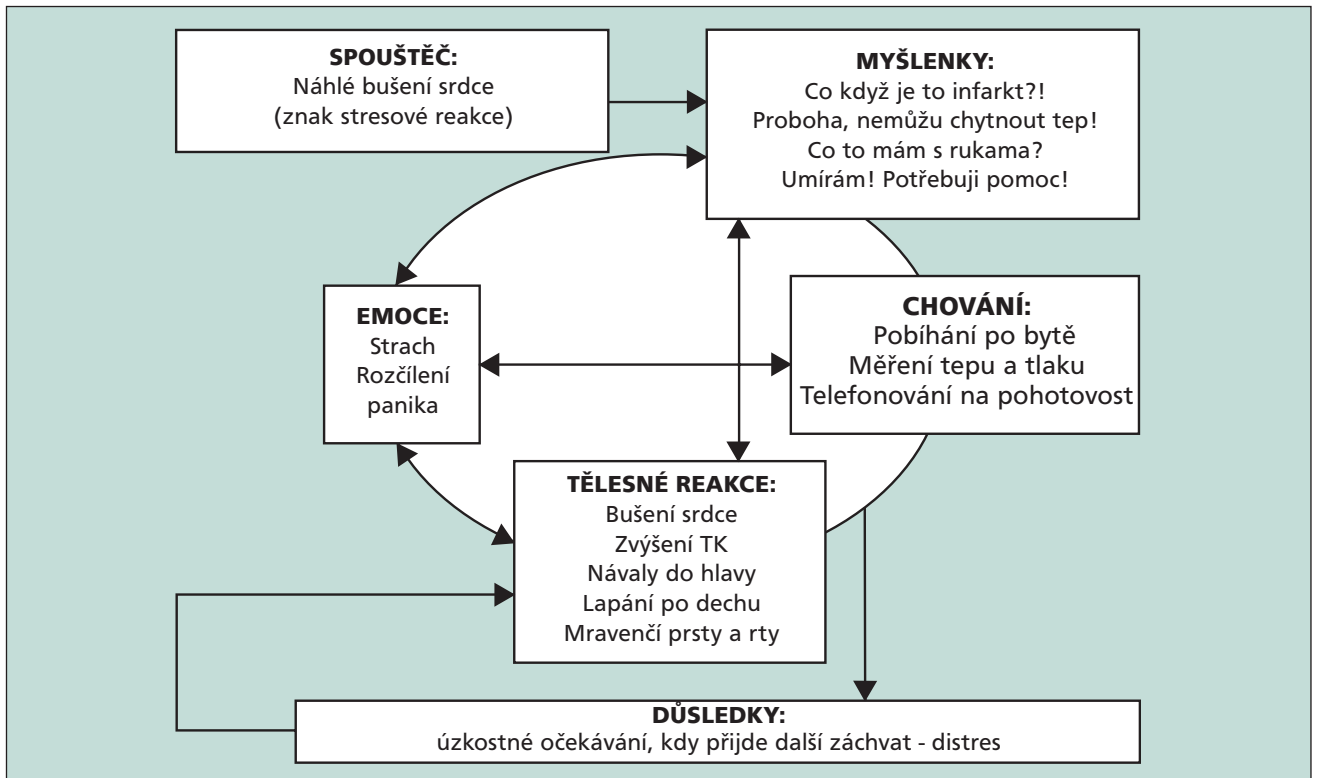
3.4. AGORAFOBIE (F400)

Projevuje se strachem z otevřených prostranství, přeplněných míst, z opuštění domova, z obchodů, cestování dopravními prostředky, z jízdy výtahem, z uzavřených prostor, apod. Úzkost je vyvolána jak přítomností fobického podnětu, tak vzdálením se z místa bezpečí.

3.5. SOCIÁLNÍ FOBIE (F401)

Projevuje se strachem a vyhýbáním se situacím, v nichž může být člověk pozorován a posuzován dru-

Obrázek č. 1: Bludný kruh příznaků



hými. Tato fobie může mít formu strachu z jedení a pití před lidmi, strachu z psaní před druhými, ze setkání s neznámými lidmi, z mluvení na veřejnosti, apod.

3.6. SPECIFICKÉ FOBIE (F402)

Jde o nepřiměřený strach z určitého konkrétního objektu nebo situace. Postižený netrpí příznaky úzkosti, pokud se nesetká nebo se neobává setkání s fobickým podnětem. Nemocný si je však vědom, že jeho strach není racionálně odůvodněný, čímž se liší např. od paranoidního pacienta. Mezi nejčastější specifické fobie patří fobie ze zvířat, zvláště ze psů, hadů, hmyzu a myší. Dalšími běžnými fobiemi jsou klaustrofobie (strach z uzavřených prostor) a akrofobie (strach z výšek), z bouřky apod.

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
- Osobní anamnéza zaměřená na tělesná onemocnění spojená s úzkostnou symptomatologií (viz tab. č. 1)
- Anamnéza abusu (alkohol, stimulační látky, kofein, kouření, hráčství)
- Farmakoterapie (užívá pacient něco na spaní?, na uklidnění?, farmaka, která mohou vyvolávat úzkostné stavy)

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 sebou Neurol, láhev s pitím apod.), zda se naučil nějaké strategie, jak si sám pomoci;
- jaké jsou projevy anticipační úzkosti;
- co stavy úzkosti, strach, obavy a starosti modifikuje (aktivita, léky, menstruace, přítomnost druhých osob apod.)
- jak je to s užíváním kofeinových nápojů, silného čaje, jaké užívá léky (např. antiastmatika)
- 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 ZÁVAŽNÉ TĚLESNÉ CHOROBY

Úzkostnými příznaky se může již od počátečních stádií projevovat řada nemocí: mozkové příhody, Parkinsonova choroba, epilepsie, neuroborrelióza, nádorová onemocnění, systémová onemocnění, endokrinopatie, malnutrice apod. U některých žen může přinést řadu úzkostných a depresivních příznaků menopauza. Při podezření na organické postižení mozku je nutné doplnění neurologického vyšetření.

Tab. 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 antikonvulziva, např. barbituráty, tetrahydrocannabinol (THC), alkohol, narkotika, sedativa, hypnotika

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 součástí obrazu deprese a po zlepšení nálady mizí. V depresi je také typické vyhýbání se sociálním situacím, imitujícím sociální fobii.

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.

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 trankvilizérů. 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 odlišit mezi poruchou adaptace se smíšenou úzkostně depresivní symptomatologií a smíšenou úzkostně depresivní poruchou. Často rozhodne teprve průběh – poruchy adaptace v průběhu času odeznívají, zatímco smíšená úzkostně depresivní porucha persistuje 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.

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*. V druhém kroku se potřebuje dozvědět, jakým způsobem se bude léčit – *edukace o léčbě*.

5.2. TERAPEUTICKÉ MOŽNOSTI U ÚZKOSTNÝCH PORUCH – VŠEOBECNÉ ZÁSADY

Terapie se zpravidla „šije na míru“ pacientovým potřebám. Úzkostné poruchy lze léčit jak psychoterapeuticky (individuální, skupinová, kognitivně beha-

viorální terapie), tak farmakoterapeuticky (antidepresiva nebo anxiolytika). Optimální je kombinace obou metod. Psychofarmaka zpravila 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 odmítnout 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 nejvýznamnější ved-

lejší 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, diazepam, oxazepam, chlórdiazepoxid a další) není vhodná, protože na ně snadno vzniká tolerance a závislost. Výhodnější je podávání nebenzodiazepinových anxiolytik (buspiron u generalizované anxiousní poruchy) nebo antidepresiv (clomipramin, citalopram, escitalopram, fluvoxamin, fluoxetin, paroxetin, sertralin, venlafaxin). **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 anxiozity, 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.

Tab. č. 2: Základní zásady farmakoterapie úzkostných poruch v primární péči

- Nejlepší volbou jsou antidepresiva a to zejména skupiny SSRI - paroxetin, citalopram, fluoxetin, sertralin, fluvoxamin nebo escitalopram.
- Začínat nízkou dávkou - počáteční nežádoucí účinky může pacient hůře tolerovat a být více úzkostný - informovat ho o tom
- Účinek se objeví za 3 - 12 týdnů - informovat
- Podávat dostatečně dlouhou dobu: 12 - 18 měsíců udržovací léčba
- Před vysazením postupně snižovat dávku
- 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

5.3.2. VÝBĚR LÉKU

První volbou u úzkostných poruch jsou SSRI. Jde o léky, které kromě vysoké účinnosti mají minimum vedlejších účinků, jsou bezpečné, 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**, tj. u paroxetinu, citalopramu nebo fluoxetinu 10 mg (u fluoxetinu jsou doporučovány ještě nižší dávky, tj. 2,5 mg), u escitalopramu 5 mg, u sertralinu

a fluvoxaminu 25 mg; u clomipraminu a imipraminu 10 mg. **Po týdnu až dvou** je možné velmi **pomalou stoupat** na plnou dávku léku. První známky zlepšení po léčbě se neobjevují dříve než za 3 až 6 týdnů. **Ústup potíží je 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.

**Tab. č. 3: Přehled, výhody a nevýhody protiúzkostných léků
(upraveno podle Ballenger 2000)**

	Výhody	Nevýhody
SSRI	Dobře tolerovaná Bezpečnost při předávkování Minimální přírůstek na váze Podávání jednou denně Antidepresivní účinek	Iniciální aktivace 5HT ₂ receptorů (dočasné zhoršení afektivní tenze nebo anxiózy) Iniciální nausea Bolesti hlavy Astenie Insomnie Sexuální dysfunkce
Benzodiazepiny	Rychlý nástup Redukce anticipační úzkosti Dobře tolerovaná Bez iniciální aktivace Bezpečná při předávkování	Sedace, Problémy s pamětí Příznaky z vysazení Návykový potenciál
Tricyklická antidepresiva	Podávání jednou denně Levné Dlouhé zkušenosti Antidepresivní účinek	Iniciální aktivace Anticholinergní vedlejší účinky Přírůstek na váze Ortostatická hypotenze Nebezpečné při předávkování Sexuální dysfunkce
RIMA (reverzibilní inhibitory monoaminoxidázy)	Minimální vedlejší účinky a dobrá snášenlivost Chybí iniciální aktivace Šetří sexuální fungování	Pravděpodobně nižší efektivita Opožděný počátek účinku

**Tab. č. 4: Obvykle předepisovaná psychofarmaka u úzkostných poruch
(upraveno podle Kinrys a Pollack 2004)**

Lék	Rozsah denní dávky v mg	Iniciální dávka v mg	Kolikrát denně
SSRI			
paroxetin	10 – 60	10	1
sertralin	25 – 200	12,5	1
fluoxetin	10 – 80	10	1
citalopram	20 – 60	10	1
escitalopram	10 – 40	5	1
fluvoxamin	100 – 300	50	1
Tricyklická antidepresiva			
imipramin	100 – 300	10 – 25	1
clomipramin	100 – 250	12,5 – 25	1
Jiná antidepresiva			
venlafaxin*	75 – 375	37,5	1
trazodon	75 - 150	37,5	1 (na noc)
Jiné látky			
bupiron	15 – 60	5	2 – 3
gabapentin*	900 – 3600	300	3
Benzodiazepiny			
alprazolam	2 – 6	0,25 – 0,5	3 – 4
clonazepam	1 – 5	0,5	2
lorazepam	3 – 9	0,5 – 1	3 – 4
diazepam	5 – 60	2,5	2

* preskripční omezení PSY, NEU

Tab. č. 5: Indikace a dávkování antidepresiv SSRI v léčbě úzkostných poruch schválené v ČR (tyto údaje odpovídají stavu na konci r. 2003, lze předpokládat další oficiální rozšiřování indikačního spektra SSRI)

Generikum	PANIC (panická porucha)	SAD (sociální fobie)	GAD (generalizovaná úzkostná porucha)
Citalopram	20 – 60	–	–
Escitalopram	10 – 30	–	–
Fluoxetin	–	–	–
Fluvoxamin	–	–	–
Paroxetin	40 – 60	20 – 50	20 – 50
Sertralin	25 – 100 – 200	25 – 100 – 200	–

Pozn. 1: silně vyznačené číslo představuje dávku obvyklou
Pozn. 2: celé spektrum úzkostných poruch pokrývá Paroxetin

5.3.4. RIZIKO VZNIKU ZÁVISLOSTI NA LÉČBĚ

Závislost u antidepresiv a buspironu 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 doporučený postup Deprese, CDP – PL 2004)
- **Rezistence na léčbu nebo ztráta účinnosti léku.** Pokud po 6 týdnech není žádný efekt, zvážíme výměnu léku. Faktory, které vedou k persisterenci příznaků, se velmi často týkají komorbidní symptomatologie. Často je to u komorbidity s depresí, další úzkostnou poruchou, těžkou agorafobií, poruchou osobnosti. Dalšími důvody může být abusus návykových látek. Vždy se musíme zamyslet, jde – li o pravou rezistenci, 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 rezistence 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 kontrované 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, tj. tricyklické antide-

presivum, jako je např. clomipramin, některé z novějších antidepresiv, jako je venlafaxin, mirtazapin, reboxetin či trazodon, nebo vysoce potentní benzodiazepin alprazolam nebo clonazepam. Počáteční dávka alprazolamu bývá mezi 0,75 – 1,5 mg na den a u clonazepamu 0,25 – 0,5 mg na den v rozdělených dávkách a během týdne může být titrována na efektivní dávku, která vede ke kontrole nad úzkostnou symptomatologií či záchvaty paniky (mezi 3 – 4 mg alprazolamu nebo 1 – 2 mg clonazepamu na den). 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 autorit 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. Měřitko, co je a co není dostatečné, není dáno. **Augmentační strategie patří do rukou zkušeného specialisty.**

5.3.9. KOMBINAČNÍ LÉČBA

U velmi resistantních pacientů je indikována kombinace SSRI s tricyklickými antidepresivy (musíme plně zvážit možné interakce mezi léky a potenciaci nežádoucích účinků), nebo je možno zkusit kombinaci s antikonvulzivem. **Kombinační léčba patří do rukou zkušeného 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 rezistenci 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.

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 1/3 tablety večer může nahradit hypnotikum. Kombinace trazodonu s SSRI je vzhledem k jeho farmakodynamice výhodná.

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 – vesměs jsou skupinou chráněni a atmosféra přijetí je nenutí k vystavení se obávaným podnětům. Pacienti trpící sociální fobii nejčastěji skupinovou terapií 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

přízpůsoben 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.

6. LITERATURA

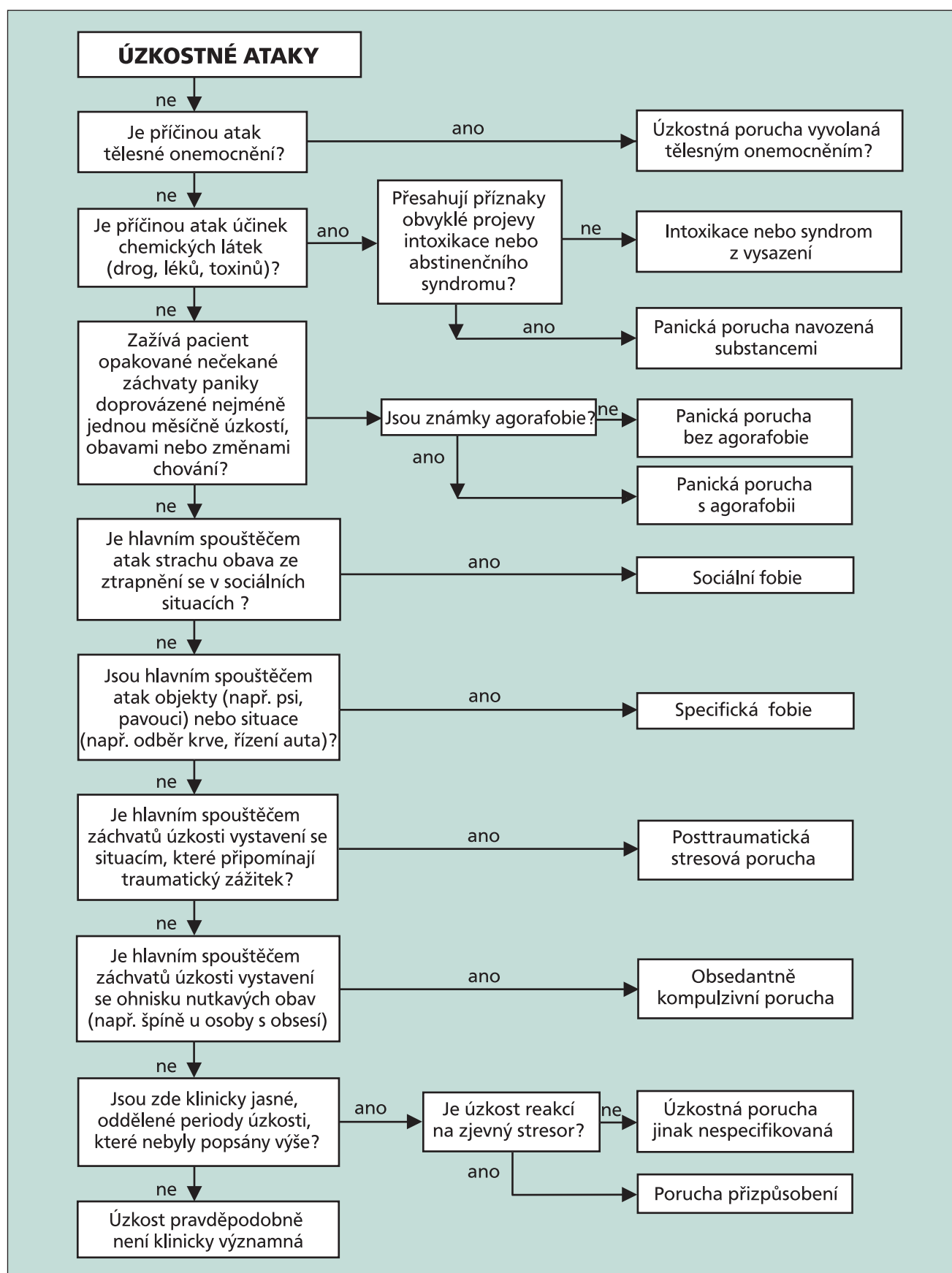
1. Abene M. V. a Hamilton J. D.: Resolution of fear of flying with fluoxetine treatment. *J. Anx Dis* 1998; 12: 599 – 603.
2. Alexander P. E.: Management of panic disorders. *J. Psychoactive Drugs* 1991; 23: 329 – 333.
3. Allgulander C.: Paroxetine in social anxiety disorder: a randomized placebo – controlled study. *Acta Psychiatr Scand* 1999; 100: 193 – 198.
4. Altamura A. C., Pioli R., Vitto M. et al. Venlafaxine in social phobia: a study in selective serotonin reuptake inhibitor non – responders. *Int Clin Psychopharmacol* 1999; 14: 239 – 245.
5. Andersch, S., Rosenberg, N. K., Kullingsjo, H. et al.: Efficacy and safety of alprazolam, imipramine and placebo in treating panic disorder: a Scandinavian multicenter study. *Acta Psychiatr Scand* 1991: 365(suppl.): 18 – 27
6. Antony M. M., Brown T. A. a Barlow D. H.: Response to hyperventilation and 5,5 % CO₂ inhalation of subjects with types of specific phobia, panic disorder, or no mental disorder. *Am J Psychiatry* 1997; 154: 1089 – 1095
7. Antony M. M. a Barlow D. H.: Specific phobias. In *Anxiety and Its Disorders: The Nature and Treatment of Anxiety and Panic*, 2nd ed., Barlow D. H. (ed). Guilford Press, New York 2002.
8. Antony M. M. a McCabe R. E.: Anxiety disorders: social and specific phobias. In *Psychiatry*, 2nd ed., Tasman A., Kay J., Lieberman J. A. (eds). John Wiley & Sons, Ltd. 2003: 1298 – 1330.
9. Asmundson G. J. G. a Taylor S.: Anxiety disorders: Panic disorder with and without agoraphobia. In: Tasman A., Kay J. a Lieberman J. A. (eds.): *Psychiatry*, 2nd Edition, Wiley, Chichester 2003; 1281 – 1297.
10. Bakish, D., Filteau, M. J., Charbonneau, Y. et al.: A double – blind, placebo – controlled trial comparing fluvoxamine and imipramine in the treatment of panic disorder with or without agoraphobia. In: *Neuropsychopharmacology*, pt.2, XIX th CINP, June 27 – July 1, 1994, Washington, DC, Abstract 0 – 27 – 38.
11. Bakish D., Hooper C. L., Filteau M. J., et al. A double blind placebo – controlled trial comparing fluvoxamine and imipramine in the treatment of panic disorder with or without agoraphobia. *Psychopharmacology Bulletin* 1996? 32:135 – 141.
12. Baldwin D., Bobes J., Stein D. J. et al. Paroxetine in social phobia/social anxiety disorder: a randomized, double – blind, placebo – controlled study. *Br. J. Psychiatry* 1999; 175: 120 – 126.
13. Ballenger, J. C., Burrows, G., DuPont, R. L. et al.: Alprazolam in panic disorder and agoraphobia: results from a multicenter study. *Arch. Gen. Psychiatry*. 1988;45:413 – 422..
14. Ballenger, J. C.: Panic disorder and agoraphobia. In: M. G. Geller, J. J. Lopez – Ibor, N. Andreasen (eds.): *New Oxford Textbook of Psychiatry*. Oxford University Press. Oxford 2000; 807 – 822.
15. Balon R. a Allgulander C.: Fluvoxamine for phobia of storms. *Acta Psychiatr Scand* 1999; 100: 244 – 246.
16. Barlow D. H., Gorman J. M., Shear M. K. et al. Cognitive – behavioral therapy, imipramine, or their combination for panic disorder: A randomized controlled trial. *JAMA* 2000; 283: 2529 – 2536.
17. Baumel, B., Bielski, R., Carman, J. et al.: Double – blind comparison of sertraline and placebo in patients with panic disorder, Presented at Collegium Internationale Neuro – Psychopharmacologicum, Melbourne, Australia. June 1996.
18. Bellew K. M., McCafferty J. P., Iyengar M. et al. Paroxetine treatment of GAD: a double – blind, placebo controlled trial. *Paper*

- presented at the annual meeting of the American Psychiatric Association, Chicago, IL, May 2000.
19. Benjamin, J. Levine, J. Fux, M. et al. Double – blind, placebo controlled, crossover trial of inositol treatment for panic disorder. *Am. J. Psychiatry* 1995; 152: 1084 – 1086.
 20. Benjamin J., Ben – Zion I. Z., Karbofsky E. et al.: Double – blind placebo – controlled pilot study of paroxetine for specific phobia. *Psychopharmacology* 2000; 149: 194 – 196.
 21. Bernadt M. W., Silverstone T. a Singleton W.: Behavioral and subjective effects of beta – adrenergic blockade of phobic subjects. *Br J Psychiatry* 1980; 137: 452 – 457.
 22. Beurs, E., van Balkon, A. J. L. M., Lange, A. et al.: Treatment of panic disorder with agoraphobia: comparison of fluvoxamine, placebo and psychological panic management combined with exposure and of exposure in vivo alone. *Am. J. Psychiatry*. 1995; 152: 683 – 691
 23. Black B., Uhde T. W., Tancer M. E.: Fluoxetine for the treatment of social phobia. *J. Clin Psychopharmacol* 1992; 12: 293 – 295.
 24. Black, D. W., Wesner, R., Bowers, W. et al.: A comparison of fluvoxamine, cognitive therapy, and placebo in the treatment of panic disorder. *Arch. Gen. Psychiatry*. 1993; 52: 44 – 50.
 25. Boyer W.: Serotonin uptake inhibitors are superior to imipramine and alprazolam in alleviating panic attacks: a meta – analysis. *Int Clin Psychopharmacol* 1995; 10: 45 – 49.
 26. Cassano, G. B., Petracca, A., Perugi, G. et al.: Clomipramine for panic disorder. I: the first 10 weeks of a long – term comparison with imipramine. *J. Affect. Disord.* 1988; 14: 123 – 127.
 27. Cohn J. B., Rickels K., Steege J. F.: A pooled, double – blind comparison of the effects of buspirone, diazepam and placebo in women with chronic anxiety. *Curr Med Res Opin* 1989; 11: 304 – 320.
 28. Cross – National Collaborative Panic Study: Drug treatment of panic disorder: comparative efficacy of alprazolam, imipramine, and placebo. *Br. J. Psychiatry* 1992; 160: 191 – 202.
 29. Davidson J., Potts N., Richichi E. et al. Treatments of social phobia with clonazepam and placebo. *J. Clin Psychopharmacol* 1993; 13: 423 – 428.
 30. Davidson J. R. T., Dupont R. L., Hedges D., Haskins J. T.: Efficacy, safety and tolerability of venlafaxine extended release and buspirone in outpatients with generalized anxiety disorder. *J. Clin Psychiatry* 1999; 60: 528 – 535.
 31. Davidson J. R. T., Bose A., Zheng H.: Escitalopram in the treatment of generalized anxiety disorder: a double – blind, placebo – controlled, flexible dose study. Presented at the 156th Annual Meeting of APA, May 17 – 22, 2003, San Francisco.
 32. De Beurs E., Van Balkom A. J., Lange A., Koele P., Van Dyck R. Treatment of panic disorder with agoraphobia: comparison of fluvoxamine, placebo and psychological panic management combined with exposure in vivo alone. *American Journal of Psychiatry* 1995; 152: 683 – 691.
 33. Den Boer J. A., Westenberg H. G. M., Kamerbeek W. D., Verhoeven W. M., Kahn R. S. Effect of serotonin uptake inhibitors in anxiety disorders: a double blind comparison of clomipramine and fluvoxamine. *International Clinical Psychopharmacology* 1987; 2: 21 – 32
 34. Den Boer, J. A., Westenberg, H. G. M.: Effect of serotonin and noradrenaline uptake inhibitor in panic disorder: a double – blind comparative study with fluvoxamine and maprotiline. *Int. Clin. Psychopharmacol.* 1988; 3: 59 – 74.
 35. DenBoer, J. A., Westenberg, H. G. M.: Serotonin Function in Panic Disorder: A Double Blind Placebo Controlled Study with Fluvoxamine and Ritanserin. *Psychopharmacology* 1990: 102: s. 85 – 94
 36. Derivan, A. T., Entsua, R., Haskins, J. T. a Rudolph, R.: Double – blind, placebo – /comparator – controlled study of once daily venlafaxine XR and buspirone in outpatients with generalized anxiety disorder. *Eur. Neuropsychopharmacology* 1998: 8(suppl.1): S26
 37. Dunbar, G. C.: A double – blind placebo controlled study of paroxetine and clomipramine in the treatment of panic disorder. In: Program and Abstracts on New Research of the 148th Annual Meeting of the American Psychiatric Association: May 20 – 25, 1995, Miami, Fla. Abstract NR376.
 38. Dunner, D. L., Ishiki, D., Avery, D. H. et al.: Effect of alprazolam and diazepam on anxiety and panic attacks in panic disorder: a controlled study. *J Clin. Psychiatry* 1986; 47: 458 – 460.
 39. Ferreri M. a Hantouche E. G.: Recent clinical trials of hydroxyzine in generalized anxiety disorder. *Acta Psychiatric Scand* 1998; 393: 102 – 108.
 40. Gastfriend D. R. a Rosenbaum J. F.: Adjunctive buspirone in benzodiazepine treatment of four patients with panic disorder. *Am J Psychiatry* 1989; 146: 914 – 916.
 41. Gelenberg A. J., Lydiard R. B., Rudolph R. L. et al. Efficacy of venlafaxine extended release capsules in nondepressed outpatients with generalized anxiety disorder. *JAMA* 2000; 283: 283
 42. Gelernter C. S., Uhde T. W., Cimboic P. et al. Cognitive – behavioral and pharmacological treatment of social phobia: a controlled study. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48: 938 – 945.
 43. Gloger, S., O’Ryan, F., Gladic, D. et al.: Panic anxiety: diazepam/clomipramine comparison. In: New Research Programs and Abstracts of the 143rd Annual Meeting of the American Psychiatric Association: May 12 – 17, 1990, New York, NY, Abstract NR314
 44. Goodman W., Bose A., Wang Q.: Escitalopram 10mg/day is effective in the treatment of generalized anxiety disorder. Presented at the 156th Annual Meeting of APA, May 2003, San Francisco.
 45. Gorman, J. a Wolkow, R.: Sertraline as a treatment for panic disorder. In: Neuropsychopharmacology, pt.2, XIX th CINP, June 27 – July 1, 1994, Washington, DC, Abstract 0 – 117 – 175
 46. Haskins, J. T., Rudolph, R. Pallay, A., Derivan, A. T.: Double – blind, placebo controlled study of once daily venlafaxine XR in outpatients with generalized anxiety disorder. *Eur. Neuropsychopharmacology* 1998, 8 (suppl. 1) S26.
 47. Herman, J. B., Rosenbaum, J. F. a Brotman, A. W.: The alprazolam to clonazepam switch for the treatment of panic disorder. *J. Clin. Psychopharmacol.* 1987; 7: 175 – 178.
 48. Hoehn – Saric, R., Fawcett, J., Munjack D. J. et al.: A multicentre, double – blind, placebo – controlled study of fluvoxamine in the treatment of panic disorder. In: Neuropsychopharmacology, pt.2, XIX th CINP, June 27 – July 1, 1994, Washington, DC, Abstract 0 – 58 – 33.
 49. Janicak P. G.: Handbook of Psychopharmacotherapy. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia 1999; 391 pp.
 50. Johnston D. G., Troyer, I. E., Whitsett, S. F. et al.: Clomipramine treatment and behaviour therapy with agoraphobic women. *Can. J. Psychiatry*. 1995: 40: 192 – 199.
 51. Kasper S., Zohar J., Stein D. J.: Decision Making in Psychopharmacology. Martin Dunitz London 2002; 165 pp.
 52. Kasper S., Loft H., Nil R.: Escitalopram in the treatment of social anxiety disorder. Presented at the 54th APA Institute on Psychiatric Services, October 9 – 13, 2002, Chicago.
 53. Katschnig H., Stein M. B., Buller R., on behalf of the International Multicenter Clinical Trial Group on Moclobemide in Social Phobia: Moclobemide in social phobia: a double – blind, placebo – controlled clinical study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1997; 247: 71 – 80.
 54. Katzelnick D. J., Kobak K. A., Greist J. H. et al. Sertraline for social phobia: a double – blind, placebo – controlled crossover study. *Am J. Psychiatry* 1995; 152: 1368 – 1371.
 55. Keck, P. E., Taylor, V. E., Tugrul, K. C. et al.: Valproate treatment of panic disorder and lactate – induced panic attacks. *Biol. Psychiatry* 1993; 33: 542 – 546.
 56. Kelsey J. E.: Venlafaxine in social phobia. *Psychopharmacol Bull* 1995; 31: 767 – 771.

57. Kessler R. C., McGonagle K. A., Zhao S., Nelson C. B., Hughes M., Eshleman S., Wittchen H. U., Kendler K. S.: Lifetime and 12 – month prevalence of DSM – III – R psychiatric disorders in the United States. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51: 8 – 19.
58. Kinrys G. a Pollack M. H.: Panic disorder and agoraphobia. In: Stein DJ (ed): *Clinical Manual of Anxiety Disorders*. American Psychiatric Publishing 2004; 13 – 41.
59. Lader M., Stender K., Bürger V., and Nil R.: Fixed doses of escitalopram and paroxetine for the treatment of social anxiety disorder (SAD). Presented at the 16th ECNP, 20 – 24 September 2003, Prague.
60. Lecrubier, Y., Bakker, A., Dunbar, G., Judge, R.: The Collaborative Paroxetine Panic Study Investigators, A comparison of paroxetine, clomipramine and placebo in the treatment of panic disorder. *Acta Psychiatr. Scand.*: 1997; 95: 145 – 152.
61. Lecrubier Y., Judge R., for the Collaborative Paroxetine Study Investigators. Long – term evaluation of paroxetine, clomipramine and placebo in panic disorder. *Acta Psychiatrica* 1997b? 95: 153 – 160.
62. Lepola, U., Wade, A. G., Leihonen, E. V. et al.: A controlled one year trial with citalopram in the treatment of panic disorder. *J. Clin. Psychiatry* 1998; 59: 528 – 534.
63. Lesser, I. M., Rubin, R. T., Pecknold, J. C. et al.: Secondary depression in panic disorder and agoraphobia. *Arch. Gen. Psychiatry*. 1988, 45: 437 – 443.
64. Lydiard R. B., Laraia M. T., Ballenger J. C. et al. Emergence of depressive symptoms in patients receiving alprazolam for panic disorder. *Am J. Psychiatry* 1987; 144: 664 – 665.
65. Marks, I. M., Swinson, R. P., Basoglu, M. et al.: Alprazolam and exposure alone and combined in panic disorder with agoraphobia. *Br. J. Psychiatry* 1993; 162: 776 – 787.
66. Mavissakalian, M.: Imipramine treatment of panic disorder with agoraphobia: the second time around. *J. Psychiatr. Res.* 1993; 27: 61 – 68.
67. McCafferty J. P., Bellew K. M., Zaninelli R. M.: Paroxetine treatment of GAD: an analysis of response by dose. Paper presented at the annual meeting of the American Psychiatric Association, New Orleans, L. A., May 2001.
68. Mezinárodní klasifikace nemocí. 10. revize. Duševní poruchy a poruchy chování: Diagnostická kritéria pro výzkum. (přeloženo z anglického originálu) Praha, Psychiatrické centrum 1996; Zprávy č. 134, 179 pp.
69. Modigh, K. Westberg, P., Eriksson, E.: Superiority of clomipramine over imipramine in the treatment of panic disorder: a placebo – controlled trial. *J. Clin. Psychopharmacol.* 1992; 12: 251 – 261.
70. Noyes R., Moroz G., Davidson J. R. T. et al. Moclobemide in social phobia: a controlled dose – response trial. *J. Clin Psychopharmacol* 1997; 17: 247 – 254.
71. Oehrberg S., Christiansen P. E., Behnke K., Borup A. L., Severin B., Soegaard J., Calberg H., Judge R., Ohrstrom J. K., Manniche P. M. Paroxetine in the treatment of panic disorder: a randomized, double – blind, placebo – controlled study. *British Journal of Psychiatry* 1995? 167: 374 – 379.
72. Ontiveros A. a Fontaine R.: Sodium valproate and clonazepam for treatment – resistant panic disorder. *J. Psychiatry Neurosci* 1992; 17: 78 – 80.
73. Pande A. C., Pollack M. H., Crockatt J. et al. Placebo – controlled study of gabapentin treatment of panic disorder. *J. Clin Psychopharmacol* 2000; 20: 467 – 471.
74. Pollack, M. H., Worthington, J. J., Otto, M. W. et al.: Venlafaxine for panic disorder: results from a double – blind, placebo – controlled study. *Psychopharmacol. Bull.* 1996; 32: s. 667 – 670.
75. Pollack M. H., Zaninelli R., Goddard A. a spol: Paroxetine in the treatment of generalized anxiety disorder: results of a placebo controlled, flexible dosage trial. *J. Clin Psychiatry* 2001; 62: 350 – 357.
76. Pollack M. H., Bose A., Zheng H.: Efficacy and tolerability of escitalopram in the treatment of anxiety disorder. Presented at the 23rd Annual conference of Anxiety disorders Association of America, March 27 – 30, Toronto 2003.
77. Praško J., Záleský R., Herman E. et al. Panická porucha. In: Seifertová D., Praško J., Höschl C. (eds): *Postupy v léčbě psychických poruch*. Praha: Academia Medica Pragensis, 2004 a; 139 – 161.
78. Praško J., Prašková H. Agorafobie In: Seifertová D., Praško J., Höschl C. (eds): *Postupy v léčbě psychických poruch*. Praha: Academia Medica Pragensis, 2004 b; 163 – 173.
79. Praško J., Herman E., Hovorka J. et al. Generalizovaná úzkostná porucha. In: Seifertová D., Praško J., Höschl C. (eds): *Postupy v léčbě psychických poruch*. Praha: Academia Medica Pragensis, 2004 c; 175 – 192.
80. Praško J., Prašková H. Sociální fobie. In: Seifertová D., Praško J., Höschl C. (eds): *Postupy v léčbě psychických poruch*. Praha: Academia Medica Pragensis, 2004 d; 193 – 208.
81. Praško J., Prašková H. Specifické fobie. In: Seifertová D., Praško J., Höschl C. (eds): *Postupy v léčbě psychických poruch*. Praha: Academia Medica Pragensis, 2004 e; 209 – 217.
82. Praško J., Prašková H. Smíšená úzkostně depresivní porucha. In: Seifertová D., Praško J., Höschl C. (eds): *Postupy v léčbě psychických poruch*. Praha: Academia Medica Pragensis, 2004 f; 219 – 231.
83. Praško J.: Posttraumatická stresová porucha. In: Seifertová D., Praško J., Höschl C. (eds): *Postupy v léčbě psychických poruch*. Amepra, Praha 2004 g; 253 – 270.
84. Praško J., Herman E., Horáček J., Prašková B., Hovorka J.: Somaformní poruchy. In: Seifertová D., Praško J., Höschl C. (eds): *Postupy v léčbě psychických poruch*. Amepra, Praha 2004 h; 271 – 292.
85. Praško J., Ondráčková I., Šípek J.: Panická porucha a její léčba. *Psychiatrické centrum Praha 1997, Zprávy č. 146, 116 pp.*
86. Praško J.: Agorafobie. In: Raboch J. (ed): *Psychiatrie: Doporučené postupy psychiatrické péče*. Galén Praha 1999 a; 41 – 62.
87. Praško J.: Generalizovaná úzkostná porucha. In: Raboch J. (ed): *Psychiatrie: Doporučené postupy psychiatrické péče*. Galén Praha 1999 b; 77 – 100.
88. Prašková H. a Praško J.: Úzkostné a fobické poruchy. Praha: Galén, 2000; 102 pp.
89. Rocca, P., Fonzo, V., Scotta, M. et al.: Paroxetine efficacy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Acta Psychiatr. Scand.* 1997; 95/5:444 – 445
90. Rickels K., Schweizer E., Csanalosi I. et al. Long – term treatment of anxiety and risk of withdrawal: prospective comparison of clorazepamem and buspirone. *Arch Gen Psychiatry* 1988; 45: 444 – 450.
91. Rickels K., DeMartinis N., Garcia – Espana F. et al. Imipramine and buspirone in treatment of patients with generalized anxiety disorder who are discontinuing long – term benzodiazepine therapy. *Am J. Psychiatry* 2000; 157: 1973 – 1979.
92. Rickels K., Pollack M. H., Sheehan D. V., Haskins J. T.: Efficacy of venlafaxine extended release in nondepressed outpatients with generalized anxiety disorder. *Am J Psychiatry* 2000; 157: 968 – 974.
93. Rosenberg, R.: Treatment of panic disorder with tricyclic and MAOIs. In: D. Nutt, J. Ballenger a J. P. Lepine (eds.): *Panic disorder: clinical diagnosis, management and mechanisms*. Dunitz, London. 1999; 125 – 144.
94. Schneier, F. R., Liebowith, M. R., Davis, S. O. et al.: Fluoxetine in panic disorder. *J. Clin. Psychopharmacol.* 1990, 10: 119 – 121.
95. Schneier F. R., Chin S. J., Hollander E. et al. Fluoxetine in social phobia (letter). *J. Clin Psychopharmacol* 1992; 12: 62 – 63.
96. Schneier R. F., Saoud J. B., Campeas R. et al. Buspirone in social phobia. *J. Clin Psychopharmacol* 1993; 13: 251 – 256.
97. Schneier F. R., Goetz D., Campeas R. et al. Placebo – controlled trial of moclobemide in social phobia. *Br J. Psychiatry* 1998; 172: 70 – 77.
98. Schweitzer, E., Rickels, K., Weis, S. et al.: Maintenance drug tre-

- atment of panic disorder, I: results of a prospective, placebo – controlled comparison of alprazolam and imipramine. *Arch. Gen. Psychiatry*. 1993; 50: 51 – 60.
99. Shehi M. a Patterson W. M.: Treatment of panic attacks with alprazolam and propranolol. *Am J. Psychiatry* 1984; 141: 900 – 901.
100. Simon N. M. a Pollack M.: Treatment – refractory panic disorder. *Psychiatr Clin North Am* 1999; 6: 115 – 140.
101. Spier S. A., Tesar G. E., Rosenbaum J. F. et al.: Treatment of panic disorder and agoraphobia with clonazepam. *J. Clin. Psychiatry*. 1986; 47: 238 – 242.
102. Stein M. B., Chartier M. J., Hazen A. L. et al. Paroxetine in the treatment of generalized social phobia: open – label treatment and double – blind placebo – controlled discontinuation. *J. Clin Psychopharmacol* 1996; 16: 218 – 222.
103. Stein M. B., Fyer A. J., Davidson J. R. T. et al. Fluvoxamine treatment of social phobia (social anxiety disorder): a double – blind, placebo – controlled study. *Am J. Psychiatry* 1999; 156: 756 – 760.
104. Steiner M., Oakes R., Gergel I. P. et al.: A fixed dose study of paroxetine an placebo in the treatment of panic disorder. In: *Program and Abstracts on New Research of the 148th Annual Meeting of the American Psychiatric Association: May 20 – 25, 1995, Miami, Fla. Abstract NR355.*
105. Taylor S.: *Understanding and treating panic disorder: cognitive – behavioral approaches.* John Wiley, New York 2000.
106. Tesar G. E., Rosenbaum J. F.: Successful use of clonazepam in patients with treatment – resistant panic disorder. *J Nerv Ment Dis* 1986; 174: 477 – 482.
107. Tesar G. E., Rosenbaum J. F., Pollack M. H. et al.: Double – blind, placebo controlled comparison of clonazepam and alprazolam for panic disorder. *J. Clin. Psychiatry* 1991; 52: 69 – 76.
108. Thom A., Sartory G. a Jöhren P.: Comparison between one – session psychological treatment and benzodiazepine in dental phobia. *J. Consult Clin Psychol* 2000; 68: 378 – 387.
109. Tiffon L., Coplan J. D., Papp L. A. et al. Augmentation strategies with tricyclic or fluoxetine treatment in seven partially responsive panic disorder patients. *J. Clin Psychiatry* 1994; 55: 66 – 69.
110. van Ameringen M., Mancini C., Streiner D. L.: Fluoxetine in social phobia. *J. Clin Psychiatry* 1993; 54: 27 – 32.
111. van Ameringen M., Mancini C., Streiner D. L.: Sertraline in social phobia. *J. Clin Psychiatry* 2001; 158: 275 – 281
112. van Vliet I. M., den Boer J. A., Westenberg H. G.: Psychopharmacological treatment of social phobia: a double – blind placebo controlled study with fluvoxamine. *Psychopharmacology* 1994; 115: 128 – 134.
113. van Vliet I. M., den Boer J. A., Westenberg H. G. et al. *Clinical Effects of buspirone in social phobia: a double – blind placebo – controlled study.* *J. Clin Psychiatry* 1997; 58: 164 – 168.
114. Wade A. G., Lepola U., Koponen H. J., Pedersen V., Pedersen T. The effect of citalopram in panic disorder. *Br. J. Psychiatry* 1997; 170: 549 – 553.
115. Wardle J., Hayward P., Higgitt A. et al. Effects of concurrent diazepam treatment on the outcome of exposure therapy in agoraphobia. *Behav Res Ther* 1994; 32: 203 – 215.
116. Weiss, B. L.: Controlled comparison of trifluoperazine and chlordiazepoxide in the treatment of anxiety. *Curr. Ther. Res.* 1997; 22: 635 – 643.
117. Wolkow R., Apter J., Clayton A. et al. Double – blind flexible dose study of sertraline and placebo in patients with panic disorder. Presented at the XX CINP, Melbourne, Australia, June 23 – 27: 1996.
118. Woodman C. L. a Noyes R.: Panic disorder: treatment with valproate. *J. Clin Psychiatry* 1994; 55: 134 – 136.
119. Woods, S. W., Black, D., Brown, S. et al.: Fluvoxamine in the treatment of panic disorder in outpatients: a double – blind, placebo controlled study. In: *Neuropsychopharmacology, pt. 2, XIX th CINP, June 27 – July 1, 1994, Washington, DC, Abstract* 0 – 58 – 37.
120. Wurthmann, C., Klieser, E. a Lehman, E.: Side effects of low dose neuroleptics and their impact on clinical in generalized anxiety disorder. *Prog. Neuropsychopharm. Biol. Psychiatry* 1997; 21: 601 – 609.

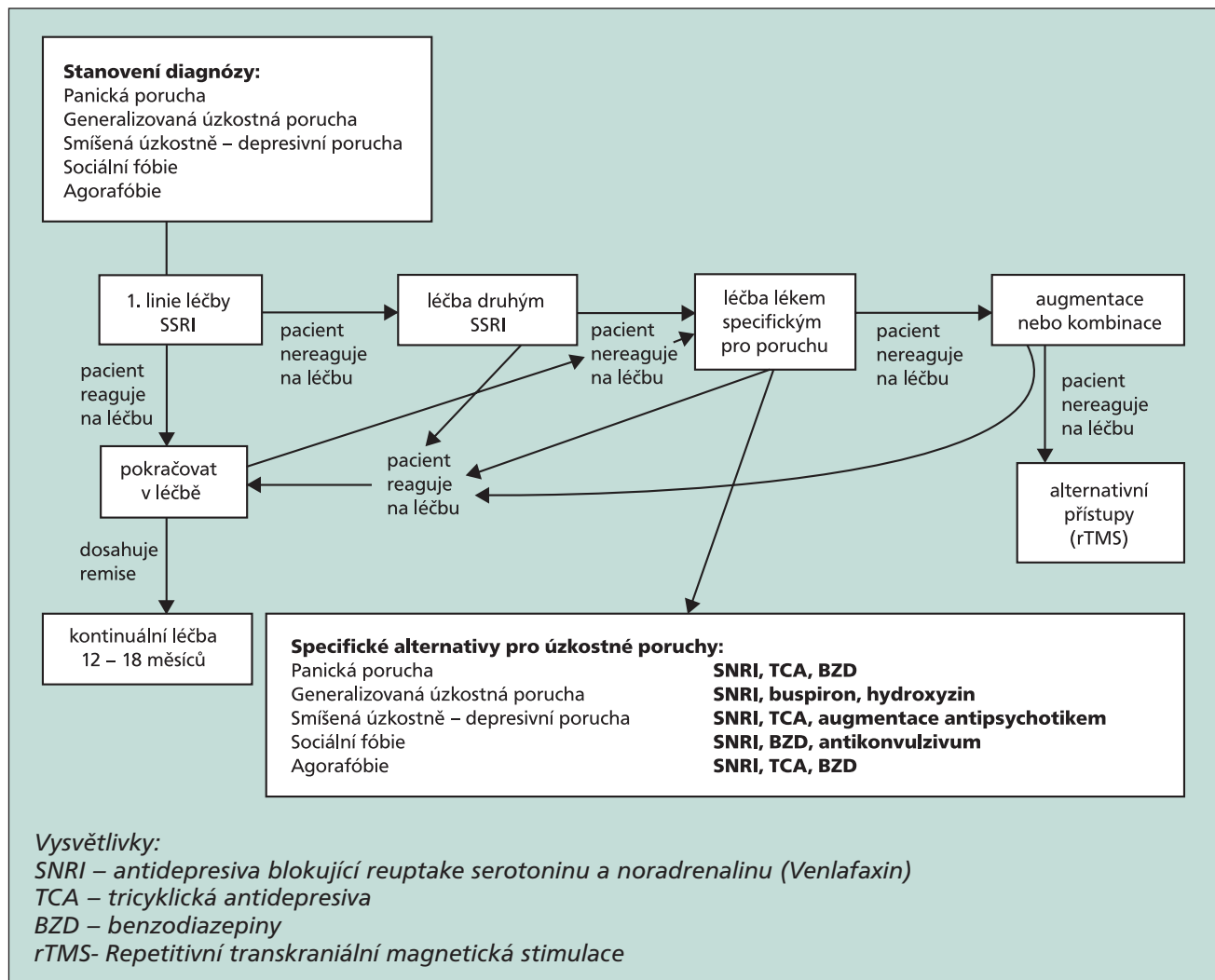
Algoritmus č. 1: Hodnocení pacienta, který má úzkostné ataky (upraveno podle Asmundson a Taylor 2003)



Algoritmus č. 2: Základní charakteristiky jednotlivých úzkostných a fobických poruch (upraveno podle Prašková a Praško 2000)

Porucha	Typické příznaky	Hlavní obava	Epidemiologie	Průběh	Psychofarmaka	Psychoterapie
Panická porucha	Náhlé nečekané záchvaty úzkosti a strachu s intenzivními vegetativními příznaky	Zemřu Zkolabuji Mám infarkt Zešílím Ztratím kontrolu	Celoživotní prevalence 1,5 – 3,5% Roční prevalence 0,5 – 2,3%	Epizodický, bez léčby zpravidla chronický. Sekundárně agorafobie, deprese	Alprazolam Clomipramin Clonazepam Diazepam Imipramin Moclobemid SSRI, Venlafaxin Mirtazapin	Edukace Kontrola dechu Interoceptivní expozice Změna katastrofické interpretace Relaxace Řešení problémů
Generalizovaná úzkostná porucha	Alespoň 6 měsíců trvá výrazné napětí, fluktuující úzkost, strach a obavy z každodenních událostí a problémů. Příznaky vegetativního podráždění	Starosti o zdraví svoje i rodiny, o práci, finance, zvládnání každodenních záležitostí	Celoživotní prevalence 5 – 15% Roční prevalence 2 – 4%	Vlnovitý a bez léčby zpravidla chronický	Alprazolam Amitriptylin Buspiron Clomipramin Clonazepam SSRI Venlafaxin	Edukace Relaxace Změna katastrofických interpretací Řešení problémů Asertivita Plánování času
Smišená úzkostně depresivní porucha	Jsou přítomny příznaky úzkosti a deprese, ale žádný typ příznaků není vyjádřen do té míry, aby opravňoval ke stanovení samostatné diagnózy kterékoli z obou poruch	Nic nezvládnou Nikdo o mne nestojí Věci dopadnou špatně	Aktuální prevalence v primární péči 4,1 %	Chronický nebo periodický, častá invalidizace	SSRI Venlafaxin	Edukace Plánování aktivit Změna katastrofických scénářů Nácvik komunikace
Agorafobie	Strach z cestování, opuštění domova, davu nebo veřejných prostranství. Při expozici vegetativní příznaky. Systematické vyhýbání se těmto situacím.	Zkolabuji tam. Nikdo mi nepomůže. Nevydržím tělesné příznaky. Pomoc bude daleko.	Celoživotní prevalence 4 - 6% Roční prevalence 1,5 – 3%	Bez léčby zpravidla chronický, méně často vlnovitý s remisemi	Alprazolam Clomipramin Clonazepam Diazepam Imipramin Moclobemid SSRI	Edukace Změna katastrofické interpretace Expozice in vivo Řešení problémů
Sociální fobie	Strach z pátravých pohledů druhých, ze ztrapnění a zesměšnění. Vegetativní příznaky při expozici. Vyhýbání se sociálním situacím	Bude to trapné Budou se mi třást ruce, budu se červenat apod. Znemožním se. Nevydržím příznaky.	Celoživotní prevalence 10 – 16 % Roční prevalence 1,5 – 3%	Bez léčby chronický s mírným kolísáním. Sekundárně deprese a častá závislost na alkoholu.	Clonazepam Moclobemid SSRI Venlafaxin	Edukace Změna katastrofické interpretace Nácvik komunikace Expozice in vivo
Specifické fobie	Jde o iracionální strach např. z pavouků, psů, výšky, bouřky, tmy, pohledu na krev. Vyhýbání se těmto situacím.	To nedokážu vydržet. To bych zemřela strachy.	Celoživotní prevalence 12% Roční prevalence 4 – 7%	Bez léčby chronický, některé, které začaly v dětství, spontánně odezní v dospělosti	Paroxetin	Edukace Expozice in vivo

Algoritmus č. 3: Farmakoterapeutický algoritmus pro úzkostné poruchy





POZNÁMKY

Tisk podpořen společností
ZENTIVA

Doporučený postup byl vytvořen s podporou nadačního fondu Praktik

NADAČNÍ FOND
PRAKTIK

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>

ISBN: 80-86998-05-3

