

Panická porucha

Panická porucha je úzkostná porucha, řadí se dle MKN-10 mezi jiné úzkostné poruchy. Je charakterizována opakovanými paroxysmy masivní úzkosti (tzv. panické ataky), které se na rozdíl od fobie nevážou na žádnou konkrétní situaci a zpravidla je nelze předvídat. Panickou ataku provází četné vegetativní příznaky, protože může být chybně interpretována jako tělesné onemocnění. Lidé trpící touto chorobou také často nabývají mylného přesvědčení, že onemocněli vážnou psychickou či somatickou poruchou. Ačkoliv je pacient po diagnostikování nemoci obvykle dostatečně edukován o jeho problémech, při atace není schopen svůj stav vůlí ovládnout.

Epidemiologie

Celoživotní prevalence se udává mezi 1,4–3,5 %, roční pak okolo 1 %. První záchvat se zpravidla objevuje v období dospívání a rané dospělosti (15–24 let), či okolo 50. roku života. Nemoc postihuje dvakrát častěji ženy.

Etiologie a patogeneze

Navzdory malému počtu studií zaměřených na vliv genetických faktorů na tuto chorobu je možno odvodit závěr, že má nemoc jasnou genetickou komponentu (mimo jiné byla jasně prokázána vyšší konkordance u jednovaječných dvojčat než u dvojvaječných). V autonomním nervovém systému je rovněž zvýšen tonus sympatiku a zjevné jsou i jeho neadekvátní reakce na mírné podněty. Dalšími příčinami jsou i biologické abnormality v CNS (dysregulace v noradrenergním, dopaminergním a serotoninergním systému). V úvahu přichází i poruchy v GABAergním neurotransmiterovém systému a další (Praško et al. 2011).

Psychologické teorie připisují význam patologickým vzorcům chování

- v interpersonálních vztazích (psychoanalytické teorie)
- při interpretaci příznaků normální stresové reakce – např. bušení srdce, závrať (kognitivně behaviorální model)

Průběh a projevy

Panickou ataku doprovází celá řada vegetativních a psychických symptomů.

Tělesné příznaky:

- Pocit svírání v hrudníku či v krku
- Zvýšený svalový tonus
- Tachykardie
- Bolest na hrudi či v hlavě
- Dechová nedostatečnost
- Svalový třes
- Vertigo
- Nausea
- Sucho v ústech
- Návaly horka či chladu
- Mžítka před očima

Psychické příznaky:

- Psychické napětí
- Pocit ztráty kontroly a sebeovládání
- Katastrofické interpretace tělesných příznaků
- Pocit na omdlení
- Strach ze zešílení, smrti, nebo zmizení
- Pocit depersonalizace či derealizace

Panická porucha

Panic disorder



Výskyt panické poruchy v roce 2002

Rizikové faktory	kouření, kofein, alkohol
Klinický obraz	Manifestní úzkost, která není omezena na nějakou zvláštní situaci.

Klasifikace a odkazy

MKN	F41.0 (https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F41.0)
MeSH ID	D016584 (https://www.medvik.cz/bmc/link.do?id=D016584)
OMIM	167870 (https://omim.org/entry/167870)
MedlinePlus	000924 (https://medlineplus.gov/ency/article/000924.htm)
Medscape	287913 (https://emedicine.medscape.com/article/287913-overview)



Video v angličtině, definice, patogeneze, příznaky, komplikace, léčba.

Jako první spouštěč ataky mohou působit různé látky – tzv. panikogeny – laktát, johimbin, kofein, ale i drogy – typicky stimulancia či

marihuana. Sedativní účinek alkoholu může způsobit dočasnou úlevu (riziko vzniku závislosti). Ataka však může vzniknout zcela náhle a zdánlivě bezdůvodně. Při ní dochází k intenzivnímu strachu, že se stane něco strašného. Následkem toho dochází k excitaci sympatiku a nastává stav "útok nebo útek", kdy dochází k četným vegetativním a psychickým projevům uvedeným výše, které si dotyčný interpretuje jako znak blížící se katastrofy (bolest na hrudi – mám infarkt). Tím dochází k stresu, hyperventilaci, respirační alkalóze, pocitům na omdlení a opět k zesilování původní reakce (bludný kruh). Po určitém čase (zpravidla do několika minut) se dotyčný vyčerpá a přestane hyperventilovat, následkem čehož se opět stabilizuje hladina kyslíku v těle, zpomalí se srdeční činnost a úzkost odeznívá. Po atace může být člověk vyčerpaný, ale může se dostavit i pocit euforie.

Navzdory skutečnosti, že může být panická porucha téměř invalidizující, je zpravidla pacient dobře sociálně adaptován. Při atace nemusí být na dotyčném nic znát, případně může budit dojem strachu, vyplašenosti, nervozity či zmatenosti.

Přidružené fenomény

Mezi nejčastější komplikace, které se k samotným úzkostem přidruží patří agorafobie (komorbidita okolo 50–70 %), deprese a pocity depersonalizace (zdání neskutečnosti svého já, fyz. těla nebo jeho části) a derealizace (okolní svět se jeví jako cizí, nehmotný, neexistující). Vzhledem k tomu, že se jedná o sekundární symptomy, resp. komplikace platí, že vyléčení primárního problému (PP) odezní téměř vždy i druhý. Léčbu komplikuje i vznik naučených patologických myšlenkových vzorců, jenž prohlubují ataky, které se navíc stávají častějšími. Jde v podstatě o „úzkost z očekávání“ – člověk trpící poruchou se bojí, že ho ataka přepadne v místě či situaci, kde ho v minulosti přepadla a očekává nepříjemné důsledky (že se společensky znemožní, pomočí apod., ačkoliv se mu to nikdy nestalo) – tím dochází k vyhýbavému chování (tzv. anticipační chování), které v některých případech vede k sociální izolaci a pacient téměř nevychází z bytu, apod. O suicidium se pokusí 7 % lidí trpící PP, v případě komorbidity s depresí až 20 %.

Léčba

V případě PP platí, že čím dříve se začne s léčbou, tím kratší a mírnější průběh bude mít nemoc. Vzhledem k velkému množství projevů nemoci je však na místě vyloučit i jiné klinicky závažné nemoci, jejichž symptomy se mohou shodovat s příznaky úzkostné ataky (infarkt myokardu, astma, epilepsie, intoxikace, nádor).

Farmakoterapie

- **Antidepresiva:** Lékem první volby jsou antidepresiva ze skupiny SSRI (Sertralin, Citalopram) a SNRI (Venlafaxin), případně tricyklická antidepresiva (Imipramin, Clomipramin). Jejich účinky se projeví obvykle za 3–6 týdnů.
- **Benzodiazepiny:** K zvládnutí akutní úzkosti jsou obvykle předepisovány benzodiazepiny, zpravidla vysokopotentní benzodiazepiny s dominujícím anxiolytickým účinkem, tedy alprazolam (Neurole, Xanax), či clonazepam (Rivotril). Vzhledem k jejich vysokému potenciálu návyku je však jejich užívání vhodné jen na počátku léčby, dokud se neprojeví plný účinek antidepresiv (obvykle max. 6 týdnů), případně při masivní atace i v průběhu léčby. Jejich vysazování by mělo probíhat postupně, neboť při náhlém přerušení užívání těchto léků dochází k syndromu z vysazení (úzkost, výjimečně i epileptické záchvaty)
- **Antipsychotika:** Při závažném klinickém obrazu a v případě, kdy dostatečně nepomohla antidepresiva žádné skupiny, mohou být kromě antidepresiv nasazena antipsychotika (Sulpirid).

Psychoterapie

V případě psychoterapie se uplatňuje nejčastěji kognitivně behaviorální terapie. Je vhodné pacienta dostatečně edukovat o jeho problémech, případně mu vysvětlit bludný kruh úzkosti a zároveň ho ujistit, že udělal dobře, že vyhledal pomoc. Důležité je rovněž odstranění anticipačního chování a nácvik schopnosti nalézt racionální náhled na své panické myšlenky. Na místě je také najít a odstranit příčiny v jeho soukromém životě, na které pacient reaguje panickým záchvatem.

Prognóza

Závisí na spoustě faktorů, důležitá je zejména časná intervence terapeuta, který může pacientovi přinést úlevu kombinací farmakoterapie a psychoterapie. Asi 40 % pacientů má chronický průběh navzdory léčbě. Může dojít jak ke spontánnímu uzdravení, tak k recidivě po letech bez příznaků. Léčba bývá obvykle dlouhodobá, trvající i roky, výjimečně jen měsíce.

Odkazy

Související články

- Úzkostné poruchy
- Benzodiazepiny
- Antidepresiva

Použitá literatura

- PRAŠKO, Ján, et al. Panická porucha. *Practicus* [online]. 2011, roč. 10, no. 9, s. 11-17, dostupné také z <<http://www.practicus.eu>>. ISSN 1213-8711.
- PRAŠKO, Ján, et al. *Panická porucha a jak ji zvládat*. 1. vydání. Praha : Galén, 2006. ISBN 80-7262-424-5.