



Názov:

**Panická porucha - štandardné
diagnostické a terapeutické postupy**

Autor:

**MUDr. Ľubica Ferenčáková; PhDr. Katarína
Kubašovská**

Odbor:

Psychiatria

Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky podľa § 45 ods. 1 písm. c) zákona 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov vydáva štandardný postup:

Panická porucha - štandardné diagnostické a terapeutické postupy

Číslo ŠP	Dátum prvého predloženia na Komisiu MZ SR pre ŠDTP	Status	Dátum účinnosti schválenia ministerkou zdravotníctva SR
0042	5. apríla 2018	schválené	1. apríla 2020

Autori štandardného postupu

MUDr. Ľubica Ferenčáková; PhDr. Katarína Kubašovská; MUDr. Dagmar Breznoščáková, PhD.; prof. MUDr. Ján Pečeňák CSc.

Odborná podpora tvorby a hodnotenia štandardného postupu

Prispievatelia a hodnotitelia: členovia odborných pracovných skupín pre tvorbu štandardných diagnostických a terapeutických postupov MZ SR, hlavní odborníci MZ SR príslušných špecializačných odborov; členovia multidisciplinárnych odborných spoločností; odborný projektový tím MZ SR pre ŠDTP a patientske organizácie zastrešené AOPP v Slovenskej republike; Inštitút zdravotníckej politiky; NCZI; Sekcia zdravia MZ SR, Kancelária WHO na Slovensku.

Odborní koordinátori: MUDr. Jozef Kalužay, PhD; MUDr. Peter Bartoň; MUDr. Kvetoslava Bernátová, MPH; prof. MUDr. Mariana Mrázová, PhD., MHA; MUDr. Štefan Laššán, PhD.; prof. MUDr. Jozef Šuvada, PhD., MPH (odborný garant)

Recenzenti (1. verzie):

Členovia Komisie MZ SR pre ŠDTP: MUDr. Štefan Laššán, PhD.; PharmDr. Miriam Vulevová, MBA; MUDr. Peter Bartoň; PharmDr. Zuzana Baťová, PhD.; MUDr. Beáta Havelková, MPH; MUDr. Martin Vochyan; prof. MUDr. Jozef Holomáň, CSc.; doc. MUDr. Martin Hrubíško, PhD., mim. prof.; MUDr. Ladislav Šinkovič, PhD., MBA; prof. MUDr. Ivica Lazúrová, DrSc.; prof. MUDr. Pavol Žúbor, PhD., DrSc.; MUDr. Róbert Hill, PhD.; MUDr. Andrej Zlatoš; PhDr. Mária Lévyová; prof. MUDr. Mária Šustrová, CSc.; MUDr. Jana Kelemenová; Ing. Jana Netriová, PhD. MPH; Mgr. Renáta Popundová; Mgr. Katarína Mažárová; MUDr. Jozef Kalužay, PhD; prof. MUDr. Jozef Šuvada, PhD., MPH,

Technická a administratívna podpora:

Podpora vývoja a administrácia: Mgr. Zuzana Kuráňová; Ing. Barbora Vallová; Mgr. Ludmila Eisnerová; Mgr. Gabriela Tamášová, Mgr. Mário Fraňo; JUDr. Marcela Virágová, MBA; Ing. Marek Matto; prof. PaedDr., PhDr. Pavol Tománek, PhD.; JUDr. Ing. Zsolt Mánya, PhD.; Mgr. Sabína Bredová; Ing. Mgr. Liliana Hruzíková; Ing. Zuzana Poláková; Mgr. Tomáš Horváth; Ing. Martin Malina; Ing. Mgr. Mária Syneková; PhDr. Katarína Gatialová; Mgr. Anton Moises; Ing. Katarína Krkošková

Podporené grantom z OP Ľudské zdroje MPSVR SR NFP s názvom: "Tvorba nových a inovovaných štandardných klinických postupov a ich zavedenie do medicínskej praxe" (kód NFP312041J193) a NFP s názvom: "Tvorba nových a inovovaných

Kľúčové slová

úzkosť, strach, SSRI

Zoznam skratiek a vymedzenie základných pojmov

EEG -	Elektroencefalogram
GABA - gama -	Aminomaslová kyselina
GAD -	Generalized anxiety disorder - generalizovaná úzkostná porucha
KBT -	Kognitívne behaviorálna psychoterapia
MKCH -	Medzinárodná klasifikácia chorôb
PET -	Pozitronová emisná tomografia
RIMA -	Reverzibilné inhibítory monoaminoxidázy
SNRI -	Selektívne inhibítory spätného vychytávania serotonínu a noradrenalínu
SSRI -	Selektívne inhibítory spätného vychytávania serotonínu
TCA -	Tricyklické antidepresíva
TRH -	Thyreotropin - releasing hormón
TSH -	Tyreotropný hormón

Kompetencie

Lekár so špecializáciou v odbore psychiatria (psychiater) - psychiatrické vyšetrenie pacienta, tvorba individuálneho terapeutického plánu, rozhodnutie o potrebe hospitalizácie, ambulantné vedenie pacienta s pravidelným posudzovaním jeho stavu, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť – supervízia, psychoterapia.

Lekár so špecializáciou v odbore neurológia - preferenčne so subšpecializáciou pre záchvatové stavy - diferenciálna diagnostika

Lekár bez špecializácie - psychiatrické vyšetrenie pacienta, príjem pacienta, sledovanie stavu pacienta, indikovanie farmakoterapie pod dohľadom psychiatra, psychoedukácia, psychorehabilitačná, a komunitná starostlivosť – supervízia, psychoterapia.

Všeobecný lekár pre dospelých a všeobecný lekár pre deti a dorast, pediater – pri suspektnej poruche prvotný skrining a následné odoslanie k špecialistovi, v stabilizačnej (ev. iniciálnej) fáze možný menežment pacienta v úzkom kontakte so psychiatrom/ psychológom.

Klinický psychológ - realizácia klinického psychologického vyšetrenia, špecificky klinického psychodiagnostického vyšetrenia, psychologická liečba druhého stupňa (jednoduchšie evidence based postupy), podporná psychologická liečba, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť.

Psychológ - realizácia psychologického vyšetrenia, špecificky psychodiagnostického vyšetrenia, psychologická liečba druhého stupňa (jednoduchšie evidence based postupy), podporná psychologická liečba, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť.

Psychoterapeut - špecifickú psychoterapiu vykonáva psychiatier, psychológ a iný odborník s absolvovaným výcvikom v danom psychoterapeutickom prístupe certifikovanom odbornou organizáciou v zmysle príslušnej platnej legislatívy so špecifickou zainteresovanosťou pacienta podľa typu, stavu, naliehavosti a závažnosti poruchy.

Sestra – psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť, podporná psychologická liečba, podávanie farmakoterapie.

Sociálny pracovník- sociálno právna podpora, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť, podporná psychologická liečba v rámci svojich kompetencií.

Liečebný pedagóg – psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť v rámci svojich kompetencií preferenčne v denných psychiatrických stacionároch.

Lekár RZP – zabezpečenie starostlivosti o pacienta pri akútnom stave .

Úvod

Panická porucha je charakteristická opakovanými masívnymi záchvatmi úzkosti /paniky/, ktoré nie sú obmedzené na určitú situáciu. Objavuje sa strach z odpadnutia, straty sebakontroly, zošalenia, či strachu zo smrti. Typické sú telesné príznaky ako je búšenie srdca, zrýchlený dych, závraty, triaška, potenie a pocity derealizácie a depersonalizácie (Prašková , Praško, 2000)

Prevenia

Jednoznačná prevencia panickej poruchy nie je známa. Prevencia úzkostných porúch všeobecne spočíva najmä v zásadách zdravej životosprávy a psychohygieny, ako je dostatok odpočinku, spánku, telesné cvičenie a zdravá vyvážená strava. K prevencii prispieva aj osvojenie si a praktizovanie niektorej z relaxačných techník.

Epidemiológia

Epidemiologické štúdie uvádzajú celoživotnú prevalenciu panickej poruchy na 1,5-3,5 %. (Kessler a kol., 1994) a ročnú prevalenciu okolo 1%.

Panická porucha obvykle začína okolo 15-24 roku života a druhý vrchol je 45 až 54 rokov (Seifertová, Praško a kol., 2004). Je dvakrát častejšia u žien ako u mužov. Ojedinelé panické ataky zažije počas života okolo 7 až 9% ľudí.

Patofyziológia

Existuje niekoľko odlišných teórií na etiopatogenézu panickej poruchy.

Biologický pohľad: Pri panickej poruche sa predpokladá dysregulácia serotonínového systému /najmä nucleus raphe, hipocampus a amygdala /noradrenergického/zvýšená aktivita v locus coeruleus/ dopamínového systému /vo frontoorbitálnom kortexe /. Pre tieto dysregulácie svedčí celý rad provokačných štúdií s látkami , ktoré navodzujú paniku tzv. panikogény – napr. laktát, johimbín, fenfluramin, kofeín atd.


Uvažuje sa aj o dysfunkcii GABA - ergného neurotransmiterového systému (Prašková, Praško, 2000). Panická porucha má vysokú genetickú komponentu , riziko ochorenia u príbuzných prvého stupňa sa pohybuje v rozmedzí 15-18% (Prašková, Praško, 2000).

Psychologické teórie: Podľa týchto teórií majú ľudia trpiaci panickou poruchou strach z opustenia a zároveň pripútania sa k druhej osobe . Preto majú tendenciu kontrolovať svoje vzťahy a vyhnúť sa samote alebo nadmernej blízkosti (Seifertová ,Praško a kol., 2004).

Psychoanalytická teória - predpokladá, že panická porucha je spojená so stratou rodiča , alebo separačnou úzkosťou v detstve. Byť sám bez možnosti pomoci oživuje detskú úzkosť z opustenia (Höschl, Libiger a kol. 2002).

Kognitívne behaviorálne teória - Podľa tejto teórie panická porucha vzniká na základe toho, že jedinci sú nesprávne interpretujú rôzne telesné pocity, ktoré sú prejavmi stresovej reakcie a vnímajú ich ako signály ohrozenia.

Klasifikácia

Diagnostické kritériá (MKCH 10, 1993)	
	ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP PANICKÁ PORUCHA
A	
U jedinca sa vyskytujú opakované panické ataky, ktoré nie sú v priamej súvislosti s určitou situáciou alebo objektom a ktoré sa často objavujú spontánne, čiže nemožno ich predvídať. Panické ataky nesúvisia s výraznou námahou alebo expozíciou nebezpečným či život ohrozujúcim situáciám.	
B	
Panické ataky sú charakterizované všetkými nasledujúcimi kritériami :	
1. Je to ohraničná epizóda intenzívneho strachu a nepohody.	
2. Začína sa náhle.	
3. Dosahuje maximum behom niekoľko málo minút a trvá najmenej niekoľko minút.	
4. Musia byť prítomné najmenej štyri z nižšie uvedených príznakov, pričom jeden musí byť z (a) až (d).	
<u>Príznaky vegetatívneho podráždenia :</u>	
(a) palpitácie alebo búšenie srdca alebo zrýchlený pulz	
(b) potenie	
(c) chvenie alebo tras	
(d) sucho v ústach (nie z dôvodu medikácie alebo dehydratácie)	
<u>Príznaky týkajúce sa hrudníka a brucha :</u>	
(e) obtiažne dýchanie	
(f) pocit dusenia sa	
(g) bolesti alebo nepríjemné pocity na hrudníku	
(h) nauzea alebo brušná nevoľnosť	
<u>Príznaky týkajúce sa duševného stavu :</u>	
(i) pocit závratu, neľufu, mdloby, točenia hlavy	
(j) pocit, že objekty nie sú reálne (derealizácia) alebo, že jedinec je mimo "nie je tu skutočne," / (depersonalizácia)	
(k) strach zo straty kontroly, "zbláznenia sa", straty vedomia	
(l) strach, že zomrie	
<u>Celkové príznaky :</u>	
(m) návaly tepla alebo chladu	
(n) pocity znecitlivenia alebo mravenčenia	
C	
Najbežnejšie užívané vylučovacie podmienky. Panické ataky nie sú spôsobené somatickou poruchou, organickou duševnou poruchou alebo inými duševnými poruchami ako je schizofrénia a príbuzné poruchy, poruchy nálady alebo somatoformné poruchy.	

Klinický obraz

Pre panickú poruchu sú typické **opakované záchvaty úzkosti /paniky/**, ktoré nie sú obmedzené na určitú situáciu.

Úzkosť je natoľko silná, že jedinci majú strach:

- z odpadnutia,
- straty sebakontroly,
- zošalenia či strachu zo smrti.

Typické sú telesné príznaky:

- búšenie srdca,
- zrýchlený dych,
- závraty,
- triaška,
- potenie,
- pocity derealizácie a depersonalizácie.

Jedinci majú pocit, že dostali infarkt či porážku. Sú častými návštevníkmi pohotovostí, odkiaľ sú najčastejšie po podaní injekčného diazepamom odosielaní domov .

Mnohokrát opakovane vyhľadávajú rôznych odborníkov a niekedy sú označovaní aj za hypochondrov. Pokiaľ sa panika prvýkrát objaví v dopravnom prostriedku, obchode či dave dochádza k rozvoju vyhýbavého správania sa a agorafóbie (Ballenger, 2000).

Diagnostika / Postup určenia diagnózy

1.1 Diagnostika panickej poruchy

Vychádza z psychiatrického vyšetrenia t.j. anamnézy, klinického obrazu, psychopatologického rozboru, diagnostických kritérií podľa MKCH-10.

Doplňkovým vyšetrením je psychodiagnostické vyšetrenie, ktoré môže pomôcť pri diferenciálnej diagnostike oproti iným psychickým poruchám či k stanoveniu osobnostných črt. Taktiež je možné použiť posudzovacie stupnice úzkosti - Sheehanovu, Beckovu, Hamiltonovu či Zungovu.

Dôležité je zhodnotenie anamnézy somatických ochorení, podrobné fyzikálne vyšetrenie, zmeranie pulzu, krvného tlaku, EKG vyšetrenie ev. EEG vyšetrenie. Pri nutnosti diferenciálnej diagnózy porúch súvisiacich s užívaním psychoaktívnych látok (skupina F1x) realizácia krvného a diferenciálneho krvného obrazu s markerom chronického, škodlivého pitia MCV a zo základných biochemických vyšetrení - hepatálne testy - GMT, skriningovo vyšetriť moč na toxikológiu: THC ,BZD, MDMA, metamfetamíny - ide o kvalitatívne vyšetrenie typu "áno/nie", o tzv. jednokrokové platničkové testy) (DSM-5, APA).

1.2 Diferenciálna diagnostika

1.2.1 Úzkosť

Úzkosť ako symptóm je častým nálezom pri ďalších psychických poruchách (Seifertová, Praško a kol., 2004), vtedy je nevyhnutné stanoviť primárny (osový syndróm) a diagnostiku a terapeutické postupy zamerať naň. Sú to najmä: depresívny syndróm (primárne afektívna porucha ako je depresívna epizóda alebo dystýmia) – vedúcimi symptómami je depresívna nálada a anhedónia,

intoxikácia a abstinенčný syndróm pri užívaní psychotropných látok – úzkosť je typickým sprievodným syndrómom pri užívaní stimulancií a abstinенčnom syndróme pri ich užívaní, pri abstinенčnom syndróme od alkoholu a benzodiazepínov.

Ďalšie psychické poruchy pri ktorých môže byť úzkosť jedným z príznakov, ale klinické vyšetrenie vedie k stanoveniu inej primárnej diagnózy:

- generalizovaná úzkostná porucha – sú dlhodobé (voľne plávajúca úzkosť), neviažu sa obvykle na objekt alebo situáciu,
- depresívna porucha – v rámci depresie je častá strata záujmov a vyhýbanie sa spoločnosti a priateľom, čo však má súvis s depresívnou náladou a ďalšou depresívnou symptomatikou,
- sociálna fóbia – vyhýbavé správanie sa týka sociálnych situácií,
- schizofrénne poruchy môžu taktiež viesť k tomu, že sa pacienti vyhýbajú chodiť von, tam sa však jedná o psychotickú motiváciu,
- poruchy príjmu potravy, somatoformné poruchy, organické poruchy spojené s poruchou orientácie.

1.2.2 Somatické poruchy

Diferenciálne diagnosticky je potrebné realizovať interné vyšetrenie a rutinné laboratórne vyšetrenia vrátane EKG, pričom pri zložitejšej diferenciálnej diagnostike je vhodné EEG a neurologické vyšetrenie ev. CT vyšetrenie pri podozrení na organické poškodenie mozgu. Diferenciálne diagnosticky do úvahy prichádzajú najmä tieto somatické ochorenia (Prašková, Praško, 2000):

- kardiovaskulárne ochorenia /prolaps mitrálnej chlopne, arytmie, angina pectoris, arteriálna hypertenzia/,
- hypoglykémia, metabolické ochorenia ,
- akútna intoxikácia /liekmi, hubami, organofosfátmi /, abstinенčný syndróm,
- peptický vred,
- hypovitaminózy,
- nádorové ochorenia /najmä mozgu/,
- systémové ochorenia,
- hypertyreóza,
- astma bronchiale, chronická obštrukčná choroba pľúc,
- epilepsia, záchvatové ochorenia,
- anémia.

1.2.3 Komorbidita

Pri panickej poruche je komorbidita s inými poruchami veľmi častá. V 50 - 90% prípadov sa vyskytuje spolu s agorafóbiou, v 40% s depresívnou poruchou a v tretine prípadov so špecifickou fóbiou, generalizovanou úzkostnou poruchou, sociálnou fóbiou a obsedantne-kompulzívnou poruchou. Kritériá pre vyhýbavú a závislú poruchu osobnosti spĺňa 25 - 60%.

Liečba

V liečbe panickej poruchy sú odporúčané **psychoterapeutické a farmakologické postupy**.

Psychoterapia panickej poruchy

Empiricky najviac overenou psychoterapeutickou metódou je KBT, čo je dôvodom na jej odporúčenie v prvom kroku. KBT má vykonávať terapeut, ktorý sa preukázateľne pridržiava overených protokolov pre liečbu (NICE, 2011). Overená účinnosť je aj pri využití dynamickej psychoterapie a relaxačných metód, metodologické obmedzenia však neumožňujú exaktne vyhodnotiť viaceré metódy – napr. účinnosť interpersonálnej psychoterapie pri liečbe úzkostných porúch (Milrod a kol., 2016) (Markowitz a kol., 2014).

Návrh konkrétneho liečebného psychoterapeutického postupu závisí od individuálneho postoja pacienta k farmakoterapii a od jeho motivácie a ochoty spolupracovať v psychoterapii.

V psychoterapeutickej liečbe panickej poruchy je možné využiť psychoedukáciu, podporné psychoterapeutické metódy, krízovú psychoterapeutickú intervenciu v odôvodnených prípadoch, racionálne náhl'adovú podpornú psychoterapiu.

Možno tiež čiastkové psychoterapeutické techniky a nácvikové postupy (autogénny tréning, Jacobsonova relaxačná liečba, riadené dýchanie). Je možné uplatniť aj psychodynamicky orientovanú psychoterapiu, rodinnú a párovú psychoterapiu či psychoedukáciu rodinných príslušníkov.

Psychoterapia môže mať individuálny alebo skupinový formát.

Kognitívne behaviorálna psychoterapia /KBT/

Pri liečbe panickej poruchy sa ako veľmi účinná uvádza kognitívne behaviorálna terapia /KBT/. V liečbe panickej poruchy podľa KBT sa odporúča postupovať podľa jednotlivých krokov, ktoré sú podrobne prepracované. Terapiu je vhodné začať edukáciou pacienta o spúšťačoch a faktoroch udržiavajúcich túto poruchu ako aj dôsledkoch vyhýbavého správania. Vhodné je pokračovať nácvikom upokojujúceho dýchania, prípadne nácvikom svalovej relaxácie, aby pacient dostal viac pod kontrolu náhle vegetatívne príznaky úzkosti (telesné prejavy). V ďalšej fáze sa odporúča zaradiť interoceptívne expozície, najskôr v imaginácii neskôr in vivo, ktoré zabraňujú spusteniu panického ataku vyvolaného telesnými príznakmi podobnými tým, ktoré zažíva pacient pri panickom záchvate.

Pri panickej poruche je potrebné pracovať s úzkostnými myšlienkami najmä čo sa týka anticipačnej úzkosti, redukcie katastrofických interpretácií telesných príznakov, zvládania vyhýbavého správania. Postupujeme metódou expozícií v imaginácii a in vivo, aby pacient do svojho života zaradil činnosti, ktorým sa v dôsledku panickej poruchy začal vyhýbať.

Psychodynamicky orientovaná psychoterapia

Tak ako pri iných úzkostných poruchách, pri komplikovanejšom intrapsychickom konflikte, problému tolerovať a pomenovať vnútorné emočné prežívanie a nevedomé konflikty, pri prítomnej komorbidite osobnosti je vhodná psychodynamicky orientovaná psychoterapia. Dynamické mechanizmy môžu byť dôležitými faktormi pri tvorbe symptómov a tak táto liečba môže priniesť úľavu (Gabbard, 2005).

U pacientov s panickou poruchou sa často vyskytujú vzťahové problémy či iné psychosociálne záťažové faktory. V takom prípade, po zvládnutí akútnej symptomatiky možno pokračovať párovou psychoterapiou či rodinnou psychoterapiou. Indikácia je na mieste v prípadoch, keď symptómy zdieľa partner/rodina. Zásahy do partnerskej (či rodinnej) schémy môžu prispieť k liečbe úzkostných porúch zrejme častejšie ako súčasť kombinácie rôznych foriem psychoterapie (Junek).

Farmakologická liečba


Farmakologická liečba je určená pre pacientov s dlhším trvaním ochorenia alebo pre tých, u ktorých na nepreukázala účinnosť psychoterapie alebo psychoterapiu nechcú absolvovať (NICE 2011). Miera efektu, čo odráža účinnosť, je podľa niektorých zdrojov vyššia ako pre psychoterapiu (Bandelow a kol., 2015).

Farmakoterapia má byť vyhodnocovaná po 8 – 12 týždňoch liečby. Pokračovanie sa vyhodnocuje podľa stavu pacienta, minimálne odporúčané trvanie liečby je 12 až 18 mesiacov pri remisii príznakov (Baldwin a kol., 2014) (Raboch a kol., 2014).

Preferovanou skupinou liekov pre liečbu panickkej poruchy sú antidepresíva zo skupiny SSRI, overené sú niektoré antidepresíva z iných skupín. Tie sa majú použiť v prvom kroku liečby. Dávkovanie antidepresív v úvode liečby by malo byť pri úzkostných poruchách nižšie.

Dostupné antidepresíva a ich dávkovanie ju uvedené v tabuľke č. 1:

Tabuľka č. 1

Dostupné antidepresíva a ich dávkovanie			
		ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP PANICKÁ PORUCHA	
Liečivo	Dávkovanie (mg / deň)		Poznámka
	Počiatková dávka	Terapeutická / maximálna dávka	
SSRI			
paroxetín*	10 mg / deň	20 - 40 mg	anticholínergický efekt, priberanie na hmotnosti, interakcie cez CYP2D6 izoenzým
escitalopram*	5 mg	10 - 20 mg	upozornenie na možnosť predĺženia QT intervalu
citalopram*	10 mg	20 až 40 mg	
sertralín*	25 - 50 mg	do 200 mg	
fluvoxamín	50 mg	100 mg až 300 mg	silný inhibitor CYP1A2 izoenzýmu
Ďalšie antidepresíva			
venlafaxín*	37,5 mg	do 150 mg až 225 mg	SNRI antidepresívum; pri liečbe depresie sú maximálne dávky vyššie - až do 375 mg; potrebná kontrola tlaku krvi
moclobemid	150 mg	300 až 600 mg	RIMA antidepresívum; nemá sa kombinovať s SSRI a SNRI
klomipramín*	25 mg	do 150 mg	tricyklické antidepresívum; pre anticholínergický účinok a riziko porúch srdcového rytmu pri vyšších dávkach je použitie obmedzené; nie je odporúčaný v prvom kroku

Benzodiazepíny


Používanie benzodiazepínov v liečbe úzkostných porúch je kontroverzné, bez dostatočne overených odporúčaní, no benzodiazepíny sú široko využívané, pacientmi preferované, prinášajú bezprostrednú úľavu pri rôznych úzkostných stavoch a ich účinnosť v krátkodobej liečbe je vyššia ako pri použití antidepresív (Gomez a kol., 2018). Ich využitie je obmedzené, nie sú odporúčané ako prvá voľba (NICE 2013) pre skupinové nežiaduce účinky, ktoré sa ale prekrývajú s terapeutickým efektom (útlm, ospalosť), ale hlavne pre riziko rozvoja závislosti. U každého pacienta je z toho dôvodu potrebné:

- vyhodnocovať zvyšovanie tolerancie/strata účinnosti,
- svojoľné zvyšovanie dávky,
- cielené otázky na predpis benzodiazepínov od viacerých lekárov,
- obmedziť podávanie benzodiazepínov na čo najkratšiu dobu.

Na druhej strane by sa použitiu benzodiazepínov nemalo vyhýbať u stavov so závažnými príznakmi úzkosti, ktoré spôsobujú významný distress a postihnutie (Baldwin a kol., 2014). Sú odporúčané v liečbe akútnych panických atakov (Bandelow a kol., 2013). Odporúčaná doba v druhom kroku liečby je 8 – 12 týždňov (Raboch a kol., 2014) s postupným vysadzovaním o 25 % dávky za týždeň.

Podávanie benzodiazepínov v úvode liečby vedie k rýchlejšej pozitívnej zmene, ale z dlhodobého hľadiska nie je viac efektívne. Dávkovanie najviac overených benzodiazepínov v liečbe panickej poruchy je uvedené v tabuľke č. 2.

Tabuľka č. 2

Dávkovanie benzodiazepínov pri liečbe panickej poruchy		
		ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP PANICKÁ PORUCHA
Liečivo	Dávkovanie mg / deň	Poznámka
alprazolam	0,25 mg až 4 mg	Pri oboch liečivách sú uvedené nižšie dávky obvyklé pre liečbu úzkosti. Maximálne dávky uvádzané v súhrnoch charakteristických vlastností liekov (SPC) sa v klinickej praxi zvyčajne nevyužívajú.
klonazepam	1 mg až 6 mg	

Ďalšie liečivá overené v liečbe panickej poruchy, odporúčané pri nedostatočnom účinku liekov voľby alebo pri augmentácii liečby s nedostatočným podkladmi na to, aby boli použité ako prvá voľba:

mirtazapín – odporúčaný ako tretia voľba po druhom kroku, ktorým je výmena antidepresív odporúčených v prvom kroku (Bandelow a kol., 2017),

gabapentín – antiepileptikum s vplyvom na GABA-ergný systém. Efektívny len u závažnejších stavov (Katzman a kol., 2014),

atypické antipsychotiká – nedostatočne overené, využiteľné ako augmentácia u ťažkých stavov a pri komorbidite (Perna a kol., 2016), nutné kontrolovať nežiaduce účinky (hmotnosť, metabolický syndróm a ďalšie).

Liečba panickej poruchy by mala zohľadňovať pacientove potreby a cieľom liečby by mala byť úplná eliminácia panických atakov. Dôležité je vytvoriť terapeutický vzťah s pacientom, edukovať ho o poruche a stanoviť si ciele terapie s postupným odstránením vyhýbavého správania sa (Barlow, 1998, Jefferson, 1997).

Psychofarmakologická liečba panickej poruchy je dlhá minimálne 12-18 mesiacov. Po uplynutí tejto doby je potrebné zhodnotiť individuálne priebeh liečby a rozhodnúť o postupnom vysadení medikácie alebo o ďalšom pokračovaní v liečbe.

Prognóza

Priebeh a prognóza panickej poruchy sú rôzne. Je popísaný ako chronický priebeh, tak spontánna úzdrava, či recidíva po niekoľkoročnej remisii. Jednou z najzávažnejších komplikácií panickej poruchy je suicídium, ktorého celoživotné riziko je až 20 %. Psychosociálnymi dôsledkami panickej poruchy môže byť často aj strata zamestnania alebo partnerské problémy.

Stanovisko expertov (posudková činnosť, revízná činnosť, PZS a pod.)

Panická porucha môže byť u časti pacientov farmakorezistentná a môže mať chronický priebeh. Takéto ťažké formy panickej poruchy môžu viesť až k invalidizácii pacienta, a to obzvlášť s komorbiditou s inými psychickými poruchami.

Zabezpečenie a organizácia starostlivosti

Lekár so špecializáciou v odbore psychiatria (psychiater) - psychiatrické vyšetrenie pacienta, tvorba individuálneho terapeutického plánu, rozhodnutie o potrebe hospitalizácie, ambulantné vedenie pacienta s pravidelným posudzovaním jeho stavu, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť – supervízia, psychoterapia.

Lekár bez špecializácie - psychiatrické vyšetrenie pacienta, príjem pacienta, sledovanie stavu pacienta, indikovanie farmakoterapie pod dohľadom psychiatera, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť – supervízia, psychoterapia.

Všeobecný lekár pre dospelých a všeobecný lekár pre deti a dorast, pediater – pri suspektnej poruche prvotný skrining a následné odoslanie k špecialistovi, v stabilizačnej (ev. iniciálnej) fáze možný menežment v úzkom kontakte so psychiatrom/ psychológom.

Klinický psychológ - realizácia klinického psychologického vyšetrenia, špecificky klinického psychodiagnostického vyšetrenia, psychologická liečba druhého stupňa (jednoduchšie evidence based postupy), podporná psychologická liečba, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť.

Psychológ - realizácia psychologického vyšetrenia, špecificky psychodiagnostického vyšetrenia, psychologická liečba druhého stupňa (jednoduchšie evidence based postupy), podporná psychologická liečba, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť.

Psychoterapeut - špecifickú psychoterapiu vykonáva psychiater, psychológ a iný odborník s absolvovaným výcvikom v danom psychoterapeutickom prístupe certifikovanom odbornou organizáciou v zmysle príslušnej platnej legislatívy so špecifickou zainteresovanosťou pacienta podľa typu, stavu, naliehavosti a závažnosti poruchy.

Sestra – psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť, podporná psychologická liečba, podávanie farmakoterapie.

Sociálny pracovník- sociálno právna podpora, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť, podporná psychologická liečba.

Liečebný pedagóg – psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť v rámci svojich kompetencií preferenčne v denných psychiatrických stacionároch.

Denné psychiatrické stacionáre - psychiater, psychológ, liečebný pedagóg, sestra, sociálny pracovník.

Lekár RZP – zabezpečenie starostlivosti o pacienta v akútnom stave.

Ústavní poskytovatelia psychiatrickej starostlivosti - pri závažných formách s potrebou intenzívnej liečby.

Ďalšie odporúčania

Úzkostné poruchy vrátane panickej poruchy tvoria väčšinu psychických porúch v ambulantnej psychiatrickej starostlivosti. Výhodou je, že pacienti môžu vyhľadať psychiatra aj bez odporúčenia všeobecného lekára, čo mnohokrát urýchli proces vyšetrenia a následnej liečby.

Včasná liečba môže často zabrániť vzniku chronického ochorenia.

Väčšina pacientov s panickou poruchou je v dlhodobej starostlivosti ambulantných psychiatrov.

Okrem účinnej farmakoterapie je dôležité vytvorenie kvalitného terapeutického vzťahu s pacientom a psychoterapeutické vedenie pacienta.

Okrem liečby základnej poruchy pacienti mnohokrát riešia svoje vzťahové či pracovné problémy a v dnešnej dobe aj sociálnu situáciu. Tieto faktory taktiež modifikujú a ovplyvňujú celkový výsledok liečby.

Doplnkové otázky manažmentu pacienta a zúčastnených strán

Pri liečbe panickej poruchy sa používa všeobecné znenie informovaného súhlasu (napr. podľa vzoru vydaného Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou zverejneného na webovej stránke www.udzs-sk.sk).

Alternatívne odporúčania

Súčasťou komplexného prístupu k liečbe panickej poruchy je odporúčanie zásad zdravej životosprávy čiže dostatok odpočinku, spánku, plánovanie aktivít, telesné cvičenie, vyvážená strava.

Zásady zdravej životosprávy a psychogynieny by mali byť súčasťou výchovy detí v rodinách a školách. Taktiež zamestnávateľia by mali dbať na zabezpečenie takých pracovných podmienok, aby nedochádzalo k preťažovaniu zamestnancov. Niektoré podniky už vytvárajú podmienky na krátke pracovné pauzy s možnosťou telesného cvičenia. Dôležitá je aj edukácia o duševných poruchách a destigmatizácia psychiatrie ako takej. Túto úlohu môžu veľmi dobre zastávať médiá, v ktorých by mali dostávať priestor odborníci z oblasti duševného zdravia.

Odporúčania pre ďalší audit a revíziu štandardu

Prvý audit a revízia - za 2 roky, následne každých 5 rokov pri známom novom vedeckom dôkaze o efektívnejšom manažmente diagnostiky alebo liečby a tak skoro ako je možnosť zavedenia tohto postupu do zdravotného systému v Slovenskej republike.

Klinický audit a nástroje bezpečnosti pacienta budú doplnené pri 1. revízii.

Audit a revízia v prípade vydania novej revízie medzinárodnej klasifikácie chorôb.

Literatúra

BALDWIN, D.S., ANDERSON, I.M., NUTT, D.J., ALLGULANDER, C., BANDELOW, B., DEN BOER, J.A., CHRISTMAS, D.M., DAVIES, S., FINEBERG, N., LIDBETTER, N., MALIZIA, A., MCCRONE, P., NABARRO, D., O'NEILL, C., SCOTT, J., VAN DER WEE, N. y WITTCHEN, H.-U., 2014. Evidence-based pharmacological treatment of anxiety disorders, post-traumatic stress disorder and obsessive-compulsive disorder: A revision of the 2005 guidelines from the British Association for Psychopharmacology. *Journal of Psychopharmacology*, vol. 28, no. 5, pp. 403-439. ISSN 0269-8811, 1461-7285. DOI 10.1177/0269881114525674

BALLENGER, J.C., 2000. Panic disorder and agorafobia In: Gelder MG ,Lopez-Ibor JJ Andreasen N /eds/*New Oxford Textbook of Psychiatry*. Oxford University Press: UK, 807-822, ISBN 9780199696758

BANDELOW, B., BALDWIN, D.S. y ZWANZGER, P., 2013. Pharmacological treatment of panic disorder. *Modern Trends in Pharmacopsychiatry*, vol. 29, pp. 128-143. ISSN 1662-2685. DOI 10.1159/000351953.

BANDELOW, B., MICHAELIS, S. y WEDEKIND, D., 2017. Treatment of anxiety disorders. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, vol. 19, no. 2, pp. 93-107. ISSN 1294-8322.

BANDELOW, B., REITT, M., RÖVER, C., MICHAELIS, S., GÖRLICH, Y. y WEDEKIND, D., 2015. Efficacy of treatments for anxiety disorders: a meta-analysis. *International Clinical Psychopharmacology*, vol. 30, no. 4, pp. 183-192. ISSN 1473-5857. DOI 10.1097/YIC.0000000000000078

BARLOW, D. H., 2004. Anxiety and its disorders. Second edition. *The Nature and Treatment of Anxiety and Panic*. Guilford Press: New York. ISBN 9781593850289.

DUŠEK, K.; a VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A., 2015. Diagnostika a terapie duševních poruch. *Grada, ČR*, s.353-368 ISBN 978-80-247-4826-9

FERENČÁKOVÁ, L., 2014. Reálne možnosti liečby duševných porúch v súlade s SPC. *Psychiatria pre prax*, vol. 15, no. 3, pp. 122-126

GABBARD G.O. 2005. Dlhodobá psychodynamická psychoterapia. Vydavateľstvo F Trenčín, 2005, s.49-55, 105-109 s. ISBN 80-88952-29-8

GOMEZ, A.F., BARTHEL, A.L. y HOFMANN, S.G., 2018. Comparing the efficacy of benzodiazepines and serotonergic anti-depressants for adults with generalized anxiety disorder: a meta-analytic review. *Expert Opinion on Pharmacotherapy*, vol. 19, no. 8, pp. 883-894. ISSN 1744-7666. DOI 10.1080/14656566.2018.1472767

HOSCHL, C.; LIBIGER, J.; ŠVESTKA, J., 2002. *Psychiatrie*, s.488-490, Tigris: Praha, ISBN 82-900130-1-5

JEFFERSON J. W., 1997. Antidepressants in panic disorder. In *J Clin Psychiatry* 58, Suppl.2, s. 20-24, ISSN 1555-2101

JESSE H. et al., 2008. Učenie sa kognitívno-behaviorálnej terapie, s. 169-187

JUNEK, P. Psychoterapie úzkostných poruch. <http://www.psychoterapeuti.cz/dokumenty/category/10-standardy?download=158:standardy-uzkostne-poruchy>

KATZMAN, M.A., BLEAU, P., BLIER, P., CHOKKA, P., KJERNISTED, K. y VAN AMERINGEN, M., 2014. Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders. BMC Psychiatry, vol. 14, no. Suppl 1, pp. S1. ISSN 1471-244X. DOI 10.1186/1471-244X-14-S1-S1

KUSÁ, K.; HAŠTO, J. 2003. Psychoterapia. Trenčín, 2003. www.psychoterapia-sk.sk/dokumenty/informacie/psychoterapia.pdf

MARKOWITZ, J.C., LIPSITZ, J. y MILROD, B.L., 2014. CRITICAL REVIEW OF OUTCOME RESEARCH ON INTERPERSONAL PSYCHOTHERAPY FOR ANXIETY DISORDERS. Depression and anxiety, vol. 31, no. 4, pp. 316-325. ISSN 1091-4269. DOI 10.1002/da.22238

MILROD, B., CHAMBLESS, D.L., GALLOP, R., BUSCH, F.N., SCHWALBERG, M., MCCARTHY, K.S., GROSS, C., SHARPLESS, B.A., LEON, A.C. y BARBER, J.P., 2016. Psychotherapies for Panic Disorder: A Tale of Two Sites. The Journal of Clinical Psychiatry, vol. 77, no. 7, pp. 927-935. ISSN 1555-2101. DOI 10.4088/JCP.14m09507

MILROD B., BUSCH F., COOPER A., SHAPIRO T., 2006. Psychodynamická psychoterapia panické poruchy. Vydavateľstvo F: Bratislava, ISBN 8088952336

MOŽNÝ P.; PRAŠKO J., 1999. Kognitívne-behaviorálna terapia: Úvod do teórie a praxe. Triton: Praha, s. 214-217, ISBN 80-7254-038-6

NICE, 2011. Generalised anxiety disorder and panic disorder in adults: management [en línea]. 2011. S.l.: s.n. Disponible en: nice.org.uk/guidance/cg113.

NICE, 2013. Social anxiety disorder: recognition, assessment and treatment. Clinical guideline [en línea]. 2013. S.l.: s.n. Disponible en: nice.org.uk/guidance/cg159.

PERNA, G., ALESSANDRA, A., RAFFAELE, B., ELISA, M., GIUSEPPINA, D., PAOLO, C., MARIA, N. y DANIELA, C., 2016. Is There Room for Second-Generation Antipsychotics in the Pharmacotherapy of Panic Disorder? A Systematic Review Based on PRISMA Guidelines. International Journal of Molecular Sciences [en línea], vol. 17, no. 4. [Consulta: 20 agosto 2018]. ISSN 1422-0067. DOI 10.3390/ijms17040551. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4849007/>

PRAŠKO J., MOŽNÝ P., ŠLEPECKÝ M., 2007. Kognitívne-behaviorálna terapia psychických poruch. Triton: Praha, s. 1048, ISBN 8072548651

PRAŠKO J., PRAŠKOVÁ H., ADAMCOVÁ K., VYSKOČILOVÁ J. 2007. Panická porucha a jak ji zvládat. Galén: Praha, s. 55

PRAŠKO, Ján; Vyskočilová, Jana; Adamcová, Katarína; Prašková, Hana. 2014. Agorafobie a panická porucha. Portál: Praha. ISBN 978-80-262-0518-0

PRAŠKO, J.; PRAŠKOVÁ, H. Psychoterapie úzkostných poruch. uhsl.wz.cz/elearning/pstuzkostpor.pdf

PRAŠKOVÁ, H.; PRAŠKO, J., 2000. Úzkostné a fobické poruchy. s. 14-29, Galén: Bratislava, ISBN 8072620398

RABOCH, J., UHLÍKOVÁ, P., HELLEROVÁ, P., ANDERS, M. y ŠUSTA, M., 2014. PSYCHIATRIE: Doporučené postupy psychiatrické péče IV. S.l.: Psychiatrická společnost ČLS JEP. ISBN 978-80-260-5792-5

SEIFERTOVÁ, D. ;PRAŠKO, J.; HOSCHL, C., 2004. Postupy v léčbě psychických poruch. Academia Medica Pragensis: Praha, s. 140-161, ISBN 80-86694-06-2

SMOLÍK, P., 1996. Duševní a behaviorální poruchy: průvodce klasifikací: nástin nozologie: diagnostika. Praha: Maxdorf Jessenius. 267 – 269 s., ISBN 80-85800-33-0

WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1996. Mezinárodní klasifikace nemocí. 10. revize., Duševní poruchy a poruchy chování : diagnostická kritéria pro výzkum (Přel. z angl. orig.). Praha: Psychiatrické centrum Praha, str. 262-265

WRIGHT, J. W.; BASCO, M.R.; THASE, M.E. 2008. Učenie sa kognitívno-behaviorálnej terapie. Vydavateľstvo F, Trenčín, 2008, 75 -187 s., ISBN 978-80-88952-53-4

Poznámka:

Ak klinický stav a osobitné okolnosti vyžadujú iný prístup k prevencii, diagnostike alebo liečbe ako uvádza tento štandardný postup, je možný aj alternatívny postup, ak sa vezmú do úvahy ďalšie vyšetrenia, komorbidity alebo liečba, teda prístup založený na dôkazoch alebo na základe klinickej konzultácie alebo klinického konzília.

Takýto klinický postup má byť jasne zaznamenaný v zdravotnej dokumentácii pacienta.

Účinnosť

Tento štandardný postup nadobúda účinnosť od 1. apríla 2020.

**Andrea Kalavská, v. r.
ministerka**