

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:

## Komplexný manažment adolescentného a dospelého pacienta s panickou poruchou

Číslo ŠP	Dátum predloženia na Komisiu MZ SR pre ŠDTP	Status	Dátum účinnosti schválenia ministrom zdravotníctva SR
0100	13. február 2020	Schválené	1. apríl 2020

### Autori štandardného postupu

#### Autorský kolektív:

doc. PhDr. Miloš Šlepecký, CSc.; Mgr. Dominika Petříková; PhDr. Iveta Šefarová, PhD.; PhDr. PaedDr. Marta Zaťková, PhD.

#### Odborná podpora tvorby a hodnotenia štandardného postupu

**Prispievatelia a hodnotitelia:** členovia odborných pracovných skupín pre tvorbu štandardných diagnostických a terapeutických postupov MZ SR (OPS klinická psychológia: PaedDr. et Mgr. Erika Jurišová, PhD.; PhDr. Peter Sabol; PhDr. Antónia Kotianová, PhD.; PhDr. Róbert Máthé, PhD.; PhDr. Pavla Nötová, PhD.; PhDr. Karina Pribišová; prof. MUDr. Ján Praško Pavlov, CSc.; doc. Mgr. Anton Heretik ml., PhD.; PhDr. Katarína Jandová, PhD.); hlavní odborníci MZ SR príslušných špecializačných odborov; hodnotitelia AGREE II; 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. Peter Bartoň; prof. MUDr. Mariana Mrázová, PhD., MHA; MUDr. Štefan Laššán, PhD.; MUDr. Jozef Kalužay, PhD.; prof. MUDr. Jozef Šuvada, PhD., MPH

#### Recenzenti

**členovia Komisie MZ SR pre ŠDTP:** MUDr. Peter Bartoň; PharmDr. Zuzana Baťová, PhD.; PharmDr. Tatiana Foltánová, PhD.; MUDr. Róbert Hill, PhD., MPH; prof. MUDr. Jozef Holomáň, CSc.; doc. MUDr. Martin Hrubíško, PhD., mim. prof.; prof. PhDr. Monika Jankechová, PhD.; MUDr. Jozef Kalužay, PhD.; MUDr. Jana Kelemenová; PhDr. Drahomír Kollár; MUDr. Branislav Koreň; MUDr. Štefan Laššán, PhD.; prof. MUDr. Ivica Lazúrová, DrSc.; PhDr. Mária Lévyová; doc. MUDr. Adriána Liptáková, PhD., MPH; Mgr. Katarína Mažárová; prof. MUDr. Mariana Mrázová, PhD., MHA; MUDr. Mária Murgašová; Ing. Jana Netriová, PhD., MPH; Mgr. Renáta Popundová; MUDr. Ladislav Šinkovič, PhD., MBA; prof. MUDr. Mária Šustrová, CSc.; prof. MUDr. Jozef Šuvada, PhD., MPH; MUDr. Martin Vochyan; PharmDr. Miriam Vulevová, MBA; MUDr. Andrej Zlatoš

#### Technická a administratívna podpora

**Podpora vývoja a administrácia:** Mgr. Zuzana Kuráňová; Ing. Barbora Vallová; Mgr. Ľudmila Eisnerová; Mgr. Mário Fraňo; JUDr. Marcela Virágová, MBA; Ing. Marek Matto; prof. PaedDr., PhDr. Pavol Tománek, PhD.; JUDr. Ing. Zsolt Mánya, PhD.; Mgr. Sabína Brédová; Ing. Mgr. Liliana Húsková; Ing. Zuzana Poláková; Mgr. Tomáš Horváth; Ing. Martin Malina; Mgr. Ing. Mária Syneková; Ing. Katarína Krkošková; Mgr. Miroslav Hečko; Mgr. Anton Moises; PhDr. Dominik Procházka; Ing. Andrej Bóka

**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)

## **Kľúčové slová**

panická porucha, prevencia, diagnostika, manažment, liečba

## **Zoznam skratiek a vymedzenie základných pojmov**

<b>ŠPDTP</b>	štandardný preventívny, diagnostický a terapeutický postup
<b>PP</b>	panická porucha. Hlavným znakom panickej poruchy sú opakované záchvaty masívnej úzkosti (Praško a kol. in: Seifertová, Praško, Höschl, Horáček a kol., 2008)
<b>EBM</b>	Evidence Based Medicine (medicína založená na dôkazoch)
<b>NICE</b>	the National Institute for Health and Care Excellence (Národný inštitút pre zdravie a kvalitnú starostlivosť)
<b>APA</b>	American Psychological Association (Americká psychologická asociácia)
<b>KBT</b>	kognitívno-behaviorálna terapia
<b>IKBT</b>	kognitívno-behaviorálna terapia prostredníctvom internetu
<b>MKCH-10</b>	medzinárodná klasifikácia chorôb
<b>DSM-5</b>	diagnostický a štatistický manuál duševných porúch
<b>ŠPI</b>	špecifické psychoterapeutické intervencie (vybrané psychologické intervencie, ktoré využívajú špecifické terapeutické techniky podľa EBM uvedené v časti liečba v druhom stupni starostlivosti, menej intenzívne psychologické liečebné postupy)
<b>ANS</b>	autonómny nervový systém
<b>HRV</b>	heart rate variability, (variabilita srdcovej frekvencie)
<b>ÚD I</b>	úroveň dôkazov I (systematický prehľad štúdií z úrovne II)
<b>ÚD II</b>	úroveň dôkazov na základe RCT

## **Kompetencie**

Všeobecný lekár pre deti a dorast - prvotné posúdenie, odoslanie na ďalšiu liečbu, management liečby.

Lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore všeobecné lekárstvo - prvotné posúdenie, odoslanie na ďalšiu liečbu.

Lekár so špecializáciou v špecializačnom 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. Po absolvovaní vzdelávania v ŠPI poskytovanie ŠPI.

Lekár bez špecializácie - psychiatrické vyšetrenie pacienta, príjem pacienta, sledovanie stavu pacienta, indikovanie farmakoterapie pod dohľadom psychiatra, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť. Po absolvovaní vzdelávania v ŠPI poskytovanie ŠPI.

Lekár s certifikátom pre špecifickú psychoterapiu vychádzajúcej z EBM pre PP - diagnostika, prevencia, psychoterapia, supervízia. Ak nie je takýto odborník k dispozícii, lekár so špecializáciou v psychiatrii + s certifikátom v psychoterapii.

Psychológ v špecializačnom odbore klinická psychológia, poradenská psychológia, pracovná a organizačná psychológia - realizácia psychodiagnostiky, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť, prevencia. Po absolvovaní vzdelávania v ŠPI poskytovanie ŠPI.

Psychológ v špecializačnom odbore klinická psychológia, poradenská psychológia, pracovná a organizačná psychológia s certifikátom v špecifickej psychoterapii vychádzajúcej z EBM pre PP - diagnostika, psychodiagnostika, psychoterapia, supervízia. Ak nie je takýto odborník k dispozícii, psychológ v zdravotníctve špecialista s certifikátom v psychoterapii.

Poradenský psychológ - prvotné posúdenie, prevencia. Po absolvovaní vzdelávania v ŠPI poskytovanie ŠPI.

Sestra s vysokoškolským vzdelaním prvého stupňa v odbore ošetrovateľstvo, pôrodná asistencia, alebo fyzioterapia, sestra s ukončeným špecializačným štúdiom v študijnom odbore diplomovaná všeobecná sestra. Podávanie farmakoterapie, ošetrovateľské postupy, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť. Po absolvovaní vzdelávania v ŠPI poskytovanie ŠPI.

Sestra s pokročilou praxou s certifikátom v špecifickej psychoterapii vychádzajúcej z EBM pre PP - prevencia, psychoterapia, supervízia.

Liečebný pedagóg - prvotné posúdenie, prevencia; liečebnopedagogická diagnostika a terapia. Po absolvovaní vzdelávania v ŠPI poskytovanie ŠPI.

Liečebný pedagóg špecialista - s certifikátom v špecifickej psychoterapii vychádzajúcej z EBM pre PP - diagnostika, prevencia, psychoterapia, supervízia.

Špeciálny pedagóg - prvotné posúdenie, prevencia. Po absolvovaní vzdelávania v ŠPI poskytovanie ŠPI.

Logopéd - prvotné posúdenie, prevencia. Po absolvovaní vzdelávania v ŠPI poskytovanie ŠPI.

Logopéd špecialista - s certifikátom v špecifickej psychoterapii vychádzajúcej z EBM pre PP - diagnostika, prevencia, psychoterapia, supervízia.

Sociálny pracovník - prvotné posúdenie, prevencia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť, sociálno-právna podpora. Po absolvovaní vzdelávania v ŠPI poskytovanie ŠPI.

## Úvod

Účelom tohto štandardného preventívneho, diagnostického a liečebného postupu je zlepšiť dostupnosť a kvalitu zdravotnej starostlivosti pacientov trpiacich PP v Slovenskej republike. Je určený lekárom so špecializáciou v špecializačnom odbore všeobecné lekárstvo, všeobecným lekárom pre deti a dorast, klinickým a poradenským psychológom, lekárom so špecializáciou v špecializačnom odbore psychiatria a iným odborníkom v oblasti duševného zdravia. Jeho cieľom je pomôcť v prevencii, diagnostike a liečbe tejto poruchy podľa EBM, zlepšiť kvalitu života postihnutých. Má tiež zvýšiť povedomie o tejto poruche u zdravotníckych pracovníkov a zlepšiť koordináciu liečby.

Podľa Bražinovej (2017) sa v súčasnosti väčšina osôb trpiacich úzkostnými poruchami nelieči. I keď pri PP sú podľa EBM jasne definované liečebné postupy, tieto sa dostatočne nevyužívajú a porucha sa lieči menej efektívnymi psychoterapeutickými a farmakoterapeutickými postupmi. Klinickou otázkou je, ako zvýšiť dostupnosť a efektívnosť liečby PP. ŠPDTP liečby PP umožňuje spresniť diagnostiku, zavádza nové liečebné postupy ŠPI v druhom stupni starostlivosti, ako je IGBT, a odporúča postupy vychádzajúce s EBM, ktoré majú vyššiu

účinnosť ako dosiaľ používané psychoterapeutické prístupy. Zavádza efektívne preventívne a monitorovacie postupy a definuje EBM psychoterapeutické postupy, ich intenzitu a trvanie podľa stupňa ochorenia. Definuje špecifiká liečebných postupov u dospelých a adolescentov. Spresňuje sieť poskytovateľov a ich kompetencie. Nadväzuje na ŠPDTP v odbore psychiatria a podrobnejšie ho dopĺňa psychologickými preventívnymi, diagnostickými a psychoterapeutickými postupmi. Odporúča používanie dotazníkov na meranie efektu terapie, jednak na začiatku a na konci, a jednak priebežne, čo umožňuje nepretržite monitorovať účinok terapeutických intervencií. Predstavuje tiež postup, ktorý môžu použiť iné odbory, ako je liečebná pedagogika a sestra v psychiatrii.

Pri PP ide spravidla o chronickú poruchu, ktorá je sprevádzaná vážnym utrpením pacienta a narušením jeho života (Praško a kol; in Seifertová, Praško, Höschl, Horáček, a kol., 2008). Podľa Batelaan a kol. (2007) je panická porucha tiež spojená so značnými spoločenskými nákladmi, ktoré sú spôsobené zvýšenou potrebou zdravotnej starostlivosti a zníženou produktivitou v práci (Gros, Frieß, Magruder, 2011).

Tento štandard bol vytvorený na základe hierarchie váhy dôkazov, a to metaanalýz, znáhodnených kontrolovaných štúdií a svetových, či európskych odporúčaní, (anglického guideline; NICE, APA odporúčaní, Kanadského guideline; Canadian clinical practice guidelines for the management of Anxiety, Nemeckého clinical practice guideline; The Diagnosis of and treatment Recommendations for Anxiety Disorders, a odborných poznatkov v problematike od rešpektovaných a uznávaných autorít. Zohľadnili sme potrebné úrovne dôkazov za posledných 10 rokov v elektronických databázach systematických prehľadov (Cochrane, Pubmed), či elektronických časopisov.

## **Prevenencia**

Podľa Evans a kol. (2012) by sa preventívne zásahy pri úzkostných poruchách mali zameriavať tak na rizikové, ako aj ochranné faktory súvisiace s etiológiou a udržiavaním týchto porúch. Niektoré rizikové aj ochranné faktory je možné ovplyvniť viac, iné menej, a dôležité je tiež obdobie života, v ktorom pôsobia. Z toho vyplýva, že rozvoj účinnej prevencie úzkostných porúch si bude vyžadovať:

- (1) komplexné poznanie rizikových a ochranných faktorov, ako aj ich komplexné vzájomné vzťahy počas rôznych období vývoja,
- (2) zlepšenie metód na zistenie ne/prítomnosti týchto faktorov,
- (3) intervencie, ktoré zvyšujú ochranné faktory a/alebo redujú rizikové faktory, alebo oboje.

Cieľom takýchto programov je znížiť výrazne negatívny vplyv úzkostných porúch na jednotlivcov a spoločnosť.

Preventívne programy podľa Evans a kol. (2012) môžeme rozdeliť na:

- (1) indikované programy prevencie, ktoré sa zameriavajú na rizikových jedincov, ktorí už majú symptómy a/alebo biologické markery, ale nespĺňajú v plnej miere diagnostické kritériá pre poruchu,
- (2) programy selektívnej prevencie, ktoré sa zameriavajú na osoby, o ktorých sa predpokladá, že predstavujú vysoké riziko rozvoja poruchy (napr. boli svedkami násillia),

- (3) univerzálne preventívne programy, ktoré sú zacielené na celé populácie bez ohľadu na rizikové faktory (napr. určitý stupeň školskej dochádzky).

Praško a kol. (2006) uvádza nasledovné výchovné vplyvy súvisiace s rozvojom panickej poruchy:

- predčasné oddelenie od matky,
- perfekcionistická a nadmerne kritizujúca výchova,
- prehnane ošetrojúca a rozmaznáväjúca výchova,
- úzkostlivý rodič ako vzor,
- výchova rodičmi, ktorí dávajú dieťaťu najavo, že svet je plný nebezpečenstva,
- náhle úmrtie blízkeho človeka.

V Slovenskej republike by sa mala primárnou prevenciou neurotických a stresom vyvolaných ochorení zaoberať celá spoločnosť v podobe opatrení na vedenie k zdravému spôsobu života a k zníženiu neprimeranej záťaže a stresu.

Sekundárnou prevenciou by sa mali zaoberať hlavne praktickí lekári, pediatri, poradenské zariadenia, ako sú centrá pedagogicko-psychologického poradenstva a prevencie, centrá špeciálno-pedagogického poradenstva, alebo školskí psychológovia, prípadne poradne zdravia. Tu je potrebné zaviesť a zlepšiť skrining prítomnosti začínajúcich symptómov PP a hradiť preventívne postupy z verejného zdravotného poistenia.

Terciárnu prevenciu vykonávajú pracoviská klinickej psychológie, psychiatrické ambulancie, ústavné zariadenia zamerané na liečbu psychických ochorení.

## **Epidemiológia**

V prevalencii panickej poruchy vládne vo svete pomerne vysoká uniformita. Epidemiologické štúdie, ktoré zahrnuli okolo 40 000 osôb ukázali, že celoživotná prevalencia panickej poruchy sa pohybuje medzi 1,4 - 3,5% populácie (Kessler a kol. 1994; Weissman a kol., 1997), s ročnou prevalenciou okolo 1%. Panická porucha sa vyskytuje celosvetovo, rovnomerne u všetkých rás a etnických skupín, nie je viazaná na vzdelanie, či socioekonomické premenné. Pravdepodobnosť, že človek prežije v priebehu života aspoň jeden panický záchvat, je 22,7% (Kessler a kol., 2005). Panická porucha zvyčajne začína v období medzi 15. až 24. rokom, druhý vrchol je medzi 45.-54. rokom. Vo vyššie uvedených štúdiách je panická porucha približne dvakrát častejšie u žien ako u mužov. Vyšší výskyt panickej poruchy a agorafóbie je v mestách, u vdov, rozvedených alebo u ľudí žijúcich oddelene. Rizikovými faktormi sú tiež nedokončené vzdelanie, skorá strata rodičia a fyzické alebo sexuálne zneužívanie (Faravelli a kol., 1986). Približne u 40-70% pacientov s panickou poruchou sa objavia nočné záchvaty paniky (prebudenie sa zo spánku v stave paniky) (Craske, 2005).

Vzhľadom na to, že sa panická porucha vyznačuje najmä telesnými symptómami, pacienti vyhľadávajú pomoc najmä v ordináciách internistov, či neurológov, často aj opakovane. Volajú si záchrannú zdravotnú službu, navštevujú pohotovostné služby a nechávajú sa vyšetrovať u rôznych špecialistov. Do starostlivosti psychiatrov alebo psychológov sa dostávajú až po opakovanom vylúčení telesnej príčiny, priemerne po 2-3 rokoch od objavenia sa prvých symptómov (Praško a kol., 2007).

Na Slovensku sa podľa údajov Bražinovej (2017) 84% ľudí so symptómami úzkostných porúch nelieči. Je preto potrebné výrazne zvýšiť počet odborníkov v oblasti psychického zdravia, aby

sa dosiahlo zvýšenie dostupnosti zdravotnej starostlivosti, a zaviesť ŠPI PP pre pacientov so začínajúcimi prejavmi ochorenia, čo je potrebné zohľadniť v rozpočtoch zdravotných poisťovní.

## **Patofyziológia**

V súčasnej dobe existuje niekoľko odlišných pohľadov na etiopatogézu PP. Rodinné štúdie a štúdie dvojčiat pri panickej poruche poukazujú na hereditárny podiel v etiológii (Seifertová a kol., 2008). V rámci výskumu biologických aspektov PP sú symptómy PP vysvetľované prítomnosťou biologických abnormít v štruktúre a fungovaní mozgu. Biologický pohľad podporujú aj štúdie s panikogénmi, neurochemické hypotézy o patofyziológii PP (Praško a kol. in Seifertová, Praško, Höschl, Horáček a kol., 2008), nálezy magnetickej rezonancie, pozitronovej emisnej tomografie a jednofotónové emisné počítačové tomografie (Pašková a kol., 2003). V rámci biologických teórií sa predpokladá, že v dôsledku vrodených dispozícií reagujú niektorí ľudia na signály ohrozenia silnejšie ako iní. Možno povedať, že do mechanizmov panického ataku sú involvované viaceré neurotransmitterové systémy, predovšetkým serotogénny a adrenergny (Gorman a kol., 2000). Súčasťou záchvatu paniky je fyziologická odozva organizmu jedinca, ktorá je hlavne ovládaná cez okruhy autonómneho nervového systému a jeho dvoch základných zložiek - sympatiku a parasympatiku (Tonhajzerová a kol., 2007).

## **Neurobiologický model vzniku panickej poruchy**

Gorman a kol. (2000) predpokladá, že záchvaty paniky vznikajú v rámci hypersenzitívne nastavenej neuronálnej siete, ktorá zodpovedá za reakcie strachu. Toto špecifické nastavenie má za následok to, že postihnutí reagujú na niektoré podnety a telesné prejavy prehnane, pretože ich vyhodnocujú ako mimoriadne alebo život ohrozujúce. Táto neuronálna sieť zahŕňa prefrontálny kortex, insulu, thalamus a hlavne amygdalu a amygdalárne projekcie dráh do mozgovej kôry a hypothalamu. Z amygdaly ďalej pokračujú dráhy do locus coeruleus, ktorý má ústrednú úlohu v ovplyvnení sympatiku a parasympatiku. Sympatikové gangliá sú ovplyvňované priamou dráhou z locus coeruleus, parasympatikové gangliá sú ovplyvňované z locus coeruleus koordináciou cez X. hlavový nerv - nervus vagus (Robertson a kol., 2012). Dôležitosť projekcií dráh z amygdaly do ďalších mozgových systémov (ncl. parabrachialis, hypothalamus, locus coeruleus a periaqueduktálna sivá hmota) spočíva v ovplyvňovaní fyziologických a behaviorálnych odpovedí na nebezpečenstvo (Lang a kol., 1983). Zvýšená aktivácia amygdaly, pravdepodobne na báze zníženej kortikálnej inhibície, súvisí s patologickým strachom (LeDoux, 1998). Tento typ strachu je potom možné ovplyvňovať najmä metódami tzv. averzívnej terapie, kedy dochádza k novému naučeniu sa reagovania na ohrozujúci zážitok (Squire, 2009). Nemenej významnú úlohu má tiež hippocampus, ktorý sa podieľa najmä na tvorbe pamäťových stôp, ktoré v konečnom dôsledku súvisia s anticipačnou úzkosťou (Bystritsky a kol., 2001). Squire (2009) predpokladá zlyhanie amygdalou riadenej odpovede útok - útek, v dôsledku zhoršenej funkčnosti prefrontálneho kortexu a hippocampu.

## **Hypotéza poplachu dusenia**

Táto hypotéza vychádza zo známeho faktu, ktorý popísal Klein (1993), kedy pri reálnej nedostatočnosti vzduchu dochádza k mozgom riadenej aktivácii správania, ktoré by malo viesť

k úniku alebo k záchrane. Jednou z typických reakcií je hyperventilácia a pocity paniky. Panický záchvat v tejto súvislosti je podmienený nedostatočnou prítomnosťou kyslíku a nadbytočným množstvom CO<sub>2</sub> v krvi. Práca Gorman a kol. (2001) zistila, že jedinci trpiaci panickou poruchou sú viac citliví na vyvolanie záchvatu paniky v priebehu inhalácie CO<sub>2</sub> než zdraví jedinci, pričom u jedincov trpiacich panickou poruchou sa nezistili žiadne respiračné abnormality (Gorman a kol., 2001).

### **Neurotransmitterový model panickej poruchy**

Na vzniku panickej poruchy, tak ako pri mnohých iných psychických poruchách sa podieľa špecifická dysregulácia v niektorých neurotransmitterových systémoch. Narušenie prenosu vzruchu na synaptickej štrbine vedie k zníženiu funkčnosti mozgových okruhov, ktoré sa podieľajú na strachovej reakcii, a ku vzniku panickej poruchy. Nie je však isté, či proces neprebíha naopak, t. j. primárne zníženie funkčnosti mozgových okruhov vedie k dysregulácii neurotransmitterových systémov (Charney, 1984).

### **Teórie učenia**

Panickej porucha môže vzniknúť klasickým podmienením. Pokiaľ sa nepodmienený podnet (v tomto prípade ide o záchvat paniky) spojí s bežným interoceptívnym alebo exteroceptívnym vnemom (podmienený podnet), znovuobjavenie "neškodného" podmieneného podnetu spustí panický záchvat. To má za následok vznik vyhýbavého správania v zmysle vyhnutia sa panickým záchvatom (Squire, 2009). Podľa "teórie interoceptívneho podmienenia" sa v stresujúcich situáciách objavujú záchvaty úzkosti, ktoré sú spúšťané určitými podnetmi z vnútorného prostredia - zrýchlením tepu, zvýšením krvného tlaku, závratmi pri zmene polohy a pod. Podľa "hyperventilačnej teórie" vedie protrahovaná hyperventilácia, spojená s týmito stavmi úzkosti, ku vzniku ďalších telesných symptómov - točenie hlavy, kŕče v končatinách - ktoré úzkosť a pocit ohrozenia ďalej zosilňujú. Podľa "kognitívnej teórie" je opakovaním panických záchvatov spôsobené "relatívne trvalým sklonom interpretovať si rôzne telesné pocity ako signály hroziacej katastrofy", t. j. telesného alebo psychického zrútenia (Clark, 1999). Táto katastrofická interpretácia vytvára bludný kruh, vrcholíci panickým záchvatom. Jedným zo základných prejavov úzkosti je psychofyziologické "nabudenie" alebo tzv. arousal. Strach a úzkosť vedú k zvýšeniu aktivity sympatickej vetvy ANS. Nadmerný vplyv sympatiku ovplyvňuje kardiovaskulárny systém, frekvenciu srdca, kožnú vodivosť, či zvýšenú motilitu čriev. Úzkosť zvyšuje svalovú tenziu. U jedincov trpiacich panickou poruchou je ich bežná hodnota fyziologických funkcií (tzv. fyziologický baseline) v pokojnom stave zvýšená, takže reagujú silnou reakciou aj na nevýznamné podnety (Grassi a kol., 2013). Redukciu variability srdcovej frekvencie zistil Chalmers a kol. (2014). Kotianova a kol. (2018) zistili, že pacienti s PP sú charakterizovaní relatívnou dominanciou sympatiku v reakcii na mentálnu záťaž voči kontrolnej skupine. Zvýšené nabudenie (arousal) je potom možné merať a ovplyvniť pomocou postupov biofeedbacku.

Podľa Divékyho (2014) je dôležitým fyziologickým korelátom panickej poruchy respirácia. Jedinci s panickou poruchou vykazujú v priemere viac dychových cyklov za minútu, ako zdraví jedinci a dochádza u nich k hyperventilácii (okolo 18 - 35 dychových cyklov/min.; Clark a kol., 1994). Pri hyperventilácii dochádza k javu, ktorý nazývame hypokapnia, čo je znižovanie koncentrácie CO<sub>2</sub>, ktorý sa bežne vytvára vo svaloch pri fyzickej námahe. V prípade panického


záchvatu však väčšinou jedinec nie je v stave fyzickej činnosti, čiže pri hyperventilácii dochádza k poklesu CO<sub>2</sub>, ale už nie k jeho tvorbe (tak, ako je to pri fyzickej námahe). Pri hyperventilácii v priebehu panického záchvatu pacienti často prežívajú pocit dusenia (Clark a kol., 1994). Pokles CO<sub>2</sub> v krvi registrujú chemoreceptory, ktoré sú situované v mieste rozvetvenia arteria carotis communis na krku. Následne chemoreceptory signalizujú dychovému centru v predĺženej mieche, že došlo k zníženiu CO<sub>2</sub> v krvi. Problémom zníženia CO<sub>2</sub> v krvi je pokles vápenatých iónov v krvi (Ca<sup>2+</sup>), čo môže viesť ku vzniku kŕčov. Organizmus sa snaží tomuto stavu vyhnúť tým, že obmedzí automatický proces dýchania. Keď dychové centrum obmedzí dýchanie, jedinec ešte viac spanikári, má pocit, že sa dusí, a reaguje hyperventiláciou. To však ďalej znižuje už nízku koncentráciu CO<sub>2</sub> v krvi a dychové centrum ďalej obmedzuje automatické dýchanie. Jedinec sa vydesí, dochádza k tachykardii, ktorú si môže interpretovať ako symptómy hroziaceho infarktu alebo iného závažného ochorenia. (Divéky, 2014). Tento mechanizmus potom poukazuje na význam nácviku riadeného dýchania buď samostatne, alebo, čo je lepšie, pomocou postupov biofeedbacku pri PP (Šlepecký, Kotianová, 2017; Kotianová a kol., 2017; Šlepecký a kol., 2017).

### **Klasifikácia**

Diagnostické kritériá MKCH-10 pre panickú poruchu (1996).



Tab. č. 1

 <b>Diagnostické kritériá MKCH-10 pre panickú poruchu (1996)</b>	
A.	U jedinca sa vyskytujú periodické ataky paniky, ktoré nie sú logicky spojené so žiadnou špecifickou situáciou alebo vecou, a ktoré sa často vyskytujú spontánne, t.j. epizódy nemožno predvídať. Ataky paniky nie sú sprievodným javom značnej námahy ani vystavenia nebezpečným alebo život ohrozujúcim situáciám
B.	<p>Panický atak je charakterizovaný všetkými nasledujúcimi znakmi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) je to samostatný atak masívnej úzkosti alebo nepokoja</li> <li>2) začína náhle</li> <li>3) dosahuje maximum v niekoľkých málo minútach a trvá aspoň niekoľko minút</li> <li>4) musia byť prítomné aspoň 4 z nasledujúcich symptómov, pričom jeden symptóm musí byť z položiek A) až D):</li> </ol> <p>Symptómy vegetatívnej aktivácie</p> <p>A) palpitácie alebo búšenie srdca alebo zrýchlený tep,            B) potenie,            C) chvenie alebo tras,            D) sucho v ústach,</p> <p>Symptómy súvisiace s hrudníkom alebo bruchom</p> <p>E) sťažené dýchanie,            F) pocity dusenia            G) bolesti alebo nepríjemné pocity v hrudníku,            H) nauzea alebo brušná nevoľnosť (napr. nepokoj, vírenie v bruchu),</p> <p>Symptómy týkajúce sa psychického stavu</p> <p>I) pocit závratu, nepokoja, mdloby, točenie hlavy            J) pocity, že objekty nie sú reálne (derealizácia), alebo že jedinec je mimo, "nie je tu skutočne" (depersonalizácia),            K) strach zo straty kontroly, zo "zošalenia", zo straty vedomia,            L) strach zo smrti</p> <p>Celkové symptómy</p> <p>M) návaly tepla alebo chladu,            N) pocity znecitlivenia alebo mravčenie</p>
C.	Najčastejšie používaná vylučovacia položka. Panické ataky nie sú vyvolané telesnou poruchou, organickou duševnou poruchou ani inými duševnými poruchami, ako je napr. schizofrénia alebo príbuzné poruchy, poruchy nálady ani somatoformné poruchy

## Klinický obraz

Panické ataky sú typické svojou náhlosťou a zahlcujúcim pocitom úzkosti. Bývajú spojené so strachom zo smrti, zbláznenia sa alebo straty kontroly. Strach zo smrti vedie k vyhľadávaniu pohotovostnej služby a často k i pobytom na jednotkách intenzívnej starostlivosti. Súčasťou klinického obrazu sú palpitácie, skrátený dych, napätie a pichanie v hrudníku, potenie, parestézie, pocity ťažoby či vírenie v bruchu, nauzea, zvracanie a hnačka. Klinický obraz môžu sprevádzať ďalšie zmeny, ako je strata chuti do jedla, narušenie spánku, či zníženie sexuálneho záujmu. Pacienti s akútnou úzkosťou vyzerajú ustráchané, napäté a nepokojne. Môžu byť nesústredení, emocionálne labilní, môžu reagovať podráždene aj na neutrálne informácie.

Často hovoria rýchlo a trasú sa, hľadajú na svojom tele známky choroby. Môžu sa vyhýbať alebo unikať zo situácií, ktoré považujú za ohrozujúce, čo zriedkavo vedie k odmietaniu liečby a odchode z nemocnice (Praško, 2007). Na rozdiel od záchvatov pri fóbických poruchách panické ataky nie sú viazané na žiadnu konkrétnu situáciu. Dĺžka trvania panického záchvatu je najčastejšie 5-20 minút, až výnimočne do 1 hodiny či viac. Frekvencia výskytu atakov je rôzna, obvykle stúpa s predlžujúcim sa trvaním ochorenia, ataky sa môžu dostaviť aj niekoľkokrát denne. U pacienta sa rozvíja strach z ďalšieho ataku - tzv. anticipačná úzkosť.

Pacienti s PP majú vyššie riziko, že im bude diagnostikovaná komorbídna porucha, vrátane inej úzkostnej poruchy, poruchy nálad, poruchy riadenia impulzov, alebo závislosti od návykových látok (Mathew a kol., 2011, Kessler a kol., 2006). Veľmi častá je depresia, ktorá sa vyskytuje odhadom u 35-40% pacientov trpiacich panickou poruchou (Kessler a kol., 2006). Panická porucha sa často vyskytuje spolu s agorafóbiou (Bienvenu a kol., 2006). Dlhodobé epidemiologické štúdie preukázali, že každý druhý prípad úzkostnej poruchy je spojený s aspoň jednou ďalšou duševnou poruchou (Eaton a kol., 1994).

V porovnaní s celkovým výskytom v populácii je PP vo väčšej miere rozšírená u pacientov trpiacich telesnými ochoreniami, ako sú ochorenia štítnej žľazy, nádorové ochorenia, chronická bolesť, ochorenia srdca, syndróm dráždivého čreva, migrény, ako aj alergické a respiračné ochorenia (Korczak, Goldstein, Levitt, 2007; Senarante a kol. 2010; Yamada a kol., 2011). Prítomnosť fyzickej komorbidity je potom spojená s väčšou závažnosťou symptómov PP a s vyšším stupňom postihnutia (Senarante a kol., 2010).

## **Diagnostika I Postup určenia diagnózy**

### **Hodnotiace nástroje, škály a dotazníky**

MINI - MINI International Neuropsychiatric Interview. MINI pomáha stanoviť diagnózu podľa MKCH-10 prostredníctvom štruktúrovaného interview MINI (Sheehan a kol., 1998). MINI hodnotí prítomnosť znakov depresie, dystýmie, bipolárnej poruchy, všetkých úzkostných porúch, OCD, porúch príjmu potravy, suicidalitu a prítomnosť antisociálnej poruchy osobnosti podľa výskumných diagnostických kritérií MKCH-10 v priebehu vedenia štruktúrovaného rozhovoru. Otázky, ktoré hodnotiteľ dáva pacientovi, sú v interview formulované tak, aby bolo jasne možné odpovedať, že pacient spĺňa kritérium predmetnej poruchy alebo ho nespĺňa.

### **Diferenciálna diagnostika**

V rámci diferenciálnej diagnostiky je potrebné vylúčiť somatické ochorenia, organické duševné poruchy, intoxikáciu psychostimulanciami či inými drogami, ale taktiež schizofréniu, poruchy nálad či somatoformné poruchy (Praško a kol. in Seifertová, 2008). Prehľad najdôležitejších somatických ochorení a psychických porúch v rámci dif. dg. pri PP ponúkajú nasledujúce tabuľky.

Najdôležitejšie somatické ochorenia v diferenciálnej diagnostike panického poruchy (Praško a kol. in Seifertová, 2008)

- abstinenčný syndróm,
- anémia,
- hypoglykémia,
- intoxikácia liekmi, drogami, hubami, organofosfátmi, benzénom, SO<sub>2</sub>,
- nádory mozgu,

- angina pectoris,
- poruchy prištítných teliesok,
- arytmie,
- avitaminózy (B12, pelagra),
- kofeín a jeho vysadenie,
- kardiovaskulárne poruchy,
- infekčná mononukleóza,
- chronická infekcia,
- roztrúsená skleróza,
- lues,
- astma bronchiale,
- chronická obštrukčná choroba pľúc,
- migréna,
- postkomočné stavy,
- subarachnoidálne krvácanie,
- encefalitída,
- systémové choroby (lupus erythematosus, reumatoidná artritída, progresívna polyartritída, temporálna arteritída),
- Cushingova choroba,
- poruchy rovnováhy elektrolytov,
- epilepsie, obzvlášť temporálna epilepsia,
- hypoxia,
- peptický vred,
- feochromocytóm,
- porfýria,
- hypertenzia,
- pľúcne embólie,
- hyperthyroidismus alebo hypothyreóza,
- tranzitórny ischemický atak,
- prolaps mitrálnej chlopne,
- urémia.

Najdôležitejšie psychické poruchy v diferenciálnej diagnostike panickej poruchy (Praško a kol. in Seifertová, 2008)

- poruchy nálady,
- iné úzkostné poruchy, (sociálna fóbia, špecifické fóbie, PTSP, OCD, GAD),
- závislosť od návykových látok (alkohol, psychostimulanciá, kokaín),
- somatické poruchy (Parkinsonova choroba, demyelinizačné ochorenia, obštrukčná choroba bronchopulmonálna, kožné ochorenia, hypertenzia),
- psychotické poruchy schizofrénneho okruhu.

### **Psychologické vyšetrenie**

Pri komplexnom psychodiagnostickom vyšetrení osôb s podozrením na PP sa zameriavame na faktory, ktoré môžu významne ovplyvniť terapeutický proces. Ide o vyšetrenie úrovne

intelektových schopností (pri IQ nižšom ako 90 je otázne používanie kognitívnych techník), pamäti, kognitívnych schopností (procesov vnímania, myslenia, rozhodovania, učenia) a ich prípadného narušenia, osobnostných charakteristík, ktoré by mohli ovplyvňovať terapeutický proces, a prípadných porúch osobnosti. Vyšetrujeme tiež bazálnu mieru úzkosti a úzkostlivosti a bazálnu úroveň psychofyziologických parametrov a ich zmenu v prípade stresového podnetu. Dôležité je tiež celkové posúdenie fungovania pacienta v bežnom živote a jeho narušenie pod vplyvom ochorenia. Posudzujeme tiež úroveň sociálnych vzťahov a ich prípadné narušenie. Psychologické vyšetrenie môže tiež odhaliť komorbídne poruchy a zohrať významnú rolu v diferenciálnej diagnostike.

Pri vyšetrení je potrebné používať štandardizované a validne psychodiagnostické metodiky. Jeho dôležitou súčasťou je podrobná anamnéza od samotného pacienta a od rodinných príslušníkov, prípadne opatrovateľov, a zhodnotenie všetkých ďalších relevantných informácií. Psychologické vyšetrenie sa obvykle vykonáva pred začatím terapeutického procesu.

Cielené psychologické vyšetrenie je potrebné vykonať pri významnejšej zmene zdravotného stavu, alebo okolností v živote pacienta. Je zamerané na jednotlivé oblasti psychického vývinu a aktuálneho psychického stavu, kognitívne funkcie (pamäť, pozornosť, percepcia, motorika, intelekt), s použitím zodpovedajúcich psychodiagnostických metód.

Kontrolné psychologické vyšetrenie je zamerané na zistenie zmien psychického stavu v porovnaní s výsledkami z predchádzajúcich vyšetrení, overenie efektu terapie a pod., s použitím psychodiagnostických metód zodpovedajúcich typu vyšetrenia. Efekt terapie je potrebné merať na začiatku a na konci terapie, (napr. pomocou CORE OM), ale vhodné je to aj počas každého sedenia (PHQ-9 Sk., GAD-7 Sk.).

## **Liečba**

V liečbe PP sa odporúčajú psychologické (psychoterapeutické) a farmakologické postupy podľa EMB. Farmakologické postupy podrobne popisuje diagnosticko-liečebný štandard panikej poruchy z odboru psychiatria.

Údaje zo svetových štandardných postupov.

Kanadské usmernenie Katzmana a kol. (2014) na základe literárnych údajov udáva KBT ako účinnú psychologickú liečbu (ÚD I) (Sanchez-Meca, 2010; Hofmann, Smits, 2008; Clum, Surls 1993, Gould, Otto, Pollack, 1995). Usmernenia Americkej psychologické asociácie (APA, 1998) udávajú silnú výskumnú podporu pre KBT. Pre aplikovanú relaxáciu udávajú strednú výskumnú podporu, teda hodnotia ju ako pravdepodobne účinnú liečbu. Strednú výskumnú podporu APA (1988) udáva tiež pre psychoanalytickú liečbu PP. Nemecké usmernenia Bendelowa a kol. (2014) uvádzajú KBT pre PP na úrovni dôkazov ÚD Ia, so stupňom odporúčania A. Psychodynamická terapia je podľa Bendelowa a kol. (2014) na úrovni dôkazov II a so stupňom odporúčania B, a pacienti s PP sa majú liečiť psychodynamickou terapiou ak KBT nie je k dispozícii, alebo nebola úspešná, alebo dávajú psychodynamickéj terapii prednosť potom, čo boli informovaní o všetkých možnostiach liečby. APA (1998) uvádza, že iné psychologické liečby môžu byť v liečbe PP tiež účinné, avšak neboli hodnotené podľa takých prísnych vedeckých kritérií ako liečebné postupy uvedené predtým. Carpenter a kol. (2018) vo svojej metaanalýze podrobili KBT liečbu PP prísny kritériám porovnania s placebo podmienkami (psychologické poradenstvo alebo placebo medikácií). Dospeli k záveru, že KBT

liečba PP má stredný, avšak štatisticky významný účinok na konci liečby a v následnom sledovaní. (Hedges'  $g = 0.39$ ).


Údaje z metaanalýz.

Podľa Roshanaei-Moghaddama a kol. (2011) na základe metaanalýz KBT bola významne účinnejšia v liečbe PP ako medikácia ÚD I. V metaanalýze 42 štúdií sa expozícia a kombinácia expozície, kognitívnej reštrukturalizácie a iné techniky KBT preukazovali ako najkonzistentnejšie v účinnosti pre liečbu panického poruchy. Účinnosť liečby zvyšuje vykonávanie domácich cvičení, a následne sledovanie pacientov po liečbe (Sanchez-Meca, 2010). KBT je účinná tak v individuálnej, ako aj skupinovej terapii (Sanchez-Meca, 2010; Marchand a kol., 2009; Roberge a kol., 2008). Expozícia v imaginácii sa javí byť účinná, keď sa používa ako súčasť KBT protokolu (Meyerbrocker, Emmelkamp, 2010; Botella a kol., 2007; Malbos, Rapee, Kavaki, 2011; Peres a kol., 2010; Vincelli a kol.; 2003).

Špecifické psychoterapeutické intervencie.

Rovnako účinné ako osobná intenzívna terapia (Carlbring a kol.; 2011) a účinnejšie, ako zoznam čakateľov, sa ukázali druhostupňové postupy vyžadujúce nízku mieru terapeutického kontaktu ako sú svojpomocné knihy (biblioterapia) (Hecker a kol., 1996; Lidren a kol., 1994; Carlbring a kol., 2011; Nordin a kol., 2010), liečba prostredníctvom telefónu (videokonferenciami) (Lewis, Pearce, Bisson, 2012; McNamee a kol., 1989; Swinson a kol., 1995; Bouchards a kol., 2004) a internetová KBT (IKBT) (Lewis, Pearce, Bisson, 2012; Carlbring a kol., 2003; Newman a kol., 1997; Bergstrom a kol., 2010; Carlbring a kol., 2006; Kiropoulos a kol., 2008; Wims a kol., 2010; Klein a kol., 2009). Výhodou týchto postupov je ich nákladová efektívnosť. Väčšina programov IKBT poskytuje kontakt s terapeutom buď telefonicky, alebo e-mailom, a kontakt jedenkrát týždenne sa ukázal ako účinnejší ako častejší kontakt (Klein a kol., 2009).

Tab. č. 2

 <b>Úroveň dôkazov pre Panickú poruchu na základe literatúry</b>			
ŠPDTP	Úroveň dôkazov	Stupeň odporúčania	Referencie
KBT	I	A (najvyšší stupeň)	Sanchez-Meca, (2010), Hofmann, Smits, (2008), Clum, Surls, (1993), Gould, Otto, Pollack, (1995), APA, (1988)
ŠPI (liečba v druhom stupni starostlivosti)	II	A	Carlbring a kol., (2011), Nordin a kol., (2010), Lewis, Pearce, Bisson, (2012), Bouchards a kol., (2004), Lewis, Pearce, Bisson, (2012), Carlbring a kol., (2003), Bergstrom a kol., (2010), Wims a kol., (2010), Klein a kol., (2009), Bendelow a kol., (2014), APA (1988)
Psychodynamická terapia Aplikovaná relaxácia	II II	B B	APA (1988)
Iné psychoterapeutické prístupy zvyšujúce motiváciu a uvedomenie si problému	IV		

Liečba PP u adolescentov.

V klinickej štúdií Pincus a kol. (2010) (ÚD II) bolo náhodne zaradených 26 adolescentov vo veku 14 až 17 rokov s diagnózou panická porucha do 11 týždňovej liečby panickej poruchy založenej na KBT u adolescentov alebo do kontrolnej skupiny spočívajúcej v sebamonitorovaní panických symptómov a stretnutí s terapeutom každé dva týždne na kontrolu sledovania. Po liečbe sa zistilo, že v KBT skupine došlo k výraznejšiemu zníženiu panických symptómov v porovnaní s kontrolnou skupinou. Elkins a kol. (2016) náhodne zaradili 54 mladistvých vo veku 11 až 17 rokov do intenzívnej KBT alebo do zoznamu čakateľov. (ÚD II). Na začiatku liečby a po šiestich týždňoch posudzovali diagnózu panickej poruchy, vážnosť a počet obávaných situácií, alebo situácii, ktorým mladiství vyhýbali. Výsledky ukázali, že v porovnaní s kontrolnou skupinou bola intenzívna KBT účinnejšia tak v redukcii symptómov, ako aj diagnostických kritérií.

### Trvanie liečby

Odporúčania pre trvanie KBT liečby obvykle uvádzajú terapeutické sedenia v časových intervaloch 12-14 týždňov, avšak literatúra uvádza aj skrátenú liečbu v trvaní šiestich až siedmich stretnutí, ktoré preukázali rovnakú účinnosť (Marchand a kol., 2009; Roberge a kol., 2008; Clark a kol., 1999). Zvýšenie frekvencie terapeutických sedení v podobe 13 sedení počas viac ako troch týždňov sa ukázalo rovnako účinné, ako tradičná KBT jedenkrát za týždeň. (Bohni a kol., 2009). U pacientov s vážnejšími symptómami, s narušením alebo s komorbiditou sa zistili lepšie liečebné efekty pomocou štandardnej KBT (Dow a kol., 2007). Postupy KBT

niekedy obsahujú jedno alebo viac „podporujúcich“ následných sedení (Clark a kol., 1999; Craske a kol., 2006). Prediktormi zhoršenej odpovede na KBT boli výrazné prejavy PP, silný strach z krvi a zranenia, začiatok panických symptómov vo včasnom veku, komorbidita so sociálnou úzkosťou a stupeň agorafobického vyhýbania sa (Haby a kol., 2006; Dow a kol., 2007). Symptómovým zmenám v terapii predchádzajú zmeny v domnienkach (Clark, 1999) a vyhýbavé správanie je považované za kľúčovú premennú procesu zmeny (Clark, 1999; Bouchard, 2007).

V katamnestickom sledovaní sa prínosy KBT udržiavali po dobu až troch rokov (Marchand a kol., 2009; Clark a kol., 1999; Bruce, Spiegel, Hegel, 1999). Pri následnom dvojročnom sledovaní boli individuálne, skupinové sedenia a krátke KBT spojené s nižšou frekvenciou recidívy (Marchand a kol., 2009). Dlhodobé štúdie sledovania pacientov, ktorí sa zbavili záchvatov paniky vďaka terapii, ukázali, že u 93% pacientov došlo k zmierneniu symptómov po dobu dvoch rokov, a u 62% po dobu 10 rokov (Fava a kol., 2001).

### **Kombinácia psychologickej a farmakologickej liečby**

Metaanalýza 21 štúdií zistila, že kombinácia psychoterapie a farmakoterapie pomocou antidepresív bola účinnejšia v akútnej fáze liečby a pokiaľ pacienti medikáciu užívali (Furukawa, Watanabe, Churchill, 2006; Furukawa, Watanabe, Churchill, 2007). Po ukončení liečby bola kombinovaná liečba účinnejšia ako farmakoterapia samotná, a tak isto efektívna, ako psychoterapia (Furukawa, Watanabe, Churchill, 2006; Furukawa, Watanabe, Churchill, 2007). K dispozícii sú len tri metaanalýzy kombinácie psychoterapie a benzodiazepínov, ktoré nezistili pridaný účinok kombinácie týchto terapií v porovnaní so psychoterapiou, alebo so samotnou medikáciou (Watanabe, Churchill, Furukawa, 2009). Údaje zo sledovania po liečbe preukázali, že efekt kombinácie bol nižší ako behaviorálna terapia samotná (Watanabe, Churchill, Furukawa, 2009). Poskytnutie KBT sedení počas vysadzovania antidepresívnej medikácie bolo spojené s nižšou mierou relapsu počas ďalšieho sledovania (Schmidt a kol., 2002). KBT sa tiež preukázala užitočnou pri facilitácii ukončenia užívania benzodiazepínov (Otto a kol., 2010; Bruce, Spiegel, Hegel, 1999). Štúdie nákladovosti zistili, že v porovnaní s bežnou liečbou bola kombinácia KBT a farmakoterapie spojená s výrazným klinickým zlepšením, a náklady sa zvýšili len mierne (Katon a kol., 2006).

### **Prognóza**

Podľa Praška (2008) sú údaje o priebehu PP limitované, pretože chýbajú štúdie, ktoré by skúmali priebeh PP v populácii. Väčšina pacientov, ktorí vyhľadali liečbu, má za sebou chronické ťažkosti, často s dlhodobou sa zhoršujúcim priebehom, ktorý sa vyvíja 10 až 15 rokov pred stanovením diagnózy (Roy-Byrne, Cowley, 1995). Sú popísané aj spontánne uzdravenia, rovnako ako aj recidívy ťažkostí po niekoľkoročnej remisii. Panické ataky okrem toho predikujú vývoj ďalších psychických porúch, ako sú iné úzkostné poruchy a depresie. Jednou z najzávažnejších komplikácií panickej poruchy je samovražda, ktorej celoživotné riziko je až 20% (Johnson a kol., 1990; Weissman a kol., 1989).

Prvý panický záchvat sa zvyčajne objaví vo "fóbickej" situácii, ako je verejné miesto, ulica, obchod, dopravný prostriedok, dopravná zápcha, výťah, tunel, most alebo otvorený priestor. Často mu predchádzajú stresujúce životné udalosti (Faravelli a kol., 1986). Psychosociálnymi

dôsledkami panickej poruchy sú často strata zamestnania, manželské problémy, finančné problémy a sexuálny nesúlad.

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

Panickej porucha môže byť u časti pacientov rezistentná na psychologickú a farmakologickú liečbu, 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**

#### **Súhrn a odporúčania (Craske, 2019)**

Kognitívne a behaviorálne teórie, ktoré sú základom KBT všeobecne chápu panickú poruchu ako získaný strach z telesných pocitov, najmä pocitov spojených s autonómnym vzrušením, u jedincov s určitými psychologickými a biologickými predispozíciami k tejto poruche.

Vo viacerých klinických štúdiách sa zistilo, že KBT je účinná pri panickej poruche a agorafóbii. Predpokladá sa, KBT je najúčinnnejšia u pacientov, ktorí sú vysoko motivovaní a oceňujú prístup zameraný na riešenie problémov. KBT vyžaduje, aby pacient bol schopný sledovať svoje správanie, naučil sa zvládať kognitívne a behaviorálne zvládacie spôsobilosti a opakovane tieto precvičoval v kontextoch vyvolávajúcich úzkosť mimo terapeutického prostredia.

Napriek relatívne vysokej miere komorbidity medzi panickou poruchou / agorafóbiou a inými poruchami úzkosti alebo nálady sa zdá, že väčšina komorbidít neznižuje účinnosť KBT pri panickej poruche / agorafóbii. Komorbidná porucha osobnosti môže vyžadovať dlhšiu liečbu pomocou KBT. Vykonávanie domácich zadaní pacientami v KBT pozitívne koreluje s výsledkami liečby.

Špecifické KBT techniky obvykle obsahujú edukáciu, sledovanie vlastného správania, zmenu dýchacích vzorcov, relaxáciu svalov, kognitívnu reštrukturalizáciu, expozíciu a prevenciu relapsu.

Typický priebeh KBT je 10 až 20 týždenných liečebných sedení buď individuálne, alebo v malých skupinách, 60 až 120 minút. Účinky KBT majú tendenciu pretrvávajúť s miernym poklesom efektivity po 6 až 12 mesačnom sledovaní. Preukázalo sa, že následné posilňujúce sedenia zlepšujú dlhodobé výsledky.

Krátka psychodynamická terapia môže byť pri panickej poruche a agorafóbii účinná tiež. Výskum ACT (Acceptance and commitment therapy) je sľubný, vyžaduje si však ďalšie rozsiahle klinické skúšky.

V zhode s NICE (2011) klinické usmernenie 113 má byť liečba PP postupná.

#### **Stupeň 1. Rozpoznanie a diagnostikovanie**

Každý zdravotnícky pracovník, ktorý sa zapája do diagnostiky a manažmentu PP by mal mať tomu zodpovedajúce znalosti a spôsobilosti. Diagnostický proces je popísaný v inej časti tohto štandardu. Je však dôležité uviesť, že nie každý záchvat paniky je nutne symptómom PP a vhodná liečba takýchto záchvatov môže predísť rozvoju PP.

Ak je pacient ošetrovaný lekárskou pohotovostnou službou alebo záchrannou zdravotnou službou a prejavuje symptómy PP:

- je potrebné sa spýtať, či už bol niekedy liečený na PP,



- mal by podstúpiť základné vyšetrenie potrebné na vylúčenie akútnych telesných zdravotných problémov,
- pacient by zvyčajne nemal byť hospitalizovaný v nemocnici alebo na psychiatrickom oddelení,
- pacientovi by sa mala odporučiť ďalšia primárna a/alebo odborná ambulancia zdravotná starostlivosť, a to aj vtedy, ak sa vykonalo posúdenie zdravotného stavu na pohotovosti,
- pacient by mal dostať dostatočné informácie o záchvatoch paniky aj písomnou formou a vysvetlenie, prečo je potrebná jeho ďalšia liečba.

### **Všeobecné vyšetrenie a posúdenie (upravené podľa NICE, 2013d)**

Lekár v primárnej starostlivosti má určiť diagnózu PP, vylúčiť iné telesné ochorenie, edukovať pacienta o poruche a ďalej ho monitorovať. Ak všeobecný lekár, všeobecný lekár pre deti a dorast alebo lekár špecialista nie je kompetentný urobiť posúdenie psychického stavu v prípade podozrenia na výskyt psychickej poruchy, má odporučiť pacienta zodpovedajúcemu odborníkovi na psychické zdravie. Všeobecný lekár a všeobecný lekár pre deti a dorast má byť ďalej o liečbe informovaný.

V prípade podozrenia na psychickú poruchu by mal posúdiť psychický stav pacienta a jeho funkčné, interpersonálne a sociálne problémy odborník, ktorý je kompetentný vykonať posúdenie psychického zdravia (psychiater, klinický psychológ).

### **Stupeň 2. Liečba v ambulantnej starostlivosti**

Odporúčané liečebné postupy podľa EBM sú: psychologická liečba pomocou ŠPI, medikácia a svojpomocné postupy. Výber liečebného postupu závisí od posúdenia a vzájomnej dohody terapeuta a pacienta (NICE 2011). Liečba by mala byť poskytnutá neodkladne.

Pacientom s miernou a strednou PP je potrebné poskytnúť alebo odporučiť jednu s nasledovných druhostupňových nízkointenzívnych intervencií:

- individuálnu nefacilitovanú svojpomoc,
- individuálnu facilitovanú svojpomoc (NICE, 2011).

Tieto terapeutické postupy vychádzajú z výskumných štúdií preukazujúcich účinnosť svojpomocných kníh, liečby prostredníctvom telefónu a IKBT. Terapeut by mal pacienta informovať o možnosti podporných skupín, ak sú k dispozícii. S pacientom je potrebné prebrať tiež pozitívny efekt telesnej aktivity u ľudí s PP.

### **Stupeň 3. Liečba s vyššou úrovňou intenzity, intenzívnejším terapeutickým kontaktom**

Podľa NICE (2011) a údajov z EBM pacientom so strednou alebo s ťažkou formou PP (s alebo bez agorafóbie) je potrebné zvážiť odporúčanie :

- KBT terapeuta s certifikátom v certifikovanej pracovnej činnosti psychoterapia. Ak takýto terapeut nie je k dispozícii, tak k dynamickému terapeutovi s certifikátom v pracovnej činnosti psychoterapia,
- antidepresívnej liečby ak porucha trvá dlho, ak psychologická liečba nebola účinná, alebo ju pacient odmieta.

V primárnej starostlivosti je potrebné zlepšiť informovanosť všeobecných lekárov a pediatrov o prejavoch PP a o štandardných diagnostických a terapeutických postupoch. Podobne je potrebné zvýšiť informovanosť aj lekárov lekárskej pohotovostnej služby, ktorú pacienti s PP navštevujú často ako prvú. V prípade diagnostikovania PP a po vylúčení somatickej príčiny ťažkostí je potrebné, aby lekári prvého kontaktu odoslali pacienta do špecializovanej starostlivosti, kde mu poskytnú liečbu podľa EBM, ktorá by mala byť v prvom rade psychoterapeutická.

Pri rozhodovaní o voľbe liečby je potrebné zvážiť to, akému typu liečby dáva pacient prednosť, aké sú jeho doterajšie skúsenosti s liečbou, a aké sú jej doterajšie výsledky. V rámci informovaného súhlasu má zdravotnícky pracovník povinnosť poskytnúť pacientovi informácie o povahe, priebehu a účinnosti jednotlivých liečebných postupov pri PP, vrátane informácií o užívaní a pravdepodobných vedľajších účinkoch liekov. Pacienti s PP a ich rodiny by mali byť informovaní o edukačnej literatúre, o vhodných svojpomocných a podporných skupinách, a o vhodnosti ich účasti v nich. Rozhodovanie o liečebných postupoch sa zakladá na spolupráci zdravotníckych pracovníkov a ľudí trpiacich PP počas diagnostickej a terapeutickej fázy. Rozhodnutie uľahčujú informácie založené na EBM (NICE, 2004).

#### **Stupeň 4. Liečba v špecializovanom zariadení**

V prípade, že dva rôzne liečebné postupy (kombinácia psychologickej intervencie a medikácie) nie sú dostatočne účinné, je potrebné liečiť pacienta v špecializovanom zariadení. Tu je potrebné urobiť znovu celkové posúdenie stavu pacienta, prostredia v ktorom žije a jeho sociálnej situácie. Opätovná diagnostika by mala brať do úvahy (NICE, 2011):

- predchádzajúcu liečbu, jej efektivitu a spoluprácu,
- akékoľvek užívanie návykových látok, vrátane nikotínu, alkoholu, kofeínu a rekreačných drog,
- komorbídne diagnózy,
- každodenné fungovanie,
- sociálnu sieť pacienta,
- pretrvávajúce chronické stresory,
- úlohu agorafobického a iného vyhýbavého správania.

Je potrebné tiež uskutočniť kompletne posúdenie rizikového správania a vytvoriť plán na jeho zvládnutie.

Liečba a manažment takéhoto pacienta majú byť individualizované a v zhode s pacientom. Môže to byť (NICE, 2011):

- liečba komorbídnych porúch,
- liečba pomocou KBT skúseným terapeutom, ak takto pacient dosiaľ liečený nebol, vrátane liečby v domácom prostredí, ak má pacient problém dochádzať do nemocničného zariadenia,
- štruktúrované riešenie problému,
- použitie všetkých farmakoterapeutických možností,
- denná podpora, aby došlo k uľahčeniu situácie tým, ktorí pacienta opatrujú a rodinným príslušníkom,
- konzultácia s vyšším pracoviskom, posúdenie a odoslanie na vyššie pracovisko.

V každom stupni liečby je potrebné u pacienta liečeného pomocou KBT posudzovať pokrok v liečbe. Toto posúdenie sa môže od prípadu k prípadu líšiť.

**Zvýšenie dostupnosti služieb zdravotnej starostlivosti založenom na EBM.** Vypracované podľa NICE (2011).

Zdravotnícki pracovníci aj v primárnej aj v sekundárnej špecializovanej starostlivosti, riadiace zložky starostlivosti a úrady by mali spolupracovať, aby vytvorili prepojenie medzi poskytovateľmi starostlivosti o psychické zdravie vo všetkých rezortoch (ministerstvo zdravotníctva, ministerstvo školstva, ministerstvo práce a sociálnych vecí), a tiež vo všetkých úrovniach starostlivosti (primárna, špecializovaná, nemocničná), v spolupráci so zdravotnými poisťovňami tak, aby podporovali prístup k službám starostlivosti o psychické zdravie pre ľudí s najčastejšími psychickými poruchami tým, že:

- budú podporovať integrované poskytovanie služieb tak v primárnej, ako aj v sekundárnej (špecializovanej) starostlivosti,
- budú mať jasné a explicitné kritériá pre začatie služby,
- umožnia odoslanie k službe viacerými spôsobmi (vrátane prihlásenia sa samotným pacientom, bez potreby výmenného lístka),
- vytvoria viaceré body, ktoré umožnia prístup k širšiemu systému zdravotnej starostlivosti v komunite, v ktorej sú služby umiestnené,
- poskytnú informácie o službách a liečebných postupoch, ktoré vytvárajú miestne siete poskytovateľov, vrátane rozsahu a povahy poskytovaných intervencií, informácie o miestach, kde sú služby poskytované, o spôsoboch, ako využiť tieto služby, o prostriedkoch, ktorými je meraný pokrok a výsledky (efekty), a o poskytovaní starostlivosti v ďalších príbuzných zdravotných a sociálnych službách.

Klinici v primárnej a sekundárnej špecializovanej starostlivosti, manažéri a zodpovední úradníci by mali spolupracovať takým spôsobom, aby vytvorili miestnu sieť starostlivosti tak, aby zvýšili dostupnosť zdravotnej starostlivosti pre ľudí s najčastejšími psychickými poruchami pre celý rad sociálne vylúčených skupín, vrátane minoritných etnických skupín, ľudí v dôchodkovom veku, osôb, ktoré sú vo výkone trestu, alebo tých, ktorí sa dostali do styku s kriminálnym alebo súdnym systémom a ľudí, ktorí nie sú zdravotne poistení.

Systém zdravotnej starostlivosti o ľudí s PP je potrebné nastaviť tak, aby umožňoval celkovú koordináciu a dlhodobú starostlivosť. Je potrebné, aby jeden odborník dohliadal na celé obdobie starostlivosti (obvykle je to praktický lekár v primárnej starostlivosti alebo psychiater). Služby by mali umožňovať posúdenie psychického/zdravotného stavu a intervenciu aj mimo normálnych pracovných, resp. ambulantných hodín, liečebné zásahy u osoby v jej domácom prostredí, alebo v zariadení v ktorom býva, posúdenie a intervencie v netradičných komunitných centrách (napr. komunitné centrá a sociálne zariadenia), a keď je to vhodné, tak aj v spolupráci s ich pracovníkmi.

Metódy a spôsob posúdenia, liečebné intervencie a monitorovanie ich účinku u ľudí, ktorí majú problémy využívať zdravotné služby, alebo sa rozhodli neprísť do ambulancií, môžu využívať technické prostriedky (napr. SMS, e-mail, telefón a PC) a bilingválnych terapeutov, alebo nezávislých tlmočníkov.

Je potrebné rešpektovať a byť vnímavý na kultúrne, etnické alebo náboženské rozdiely pri práci s ľuďmi s bežnými psychickými poruchami, a uvedomovať si možné odlišnosti, ktoré z toho vyplývajú. Zdravotnícki pracovníci by mali byť kompetentní v kultúrne senzitivnom posudzovaní, v používaní rôznych vysvetľujúcich modelov najčastejších psychických porúch, mali by pri vytváraní a implementovaní liečebných plánov zohľadniť kultúrne a etnické rozdiely, a vedieť pracovať s rodinami s rôznym etnickým a kultúrnym pozadím.

Nie je však potrebné významne meniť obsah a štruktúru posúdenia alebo intervencií, ktoré sa týkajú konkrétnych kultúrnych alebo etnických faktorov (okrem jazykových a kultúrnych kompetencií personálu) v prípade, že je málo dôkazov, ktoré podporujú významné rozdiely v obsahu a štruktúre posúdenia, alebo intervencií.

### **Model postupnej starostlivosti pri PP**

Pri liečbe je potrebné postupovať podľa modelu postupnej starostlivosti. Podľa tohto modelu je potrebné vytvárať miestne prepojenie poskytovateľov zdravotnej starostlivosti ľudí s PP.

### **Zachytenie prítomnosti suspektnej PP**

Na zachytenie a identifikáciu prítomnosti PP je vhodné použiť jednoduché otázky. Podľa Mancini (2003):

- Mávate náhle epizódy/záchvaty intenzívneho strachu alebo nepríjemných pocitov, ktoré sú neočakávané alebo sa objavujú nečakane, zrazu?
- Ak pacient odpovie áno, potom je vhodné pokračovať:
- Mali ste viac ako jeden takýto záchvat?
- Dosiahnu v tomto záchvate najhoršie pocity svoj vrchol počas niekoľkých minút?
- Mali ste takýto záchvat a žili ste ďalší mesiac alebo viac v strachu, že budete mať ďalší záchvat alebo ste sa obávali následkov záchvatu?

Pri posúdení pacienta s podozrením na bežné psychické poruchy by mal odborník zvážiť použitie nejakého diagnostického algoritmu.

Všetci členovia tímu, ktorí vykonávajú posúdenie suspektnej prítomnosti PP by mali byť dostatočne kompetentní posudzovať prítomný problém v zhode s liečebným zariadením, v ktorom pracujú, a mali by byť schopní:

- určiť povahu, trvanie a vážnosť PP,
- brať do úvahy nielen vážnosť symptómov, ale tiež s nimi spojené narušenie fungovania,
- určiť vhodnú liečbu a možnosti odporúčania k inému odborníkovi podľa zásad relevantného ŠPDTP.

Všetci členovia tímu, ktorí robia posúdenie najčastejších psychických porúch by mali dostatočne ovládať:

- zodpovedajúce verbálne a neverbálne komunikačné spôsobilosti, zahrňujúce tiež schopnosť zistiť problémy, posúdiť problém, problémy a ich vplyv na pacienta, poskytnúť primerané informácie, umožniť pacientovi účasť pri rozhodovaní a preberaní možnosti liečby,
- používanie formálnych posudzovacích nástrojov a rutinných nástrojov merania efektu v rôznych zariadeniach a prostrediach.

Pri doplnení posúdenia symptómov a s nimi spojeného funkčného poškodenia je potrebné brať do úvahy nasledujúce faktory, ktoré môžu ovplyvniť vývoj, priebeh a vážnosť problémov, ktoré pacient podáva:

- akákoľvek psychická porucha v jeho anamnéze,
- chronické zdravotné problémy v anamnéze,
- akákoľvek liečba v minulosti a jej výsledok,
- kvalita interpersonálnych vzťahov,
- podmienky, v ktorých pacient žije, a sociálna izoláciu,
- história psychických porúch v rodine,
- história domáceho násillia alebo sexuálneho zneužívania,
- zamestnanosť a imigračný status.

Ak je to vhodné, tak je potrebné taktiež posúdiť vplyv prezentovaných problémov na starostlivosť o deti a mladistvých, a v prípade potreby zabezpečiť ich sociálnu ochranu.

Pri posudzovaní osoby s podozrením na PP a vytváraní liečebných plánov a stratégií je potrebné brať do úvahy akékoľvek poruchy učenia alebo získané kognitívne poškodenia, a ak je to nutné, je potrebné konzultovať stav so zodpovedajúcim špecialistom.

Ak prítomné prejavy a anamnéza PP naznačuje, že porucha je mierna a ohraničená (t.j. že sa symptómy zlepšujú), alebo že je porucha v iniciálnom štádiu, je potrebné zvážiť poskytnutie psychoedukácie a aktívneho sledovania predtým, než sa začne liečbu, alebo pred tým, než sa pacient odošle k špecialistovi na ďalšie posúdenie a liečbu. Tieto postupy môžu zlepšiť menej výrazné symptómy, a predísť tak ďalším liečebným postupom intervenciám.

Vždy je potrebné sa spýtať ľudí s bežnými psychickými poruchami priamo na suicidálne myšlienky a úmysly. V prípade, že sa zistí riziko sebapoškodzovania alebo suicídia:

- je potrebné posúdiť, či má pacient primeranú sociálnu podporu, a či vie o zdrojoch, ktoré mu môžu pomôcť,
- je potrebné zariadiť pomoc primeranú úrovni rizika ,
- pacientovi je potrebné poradiť, kde môže hľadať ďalšiu pomoc v prípade, že sa situácia zhorší.

### **Prenatálne a postnatálne psychické zdravie**

Počas tehotenstva alebo v čase po pôrode ženy vyžadujúce psychologickú liečbu by mali mať terapeutické stretnutie do jedného mesiaca po posúdení, nie viac ako tri mesiace. Dôvodom je zvýšené riziko, že sa stav môže zmeniť. Je potrebné tiež zvážiť pomer výhod a nevýhod psychofarmakologickej medikácie.

### **Posúdenie a sledovanie rizika**

Ak jedinec s PP udáva vysoké riziko samovraždy alebo potenciálne poškodenie iných ľudí, riziko významného zanedbávania seba samého alebo vážneho narušenia svojho fungovania, je potrebné posúdiť to ako aktuálne najdôležitejší problém a následne je potrebné ho odporučiť na špecializované pracovisko (psychiatrické oddelenie, klinika). V prípade potreby je potrebné informovať rodinu alebo opatrovateľov.

Ak osoba s PP predstavuje značné a bezprostredné riziko pre seba alebo pre iných, je potrebné jej neodkladne odporučiť hospitalizáciu vo vhodnom zariadení.

Ak sa u osoby s PP zistí riziko samovraždy:

- je potrebné brať do úvahy v prípade predpísaných liekov ich toxicitu pri predávkovaní, a možnú interakciu s inými predpísanými liekmi; ak je to potrebné, je vhodné obmedziť množstvo dostupných liekov,
- je potrebné zväžiť zvýšenie úrovne podpory v podobe častejších priamych alebo telefonických kontaktov,
- je potrebné zväžiť odporúčenie prijatia do špecializovaných služieb z oblasti psychického zdravia.

### **Určenie správnych liečebných možností**

Pri preberaní možností liečby s osobami s PP je potrebné brať do úvahy minulé skúsenosti pacientov s poruchou, ich skúsenosti a reakciu na predchádzajúcu liečbu, trajektóriu symptómov, diagnózu alebo špecifikáciu problému, jeho závažnosť a trvanie, rozsah akéhokoľvek narušenia fungovania súvisiaceho s PP, ktoré vyplýva zo samotnej poruchy alebo akéhokoľvek chronického fyzického zdravotného problému, prítomnosť akýchkoľvek sociálnych alebo osobných faktorov, ktoré môžu zohrávať úlohu pri rozvoji alebo udržiavaní poruchy, prítomnosť akýchkoľvek komorbídnych porúch.

Pri preberaní možností liečby s osobou s PP je potrebné poskytnúť jej informácie o povahe, obsahu a trvaní akéhokoľvek navrhovaného zásahu, prijateľnosti a znášanlivosti akéhokoľvek navrhovaného zásahu, možné interakcie so všetkými inými súčasnými liečebnými postupmi a o dôsledkoch pre ďalšie poskytovanie akýchkoľvek liečby.

Pri odporúčaní na liečbu PP je potrebné brať do úvahy preferenciu pacienta pri výbere z celého radu na dôkazoch založených liečebných postupov. Je potrebné riadiť sa zásadami postupnej liečby, a spravidla je vhodné poskytnúť alebo odporučiť najmenej obťažujúce a najefektívnejšie intervencie.

Keď osoba prejavuje symptómy PP a depresie, je potrebné posúdiť povahu a rozsah symptómov, a ak má jedinec:

- depresiu, ktorá je sprevádzaná symptómami úzkosti, prvou prioritou by mala byť zvyčajne liečba depresívnej poruchy v súlade s usmernením ŠPDTP o depresii,
- PP a komorbídnu depresiu alebo depresívne symptómy, je potrebné riadiť sa pokynmi ŠPDTP pre PP a zväžiť najskôr liečbu PP.

Pri úzkostných ako aj pri depresívnych symptómoch bez formálnej diagnózy, ktoré sú spojené s narušením fungovania, je potrebné s pacientom prebrať symptómy, ktoré je potrebné liečiť ako prvé a zvoliť terapeutický postup.

V prípade, že má pacient s PP problémy so škodlivou konzumáciou alkoholu, alebo je od alkoholu závislý, je potrebné mu najskôr odporučiť liečbu zneužívania alkoholu, pretože táto môže viesť k výraznej redukcii depresívnych alebo úzkostných symptómov.

Keď má pacient s PP mierne poruchy učenia alebo kognitívneho poškodenia, je potrebné poskytnúť alebo odporučiť mu rovnaké liečebné postupy ako u pacientov bez týchto porúch alebo poškodenia.

Pri liečbe týchto pacientov je potrebné upraviť spôsob poskytovania alebo trvanie posúdenia alebo intervencie tak, aby sa zohľadnilo postihnutie alebo poškodenie.

Ak má pacient PP a má stredne závažné až ťažké poruchy učenia alebo stredne ťažké až ťažké kognitívne poruchy, je potrebné poradiť sa so špecialistom o vhodných odporúčaníach a možnostiach liečby.

Nie je vhodné rutinne meniť liečebné stratégie a odporúčania pre PP popísané v tomto ŠPDTP, či už kvôli osobným charakteristikám (napr. kvôli pohlaviu alebo etniku) alebo depresívnym subtypom (napr. atypická depresia alebo sezónna depresia), pretože neexistujú presvedčivé dôkazy na podporu takéhoto konania.

Ak osoba s PP potrebuje sociálnu, vzdelávaciu podporu alebo podporu ohľadom zamestnania, je potrebné zvážiť:

- informovanie o skupinách svojpomoci, podporných skupinách a iných miestnych a národných zdrojoch,
- informovanie o programoch nadväzovania priateľstiev alebo rehabilitačných programov pre ľudí s dlhodobými stredne ťažkými alebo ťažkými poruchami,
- vzdelávacie, alebo zamestnanecké podporné služby.

## **Ďalšie odporúčania**

Úzkostné poruchy vrátane PP tvoria väčšinu psychických porúch na pracoviskách klinickej psychológie a v ambulantnej psychiatrickej starostlivosti. Výhodou je, že pacienti môžu vyhľadať psychiatra aj bez odporúčania praktického lekára, čo mnohokrát urýchlí proces vyšetrenia a následnej liečby, a zrušenie výmenných lístkov u klinického psychológa by taktiež urýchlilo včasnú liečbu, ktorá môže zabrániť vzniku chronického ochorenia. Väčšina pacientov s panickou poruchou je v dlhodobej starostlivosti ambulantných psychiatrov, prípadne klinických psychológov. V terapii je dôležité vytvorenie kvalitného terapeutického vzťahu s pacientom a jeho psychoterapeutické vedenie podľa EBM. Okrem liečby základnej poruchy pacienti mnohokrát riešia svoje vzťahové či pracovné problémy, a svoju sociálnu situáciu. Tieto faktory taktiež modifikujú a ovplyvňujú celkový výsledok liečby.

Je potrebné doplnenie vzdelávacích programov tak v pregraduálnom a postgraduálnom vzdelávaní, ako aj vo vzdelávaní v certifikovanej pracovnej činnosti psychoterapia podľa tohto ŠPDTP. Je potrebné vytvoriť vzdelávací program pre ŠPI v druhom stupni liečby PP. umožniť jeho absolvovanie aj odborným pracovníkom v rezorte ministerstva školstva a ministerstva práce, sociálnych vecí a rodiny kvôli zvýšeniu dostupnosti a kvality starostlivosti.

## **Doplnkové otázky manažmentu pacienta a zúčastnených strán**


Je potrebné prepojiť poradenskú starostlivosť s primárnou zdravotnou starostlivosťou a zdravotnou starostlivosťou na psychiatrických ambulanciách a pracoviskách klinickej psychológie. Pri liečbe panickkej poruchy sa používa všeobecné znenie informovaného súhlasu (napr. podľa vzoru vydaného Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou zverejneného na webovej stránke. V rámci informovaného súhlasu je potrebné edukovať pacienta o podstate PP na základe zodpovedajúceho modelu. Terapeut vysvetlí pacientovi priebeh terapie, podstatu terapeutických postupov, a upozorní ho, že počas terapie pri expozíciách bude prežívať aj výrazne neprijemné pocity, ktoré sú však k jej úspechu nevyhnutné.

## 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 psychohygieny 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. Dôležitá je aj edukácia o psychických poruchách a ich destigmatizácia. Túto úlohu môžu veľmi dobre zastávať médiá, v ktorých by mali dostávať priestor odborníci z oblasti duševného zdravia.

## Špeciálny doplnok štandardu

Dotazníky PHQ-9 a GAD-7 určené na skrining a na meranie efektivity liečby.

Standardné postupy 				
PHQ-9-SK Zoznam deviatich symptómov				
Meno a priezvisko		Dátum		
Ako často Vás v poslednom týždni trápil niektorý z nasledovných problémov?	Vôbec	Niekoľko dní	Viac ako polovicu dní	Skoro každý deň
	0	1	2	3
1. Malý záujem o aktivity alebo radosť z nich	0	1	2	3
2. Cítil/a som sa bez nálady, depresívne alebo beznádejne	0	1	2	3
3. Problém so zaspávaním, prebúdanie sa v noci, alebo nadmerná spavosť	0	1	2	3
4. Pocit únavy alebo nedostatku energie	0	1	2	3
5. Nechutenstvo alebo prejedanie sa	0	1	2	3
6. Zlý pocit zo seba, že som zlyhal/a alebo sklamal/a seba, či svoju rodinu	0	1	2	3
7. Problém sústrediť sa na rozličné činnosti, ako napr. čítanie novín, alebo pozeranie televízie	0	1	2	3
8. Spomalenie pohybov alebo reči, ktoré si všimlo aj moje okolie. Alebo naopak, nepokoj a nervozita, ktoré ma nútili pohybovať sa viac ako obvykle	0	1	2	3
9. Myšlienky, že by bolo lepšie zomrieť, alebo si nejako ublížiť	0	1	2	3
Spolu:				

**Poznámka:** Kroenke, Spitzer, Williams (2001)



## Sedem položková škála generalizovanej panickej poruchy (GAD-7 Sk)

Meno a priezvisko		Dátum		
Ako často Vás v poslednom týždni trápil niektorý z nasledovných problémov?	Vôbec <b>0</b>	Niekoľko dní <b>1</b>	Viac ako polovicu dní <b>2</b>	Skoro každý deň <b>3</b>
1. Pocity nervozity, úzkosti alebo pocit pred zrútením	0	1	2	3
2. Nemožnosť zastaviť alebo kontrolovať obavy	0	1	2	3
3. Prílišné obavy z rôznych vecí	0	1	2	3
4. Problém uvoľniť sa	0	1	2	3
5. Tak výrazný nepokoj, že bolo ťažké ostať pokojne sedieť	0	1	2	3
6. Ľahko ste sa znechutili alebo nahnevali	0	1	2	3
7. Pocit strachu, ako keby sa mohlo stať niečo hrozné	0	1	2	3
Spolu:				

**Poznámka:** Spitzer (2006)

Ak ste zaznamenali nejaké problémy v dotazníkoch PHQ-9 alebo GAD-7, nakoľko tieto problémy narúšali Vašu prácu, domáce povinnosti alebo vzťahy s inými ľuďmi? Prosím vyznačte v tejto tabuľke.

	Vôbec	Niekedy	Veľmi	Extrémne
GAD-7				
PHQ-9				

### Vyhodnotenie GAD-7 a PHQ-9

GAD-7	
Minimálna úzkosť	0 - 4
Mierna úzkosť	5 - 9
Stredná úzkosť	10 - 14
Vážna úzkosť	15 - 21
PHQ-9	
Ľahká depresia	5 - 9
Mierna depresia, dystýmia	10 - 14
Stredne ťažká depresia	15 - 19
Ťažká depresia	>20

## Škála závažnosti panické poruchy sebakposudzovacia forma

Meno .....

Dátum.....

### Základné inštrukcie pre vyplňovanie

Nasledujú otázky, ktoré sa týkajú vašich panických záchvatov a s nimi spojených príznakov (symptómov). V tomto dotazníku chápeme záchvaty paniky ako náhle objavenie sa strachu a s nim spojenej nepohody v podobe najmenej štyroch symptómov, ktoré uvádzame ďalej.

Aby mali charakter náhleho záchvatu musia symptómy dosiahnuť vrchol počas 10 minút. Epizódy podobné panickým záchvatom, ktoré však obsahujú menej ako štyri z uvádzaných symptómov sa nazývajú ohrozené symptómové záchvaty.

Tu sú symptómy ktoré sa tohto týkajú sú:

Zrýchlenie alebo búšenie srdca

Potenie

Vnútorne napätie alebo trasenie

Nemožnosť popadnúť dych

Pocity dusenia

Bolesti alebo ťažoba na hrudníku

Závrate

Nedostatočná stabilita alebo pocity na omdlenie

Pocit že svet je zvláštny alebo nereálny

Pocity trpnutia alebo brnenia

Pocity chladu alebo návaly tepla

Strach zo straty kontroly alebo zbláznenia

Strach zo smrti

### I. Koľko záchvatov paniky a jednotlivých príznakov ste mali počas týždňa?

0 Žiadne záchvaty paniky alebo žiadne jednotlivé príznaky.

1 Mierne: žiadne záchvaty paniky a nie viac ako jeden jej príznak za deň.

2 Stredné: jeden alebo dva záchvaty paniky a / alebo viac jednotlivých príznakov záchvatu za deň.

3 Závažné: viac ako dva úplné záchvaty paniky, ale priemerne nie viac ako jeden za deň.

4 Extrémne: úplné záchvaty paniky sa vyskytli viackrát denne, a po väčšinu dní.

**II. Ak ste počas posledného týždňa zažili nejaké záchvaty paniky, aké stresujúce (neprijemné, desivé) boli, keď sa vyskytli. (Ak ste mali záchvatov viac, uveďte ich priemer. Ak ste nemali záchvaty paniky, ale ste mali príznaky paniky, zhodnoťte tieto príznaky paniky.).**

0 Neboli vôbec stresujúce, alebo sa nevyskytla panika alebo jej príznaky posledný týždeň. V žiadnom prípade nie sú žiadne neprijemné ani záchvaty paniky alebo symptómy za posledný týždeň.

1 Mierne neprijemné (nie príliš intenzívne).

2 Stredne neprijemné (intenzívne, ale stále zvládnuteľné).

**3** Veľmi nepríjemné (veľmi intenzívne).

**4** Mimoriadne znepokojujúce (extrémne stresujúce počas všetkých záchvatov).

**III. Koľko krát ste sa v minulom týždni obávali alebo boli úzkostný, že by sa u vás mohol vyskytnúť ďalší záchvat paniky, alebo ste sa báli niečoho čo sa vzťahovalo k týmto záchvatom (napríklad, že by mohli mať telesnú alebo duševnú chorobu alebo, že by to mohlo znamenať, že sa sociálne znemožníte)?**

**0** vôbec nie.

**1** Príležitostne alebo iba mierne.

**2** Často alebo stredne.

**3** Veľmi často alebo vo veľmi znepokojujúcom stupni.

**4** Takmer stále a v rozsahu, ktorý vás úplne obmedzuje.

**IV. Boli počas minulého týždňa nejaké miesta alebo situácie (napr. verejná doprava, kiná, davy, mosty, tunely, nákupné strediská, alebo keď ste ostali sám), ktorým ste sa vyhli, alebo ste sa obávali (chceli ste sa vyhnúť alebo odísť) kvôli strachu z panického záchvatu? Existujú nejaké ďalšie situácie, ktorým by ste sa vyhli alebo ktorých sa obávate, ak by sa stali počas týždňa s týchto istých dôvodov? Ak ste odpovedali áno na ktorúkoľvek otázku, prosím uveďte svoju úroveň strachu a vyhýbania sa za minulý týždeň.**

**0** Žiadne: žiadny strach alebo vyhýbanie sa.

**1** Mierne: občasný strach a/alebo vyhýbanie sa povinnostiam. Dokázal/a som v situácií vydržať alebo jej čeliť. Toto málo alebo vôbec neovplyvňovalo životný štýl.

**2** Stredne: viditeľný strach a/alebo vyhýbanie sa, ale stále som to vedel/a zvládnuť. Vyhol/a som sa niektorým situáciám, ale vydržal/a som v nich keď som mal/a spoločnosť. Toto určitým spôsobom menilo môj život, ale moje celkové fungovanie nebolo narušené.

**3** Závažné: závažné vyhýbanie sa. Také podstatné zmeny v mojom živote, že bolo pre mňa veľmi ťažké vykonávať obvyklé aktivity.

**4** Extrémne: pretrvávajúci zneschopňujúci strach a/ alebo vyhýbanie. Došlo k takej zmene v mojom živote, že som nedokázal/a robiť úlohy ktoré boli pre mňa dôležité.

**V. Počas minulého týždňa sa uskutočnili nejaké aktivity (napr. fyzická námaha, sexuálne vzťahy, horúca sprcha alebo kúpeľ, pitie kávy, pozeranie vzrušujúceho alebo strašidelného filmu), ktorým ste sa vyhli alebo sa obávali, či bolo to pre vás nepohodlné robiť, chceli ste sa tomu vyhnúť alebo prestať, pretože tieto aktivity spôsobovali telesné pocity podobné tým, ktoré prežívate, keď máte panický záchvat alebo keď sa bojíte, že by sa mohol panický záchvat spustiť. Existujú nejaké ďalšie aktivity, ktorým by ste sa chceli vyhnúť, alebo ste sa báli, že sa vyskytnú počas tohto týždňa. Ak na ktorúkoľvek otázku povieť áno, ohodnoťte prosím úroveň vášho strachu a vyhýbania týmto aktivitám minulý týždeň.**

**0** Žiadny strach alebo vyhýbanie sa situáciám alebo činnostiam kvôli nepríjemným fyzickým pocitom.

**1** Mierne: občasný strach a/alebo vyhýbanie sa, ale obvykle som sa tomu vystavil/a alebo vydržal/a s malým nepohodlím aktivity, ktoré vyvolávali telesné pocity. Toto kvôli tomu ovplyvnilo môj život.

**2** Stredne: výrazné vyhýbanie sa, ale stále zvládnuť. Došlo k čiastočnej zmene môjho života avšak moje bežné fungovanie nebolo narušené.

**3** Závažné: rozsiahle vyhýbanie sa. Došlo podstatnej zmene môjho životného štýlu alebo zásahu do môjho fungovania.

**4** Extrémne: pretrvávajúce a zneschopňujúce vyhýbanie sa. Došlo k závažnej zmene môjho života, tak že som dôležité úlohy a aktivity nerobil/a.

**VI. Ako hore uvedené symptómy spolu (panika a symptómy panických záchvatov, obavy zo záchvatov a strach zo situácií a aktivít, kvôli tomu že by mohli spustiť záchvat) narúšali vašu schopnosť pracovať alebo vykonávať svoje povinnosti doma v minulom týždni? (Ak ste v minulom týždni mali menej povinností v práci alebo doma odpovedzte tak, ako keby ste mali tieto povinnosti tak ako obvykle).**

**0** Žiadne neovplyvňovalo to moju prácu alebo povinnosti.

**1** Mierne Došlo k ľahkému narušeniu mojej práce alebo domácich povinností, ale urobil/a som skoro všetko, čo som mal/a tak ako keby som tieto problémy nemal/a.

**2** Významné Došlo už k výraznému narušeniu práce alebo domácich povinností ale stále som dokázal/a zvládnuť veci, ktoré som potreboval/a urobiť.

**3** Došlo k výraznému zhoršeniu pracovných alebo domácich povinností; Kvôli týmto problémom som nemohol/a urobiť veľa dôležitých vecí.

**4** Extrémne nespôsobilé postihnutie bolo také, že som v podstate nedokázal zvládnuť prácu alebo domáce zodpovednosti.

**VII. Nakoľko záchvaty paniky a jej príznaky, obavy že záchvaty prídu a strach zo situácií a aktivít kvôli záchvatom narúšali Váš sociálny život v poslednom týždni (Ak ste minulý týždeň nemali veľa príležitostí k sociálnym aktivitám, odpovedzte ako by ste mali príležitosť k sociálnym aktivitám?).**

**0** Žiadne narušenie.

**1** Mierne to zasahovalo do spoločenských aktivít, ale mohol/la som robiť všetko, čo som chcel/a ako keby som nemal tieto problémy.

**2** Výrazné zasahovanie do spoločenských aktivít, ale dokázal/a som robiť väčšinu vecí aj keď ma to stálo veľké úsilie.

**3** Výrazné narušenie sociálnych aktivít; bolo veľa sociálnych aktivít, ktoré som nedokázal/a urobiť kvôli týmto problémom.

**4** Extrémne, zneschopňujúce narušenie, také, že sotva bola nejaká sociálna aktivita, ktorú by som mohol/a urobiť.

## **Odporúčania pre ďalší audit a revíziu štandardu**

Prvý audit a revízia - 2 roky, následne každých 5 rokov. Audit a revízia v prípade vydania novej revízie medzinárodnej klasifikácie chorôb.

## Literatúra

1. ALLEN, L.B. a kol. 2010. Cognitive – Behavior Therapy (CBT) for Panic Disorder: Relationship of Anxiety and Depression Comorbidity with Treatment Outcome. In *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. ISSN 1573-3505, 2010; vol. 32, no. 2, p. 185 – 192.
2. BANDELOW, B. a kol. 2014. The Diagnosis of and Treatment Recommendations for Anxiety Disorders. In *Deutsches Ärzteblatt International*. ISSN 0012-1207, 2014, vol. 111, p. 473–480.
3. BATELAAN, N. a kol. 2007. Economic costs of full-blown and subthreshold panic disorder. In *Journal of Affective Disorders*. ISSN 0165-0327, 2007, vol. 104, no. 1-3, p. 127-136.
4. BARRERA, T. L. NORTON, P. J. 2009. Quality of life impairment in generalized anxiety disorder, social phobia, and panic disorder. In *Journal of Anxiety Disorders*. ISSN 0887-6185, 2009, vol. 23, no. 8, p. 1086-1090.
5. BERGSTROM, J. a kol. 2010. Internet-versus group-administered cognitive behaviour therapy for panic disorder in a psychiatric setting: a randomised trial. In *BMC Psychiatry*. ISSN 1471-244X, 2010.
6. BIENVENU, O. J. a kol. 2006. Agoraphobia in adults: incidence and longitudinal relationship with panic. In *British Journal of Psychiatry*. ISSN 1472-1465, 2006, vol. 188, p. 432-438.
7. BOHNI, M. K. a kol. 2009. A randomized study of massed three-week cognitive behavioural therapy schedule for panic disorder. In *Acta Psychiatrica Scandinavica*. ISSN 1600-0447, 2009, vol. 120, no. 3, p. 187-195.
8. BOTELLA, C. a kol. 2007. Virtual reality exposure in the treatment of panic disorder and agoraphobia: A controlled study. In *Clinical Psychology and Psychotherapy*. ISSN 1099-0879, 2007, vol. 14, no. 3, p. 164-175.
9. BOUCHARD, S. a kol. 2004. Delivering cognitive-behavior therapy for panic disorder with agoraphobia in videoconference. In *Telemedicine Journal and E Health*. ISSN 1556-3669, 2004, vol. 10, no. 1, p. 13-25.
10. BOUCHARD, S. a kol. 2007. Temporal relationship between dysfunctional beliefs, selfefficacy and panic apprehension in the treatment of panic disorder with agoraphobia. In *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*. ISSN 0005-7916, 2007, vol. 38, no. 3, p. 275-292.
11. BRAŽINOVÁ, a kol. 2019. Mental Health Care Gap: The Case of the Slovak Republic. In *Adm Policy Ment Health* 2019; 46: (6): 753-759. <https://doi.org/10.1007/s10488-019-00952-z>
12. BRUCE, T., SPIEGEL, D., HEGEL, M. 1999. Cognitive-behavioral therapy helps prevent relapse and recurrence of panic disorder following alprazolam discontinuation: a long-term follow-up of the Peoria and Dartmouth studies. In *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. ISSN 0022-006X, 1999, vol. 67, no. 1, p. 151-156.
13. CALDIROLA, D., et. al. 2004. Approximate entropy of respiratory patterns in panic disorder. In *Am J Psychiatry*. 2004 Jan;161(1):79-87. PubMed PMID: 14702254.

14. CARLBRING, P., EKSELIUS, L., ANDERSSON, G. 2003. Treatment of panic disorder via the Internet: a randomized trial of CBT vs. applied relaxation. In *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*. ISSN 0005-7916, 2003, vol. 34, no. 2, p. 129-140.
15. CARLBRING, P. a kol. 2006. Remote treatment of panic disorder: a randomized trial of internet-based cognitive behavior therapy supplemented with telephone calls. In *American Journal of Psychiatry*. ISSN 1535-7228, 2006, vol. 163, no. 12, p. 2119-2125.
16. CARLBRING, P. a kol. 2011. All at once or one at a time? A randomized controlled trial comparing two ways to deliver bibliotherapy for panic disorder. In *Cognitive Behaviour Therapy*. ISSN 1651-2316, 2011, vol. 40, no. 3, p. 228-235.
17. CARPENTER, J. K. a kol. 2018. Cognitive behavioral therapy for anxiety and related disorders: A meta-analysis of randomized placebo-controlled trial. In *Depression and Anxiety*. ISSN 1520-6394, 2018, vol. 35, no. 6, p. 502-514.
18. CHALMERS, J.A. a kol. 2014. Anxiety disorders are associated with reduced heart rate variability: a metaanalysis. *Front. Psychiatry* 5:80. doi:10.3389/fpsy.2014.00080
19. CLARK, D. M. a kol. 1999. Brief cognitive therapy for panic disorder: a randomized controlled trial. In *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. ISSN 0022-006X, 1999, vol. 67, no. 4, p. 583-589.
20. CLUM, G. A., SURLS, R. 1993. A meta-analysis of treatments for panic disorder. In *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. ISSN 0022-006X, 1993, vol. 61, no. 2, p. 317-326.
21. CRASKE, M. G. a kol. 2006. CBT intensity and outcome for panic disorder in a primary care setting. In *Behaviour Therapy*. ISSN 0005-7894, 2006, vol. 37, no. 2, p. 112-119.
22. CRASKE, M. G., TSAO, J. C. 2005. Assessment and treatment of nocturnal panic attacks. In *Sleep Medicine Reviews*. ISSN , 2005, vol. 9, no. 3, p. 173-184.
23. CRASKE, M. G. 2019. Psychotherapy for panic disorder with or without agoraphobia in adults. [https://www.uptodate.com/contents/psychotherapy-for-panic-disorder-with-or-without-agoraphobia-in-adults?search=panic%20disorder%20treatment&source=search\\_result&selectedTitle=4~150&usage\\_type=default&display\\_rank=4](https://www.uptodate.com/contents/psychotherapy-for-panic-disorder-with-or-without-agoraphobia-in-adults?search=panic%20disorder%20treatment&source=search_result&selectedTitle=4~150&usage_type=default&display_rank=4)
24. COMER, J. S. a kol. 2011. Health-related quality of life across the anxiety disorders: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions (NESARC). In *Journal of Clinical Psychiatry*. ISSN 1555-2101, 2011, vol. 72, no. 1, p. 43-50
25. CULPEPPER, L. 2004. Identifying and treating panic disorder in primary care. In *Journal of Clinical Psychiatry*. ISSN 1555-2101, 2004, vol. 65, no. 5, p. 19-23.
26. DECKERSBACH, T. a kol. 2011. Memory dysfunction in panic disorder: an investigation of the role of chronic benzodiazepine use. In *Depression and Anxiety*. ISSN 1520-6394, 2011, vol. 28, no. 11, p. 999-1007.
27. DIVÉKY, T. 2014. Sledovanie variability frekvencie srdca u pacientov s panickou poruchou : doktorská dizertačná práca. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, Lékařská fakulta, 2014. 99s.

28. DOW, M. G. a kol. 2007. Prognostic indices with brief and standard CBT for panic disorder: II. Moderators of outcome. In *Psychological Medicine*. ISSN 1469-8978, 2007, vol. 37, no. 10, p. 1503-1509.
29. AETON, M., W. a kol. 1994. Panic and panic disorder in the United States. *Am J Psychiatry*, 151, p. 413-420
30. ELKINS, R., M, et. al. 2016. Moderators of intensive CBT for adolescent panic disorder: the of fear and avoidance. In *Child Adolesc Ment Health*. 2016, 1;21(1):30-36. Epub 2015 Sep 8. PubMed PMID: 26929742;
31. EVANS, D., L. a kol. 2012. *Treating and Prevention Adolescent Mental Health Disorders: What We Know and What We Don't Know. A research Agenda for Improving the mental Health of Our Youth*. Oxford University Press, 2012. 818 p. ISBN 978-0195173642.
32. FARAVELLI, C., A PALLANTI, S. 1986. Recent life events and panic disorder. In *The American Journal of Psychiatry*. ISSN 1535-7228, 1986, vol. 146, no. 5, p. 622-626.
33. FAVA, G. A. a kol. 2001. Long-term outcome of panic disorder with agoraphobia treated by exposure. In *Psychological Medicine*. ISSN 1469-8978, 2001, vol. 31, no. 5, p. 891-898.
34. FURUKAWA, T. A., WATANABE, N., CHURCHILL, R. 2006. Psychotherapy plus antidepressant for panic disorder with or without agoraphobia: systematic review. In *British Journal of Psychiatry*. ISSN 1472-1465, 2006, vol. 188, p. 305-312.
35. FURUKAWA, T. A., WATANABE, N., CHURCHILL, R. 2007. Combined psychotherapy plus antidepressants for panic disorder with or without agoraphobia. In *Cochrane Database of Systematic Reviews*. ISSN 1469-493X, 2007, vol. 24, no. 1, CD004364.
36. GALDERISI, S. a kol. 2008. Alexithymia and cognitive dysfunctions in patients with panic disorder. In *Psychotherapy and Psychosomatics*. ISSN 1423-0348, 2008, vol. 77, no. 3, p. 182-188.
37. GORMAN, M. J. a kol. 2000. Neuroanatomical Hypothesis of Panic Disorder Revised. In *American Journal of Psychiatry*. ISSN 1535-7228, 2000, vol. 157, no. 4, p. 493-505.
38. GOULD, R., OTTO, M., POLLACK, M. 1995. A meta-analysis of treatment outcome for panic disorder. In *Clinical Psychology and Psychotherapy*. ISSN1063-3995, 1995, vol. 15, p. 819-844.
39. GRAAF, R. a kol. 2012. Comparing the effects on work performance of mental and physical disorders. In *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. ISSN 1433-9285, 2012, vol. 47, no. 11, p. 1873-1883.
40. GROS, D. F., FRUEH, B. C., MAGRUDER, K. M. 2011. Prevalence and features of panic disorder and comparison to posttraumatic stress disorder in VA primary care. In *General Hospital Psychiatry*. ISSN 0163-8343, 2011, vol. 33, no. 5, p. 482-488.
41. GRUNHAUS, L. J. a kol. 1990. Comorbidity of panic disorder and major depressive disorder: effects of platela kol.pha 2 adrenergic receptors. In *Acta Psychiatrica Scandinavica*. ISSN 1600-0447, 1990, vol. 81, no. 3, p. 216 – 219.
42. HABY, M. M. a kol. 2006. Cognitive behavioural therapy for depression, panic disorder and generalized anxiety disorder: a metaregression of factors that may predict

- outcome. In *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. ISSN 1440-1614, 2006, vol. 40, no. 1, p. 9-19.
43. HECKER, J. a kol. 1996. Self-directed versus therapist directed cognitive behavioural treatment for panic disorder. In *Journal of Anxiety Disorders*. ISSN 0887-6185, 1996, vol. 10, no. 4, p. 253-265.
  44. HOFMANN, S. G., SMITS, J. A. 2008. Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders: a meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. In *Journal of Clinical Psychiatry*. ISSN 1555-2101, 2008, vol. 69, no. 4, p. 621-632.
  45. CHVAL, J., CHVALOVÁ, V. 2007. Panická porucha v ambulanci internisty. In *Interní medicína*. ISSN 1212-7299, vol. 9, p. 338-342.
  46. JOHNSON, J., WEISMAN, M. M., KLIERMAN, G. I. 1990. Panic disorder, comorbidity, and suicide attempts. In *Archives of General Psychiatry*. ISSN 0003-990X, 1990, vol. 47, no. 9, p. 805-808.
  47. KATON, W. a kol. 2006. Incremental cost-effectiveness of a collaborative care intervention for panic disorder. In *Psychology Medicine*. ISSN 1469-493X, 2006, vol. 36, no. 3, p. 353-363.
  48. KESSLER, R. C. a kol. 1994. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. *Arch Gen Psychiatry* 51: 8-9
  49. KESSLER, R. C. a kol. 2006. The epidemiology of panic attacks, panic disorder, and agoraphobia in the National Comorbidity Survey Replication. In *Archives of General Psychiatry*. ISSN 0003-990X, 2006, vol. 63, no. 4, p. 415-424.
  50. KESSLER, H. a kol. 2007. Emotion recognition patterns in patients with panic disorder. In *Depression and Anxiety*. ISSN 1520-6394, 2007, vol. 24, no. 3, p. 223-226.
  51. KING, A. L. a kol. 2011. Efficacy of a specific model for cognitive-behavioral therapy among panic disorder patients with agoraphobia: a randomized clinical trial. In *Sao Paulo Medicine Journal*. ISSN 1516-3180, 2011, vol. 129, no. 5, p. 325 – 34.
  52. KIROPOULOS, L. A. a kol. 2008. Is internet-based CBT for panic disorder and agoraphobia as effective as face-to-face CBT? In *Journal of Anxiety Disorders*. ISSN 0887-6185, 2008, vol. 22, no. 8, p. 1273-1284.
  53. KLEIN, B. a kol. 2009. Internet-based treatment for panic disorder: does frequency of therapist contact make a difference? In *Cognitive Behaviour Therapy*. ISSN 1651-2316, 2009, vol. 38, no. 2, p. 100-113.
  54. KORCZAK, D. J., GOLDSTEIN, B. I., LEVITT, A. J. 2007. Panic disorder, cardiac diagnosis and emergency department utilization in an epidemiologic community sample. In *General Hospital Psychiatry*. ISSN 0163-8343, 2007, vol. 29, no. 4, p. 335-339.
  55. KOTIANOVÁ, A. a kol. 2017. Using biofeedback and neurofeedback methods in CBT. In HÜLYA KAYIHAN a kol. 2017. *Cognitive behavioural therapy*. 1. ed. Ankara : Hacettepe Üniversitesi, 2017. p. 110-121. ISBN 978-605-67627-0-3.
  56. KOTIANOVÁ, A. a kol. 2018. The differences between patients with panic disorder and healthy controls in psychophysiological stress profile. In *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. ISSN 1178-2021, vol. 14, p. 435-441.



57. LEWIS, C., PEARCE, J., BISSON, J. I. 2012. Efficacy, cost-effectiveness and acceptability of self-help interventions for anxiety disorders: systematic review. In *The British Journal of Psychiatry*. ISSN 1472-1465, 2012, vol. 200, no. 1, p. 15-21.
58. LIDREN, D. M. a kol. 1994. A comparison of bibliotherapy and group therapy in the treatment of panic disorder. In *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. ISSN 0022-006X, 1994, vol. 62, no. 4, p. 865-869.
59. LUCOCK, M. a kol. 2008. Controlled clinical trial of a self-help for anxiety intervention for patients waiting for psychological therapy. In *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*. ISSN 1352-4658, 2008, vol. 36, no. 5, p. 541-551.
60. MALBOS, E., RAPEE, R. M., KAVAKLI, M. 2011. Isolating the effect of virtual reality based exposure therapy for agoraphobia: a comparative trial. In *Study in Health Technology and Informatics*. ISSN 1879-8365, 2011, vol. 167, p. 45-50.
61. MANCINI, C. a kol. 2003. Development and validation of self-report psychiatric screening tool: MACSCREEN [poster]. In *Anxiety Disorders Association of America 23rd Annual Conference; March 27-30. Canada: Toronto, 2003.*
62. MARCHAND, A. a kol. 2009. A randomized, controlled clinical trial of standard, group and brief cognitive-behavioral therapy for panic disorder with agoraphobia: a two-year follow-up. In *Journal of Anxiety Disorders*. ISSN 0887-6185, 2009, vol. 23, no. 8, p. 1139-1147.
63. MATHEW, A. R. a kol. 2011. Smoking behavior and alcohol consumption in individuals with panic attacks. In *Journal of Cognitive Psychotherapy*. ISSN 1938-887X, 2011, vol. 25, no. 1, p. 61-70.
64. MCNAMEE, G. a kol. 1989. Telephone-guided treatment for housebound agoraphobics with panic disorder: exposure versus relaxation. In *Behaviour Therapy*, 0005-7967, 1989, vol. 20, p. 491-497.
65. MEYERBROKER, K., EMMELKAMP, P. M. 2010. Virtual reality exposure therapy in anxiety disorders: a systematic review of process-and-outcome studies. In *Depression and Anxiety*. ISSN 1520-6394, 2010, vol. 27, no. 10, p. 933-944.
66. MIKOSCH, P. a kol. 2010. Effectiveness of respiratory – sinus – arrhythmia biofeedback on state – anxiety patients undergoing coronary angiography. In *Journal of Advanced Nursing*. ISSN 0309-2402, 2010, vol. 66, no. 5, p. 1101 – 1110.
67. MORAREND, Q. A. a kol. 2011. The use of a respiratory rate biofeedback device to reduce dental anxiety: an exploratory investigation. In *Applied Psychophysiology and Biofeedback*. ISSN 1573-3270, 2011, vol. 36, no. 2, p. 63 – 70.
68. MEZINÁRODNÍ KLASIFIKACE NEMOCÍ, 1996. Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů ve znění desáté decennální revize. Praha : Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 1996.
69. MEURET, A.E. a kol. 2008. Feedback of end-tidal pCO<sub>2</sub> as atherapeutic approach for panic disorder. In *J Psychiatr Res*. 2008 Jun;42(7):560-8. Epub 2007 Aug 3. PubMed PMID: 17681544; PubMed Central PMCID: PMC2890048.
70. NEPON, J. a kol. 2010. The relationship between anxiety disorders and suicide attempts: findings from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. In *Depression and Anxiety*. ISSN 1520-6394, 2010, vol. 27, no. 9, p. 791-798.

71. NEWMAN, M. G. a kol. 1997. Comparison of palmtop computer-assisted brief cognitive behavioral treatment to cognitivebehavioral treatment for panic disorder. In Journal of Consulting and Clinical Psychology. ISSN 0022-006X, 1997, vol. 65, no. 1, p. 178-183.
72. NICE, 2011. Common mental health problems: identification and pathways to care. Dostupné na internete: < <https://www.nice.org.uk/guidance/cg123>>
73. NORDIN, S. a kol. 2010. Expanding the limits of bibliotherapy for panic disorder: randomized trial of self-help without support but with a clear deadline. In Behaviour Therapy. ISSN 0005-7967, 2010, vol. 41, no. 3, p. 267-276.
74. OTTO, M. W. a kol. 2010. Efficacy of CBT for benzodiazepine discontinuation in patients with panic disorder: further evaluation. In Behaviour Research and Therapy. ISSN 0005-7967, 2010, vol. 48, no. 8, p. 720-727.
75. PASTUCHA P. a kol. 2009. Panic disorder and dissociation - comparison with healthy controls. In Neuro Endocrinology Letters. ISSN 0172-780X, 2009, vol. 30, no. 6, p. 774-778.
76. PEREZ-ARA, M. A. a kol. 2010. Virtual reality interoceptive exposure for the treatment of panic disorder and agoraphobia. In Study in Health Technology and Informatics. ISSN 1879-8365, 2010, vol. 154, p. 77-81.
77. PINCUS, D.B. et. al. 2010. Cognitive-behavioral treatment of panic disorder in adolescence. In J Clin Child Adolesc Psychol. 2010;39(5):638-49. doi: 10.1080/15374416.2010.501288. PubMed PMID: 20706917.
78. PAŠKOVA, B. et. al. 2003. Identifikace souvislostí vychytávání FDG PET s mírou symptomatologie u panické poruchy. Psychiatrie , 7. (Suppl 3): 6-9
79. PRAŠKO, J. et. al. 2006. Panická porucha a jak ji zvládat. Semily: Galén, s. 58. ISBN 978-80-7262-424-9.
80. PRAŠKO, J. 2007. Panická porucha v somatické medicíne. In: Medicina pro praxi. ISSN 1803-5310, vol 4, no. 9, p. 361-367.
81. PRAŠKO, J., MOŽNÝ, P., ŠLEPECKÝ, M., et.al.2007. Kognitivně behaviorálna terapie psychických poruch. Praha: TRITON, 2017, 1063 s. ISBN 978-80-7254-865-1.
82. PRAŠKO, J. P. 2008. Panická porucha. In SEIFERTOVÁ, D., PRAŠKO, J., HÖSCHL, C., HORÁČEK, J. (eds) Postupy v léčbě psychických poruch. Praha: Medical Tribune, Amedia, 2008, p. 187-211. ISBN 978-80-87135-10-5.
83. PRAŠKO, J, a kol. 2012. Panická porucha v průběhu života a její léčba. In Postgraduální medicína. ISSN 1212-4184, 2012, vol. 14, no. 1, p. 102 – 7.
84. RABOCH, J. et.al. 2014. Psychiatrie: Doporučené postupy v psychiatrické péči IV. Česká psychiatrická společnost. Dostupné na internete: <[https://www.psychiatrie.cz/images/stories/deni\\_v\\_oboru/doporucene-postupy-4-2014.pdf](https://www.psychiatrie.cz/images/stories/deni_v_oboru/doporucene-postupy-4-2014.pdf)>
85. REICH, J. a kol. 1993. Comorbidity of panic and major depressive disorder. In Journal of Psychiatry Research. ISSN 022-3956, 1993; vol. 27, no. 1, p. 33 – 33.
86. ROBERGE, P. a kol. 2008. Cognitive-behavioral treatment for panic disorder with agoraphobia: a randomized, controlled trial and cost-effectiveness analysis. In Behavior Modification. ISSN 0145-4455, 2008, vol. 32, no. 3, p. 333-351.

87. ROSHANAEL-MOGHADDAM, B. a kol. 2011. Relative effects of CBT and pharmacotherapy in depression versus anxiety: is medication somewhat better for depression, and CBT somewhat better for anxiety? In *Depression and Anxiety*. ISSN 1520-6394, 2011, vol. 28, no. 7, p. 560-567.
88. ROY-BYRNE, P.P., COWLEY, D.S. 1995. Course and outcome in panic disorder. A review of recent follow-up studies. In *Anxiety*. ISSN 1522-7154, 1995;, vol. 1, no. 4, p. 151-160
89. RUWAARD, J. a kol. 2010. Web-based therapist-assisted cognitive behavioral treatment of panic symptoms: a randomized controlled trial with a three-year follow-up. In *Journal of Anxiety Disorders*. ISSN 0887-6185, 2010, vol. 24, no. 4, p. 387-396.
90. SANCHEZ-MECA, J. a kol. 2010. Psychological treatment of panic disorder with or without agoraphobia: a meta-analysis. In *Clinical Psychology Review*. ISSN 0272-7358, 2010, vol. 30, no. 1, p. 37-50.
91. SCHMIDT, N. B. a kol. 2002. Antidepressant discontinuation in the context of cognitive behavioral treatment for panic disorder. In *Behaviour Research and Therapy*. ISSN 0005-7967, 2002, vol. 40, no. 1, p. 67-73.
92. SENARATNE, R. a kol. 2010a. The prevalence of migraine headaches in an anxiety disorders clinic sample. In *CNS Neuroscience and Therapeutics*. ISSN 1755-5949, 2010, vol. 16, no. 2, p. 76-82.
93. SENARATNE, R. a kol. 2010b. The burden of anxiety disorders on the family. In *Journal of Nervous and Mental Diseases*. ISSN 1539-736X, 2010, vol. 198, no. 12, p. 876-880.
94. SHEAR, M.,K. a kol. 1997. Multicenter collaborative Panic Disorder Severity Scale. *American Journal of Psychiatry*, 1997,vol.154, p. 1571-1575.
95. SHEEHAN, D. V. a kol. 1998. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. In *Journal of Clinical Psychiatry*. ISSN 1555-2101, 1998, vol. 59, no. 20, p. 22–33.
96. SWINSON, R. P. A kol. 1995. Efficacy of telephone administered behavioral therapy for panic disorder with agoraphobia. In *Behaviour Research and Therapy*. ISSN 0005-7967, 1995, vol. 33, no. 4, p. 465-469.
97. ŠLEPECKÝ, M. a kol. 2017. Breathing and its influence. In HÜLYA KAYIHAN a kol. *Cognitive behavioural therapy*. 1. ed. Ankara : Hacettepe Üniversitesi, 2017. p. 126-131. ISBN 978-605-67627-0-3.
98. ŠLEPECKÝ, M., KOTIANOVÁ, A. 2017. Základní aplikace biologické zpětné vazby In *Biofeedback v teorii a praxi*. Praha : Grada, 2017. s. 86-105, ISBN 978-80-247-5694-3.
99. TITOV, N. a kol. 2010. Transdiagnostic Internet treatment for anxiety disorders: a randomized controlled trial. In *Behaviour Research and Therapy*. ISSN 0005-7967, 2010, vol. 48, no. 9, p. 890-899.
100. TULL, M. T., ROEMER, L. 2007. Emotion regulation difficulties associated with the experience of uncued panic attacks: evidence of experiential avoidance, emotional nonacceptance, and decreased emotional clarity. In *Behavior Therapy*. ISSN 0005-7894, 2007, vol. 38, no. 4, p. 378-391.

101. VINCELLI, F. a kol. Experiential cognitive therapy in the treatment of panic disorders with agoraphobia: a controlled study. In *Cyberpsychology and Behavior*. ISSN 1557-8364, 2003, vol. 6, no. 3, p. 321-328.
102. WATANABE, N., CHURCHILL, R., FURUKAWA, T. A. 2009. Combined psychotherapy plus benzodiazepines for panic disorder. In *Cochrane Database Systematic Review*. ISSN 1469-493X, 2009, CD005335.
103. WEISSMAN, et. al. 1997. The cross-national epidemiology of panic disorder, In *Arch Gen Psychiatr*; 54; 305-309
104. WEISSMAN, M. M. a kol. 1989. Suicidal ideation and suicide attempts in panic disorder and attacks. In *New England Journal of Medicine*. ISSN 1533-4406, 1989, vol. 321, no. 18, p. 1209-1214
105. WIMS, E. a kol. 2010. Clinician-assisted Internet-based treatment is effective for panic: a randomized controlled trial. In *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. ISSN 1440-1614, 2010, vol. 44, no. 7, p. 599-607.
106. KIM, S., WOLLBURG E., ROTH W., T. 2012. Opposing breathing therapies for panic disorder: a randomized controlled trial of lowering vs raising end-tidal P(CO<sub>2</sub>). In *J Clin Psychiatry*. 2012 Jul;73(7):931-9. doi: 10.4088/JCP.11m07068. PubMed PMID: 22901344.
107. YAMADA, K. a kol. 2011. High prevalence of comorbidity of migraine in outpatients with panic disorder and effectiveness of psychopharmacotherapy for both disorders: a retrospective open label study. In *Psychiatry Research*. ISSN 0165-1781, 2011, vol. 185, no. 1-2, p. 145-148.

**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.

**Peter Pellegrini**  
poverený vedením  
ministerstva