

Panická porucha – příznaky a diagnostika

doc. MUDr. Dana Končelíková, Ph.D.

Klinika psychiatrie FN Olomouc a Lékařská fakulta UP, Olomouc

Panická porucha se řadí do skupiny úzkostných poruch a je charakterizovaná přítomností panických atak a anticipační úzkostí. V průběhu života prožije alespoň jednu panickou ataku asi čtvrtina populace. Pro panické ataky je typická jejich náhlost a omezená délka trvání. Při panické atace postižený člověk prožívá masivní úzkost, která je doprovázena obavami a tělesnými příznaky. Intenzita příznaků je pro pacienty natolik děsivá, že je vede do ambulancí lékařů, často akutně. Do současné chvíle byla vytvořena řada účinných jak farmakologických, tak nefarmakologických léčebných přístupů. Jejich účinnost je však závislá od správné indikace a tedy správné diagnostiky pacientů.

Klíčová slova: panická ataka, respirační alkalóza, vegetativní příznaky, anticipační úzkost, diferenciální diagnostika, terapie.

Panic disorder – symptoms and diagnostics

Panic disorder belongs to the group of anxiety disorders and it is characterized by the presence of panic attacks and anticipatory anxiety. At least one quarter of population experience at least one panic attack in their life. Panic attacks are characterized by their suddenness and limited duration. During the panic attack, the affected person experiences massive anxiety, which is accompanied by fears and physical symptoms. The symptoms could be so intense that the patients often go straight to Emergency without consultation with primary care doctor. A number of effective pharmacological and non-pharmacological treatment approaches have been developed. However, their efficacy depends on the correct indication and hence correct diagnosis.

Key words: panic attack, respiratory alkalosis, vegetative symptoms, anticipatory anxiety, differential diagnosis, therapy.

Úvod

Úzkostné poruchy patří mezi jedny z nejfrekvencovanějších onemocnění. Současné studie české populace hovoří přibližně o 1,5 milionu občanů trpících některou z úzkostných poruch (1). Panická porucha patří mezi nejčastější. Dle epidemiologických studií, užívajících diagnózu dle DSM-IV, v průběhu života prožije aspoň jeden plně vyjádřený panický záchvat 22,5 % populace, 3,7 % populace splňuje kritéria panické poruchy a u 1,1 % je možné stanovit diagnózu panické poruchy s komorbidní agorafobií (2). Jak tato data naznačují, pacienti trpící panickou poruchou jsou častými návštěvníky ambulancí lékařů, a to jak psychiatrů, tak praktických lékařů. V současné chvíli existuje řada účinných jak farmakologických, tak nefarmakologických přístupů v léčbě panické poruchy. Základním

úspěchem léčby je však stejně jako u jiných chorob, správná diagnostika poruchy.

Diagnostika

Navzdory tomu, že se diagnostika různých duševních poruch v průběhu let vyvíjí. Dg. panické poruchy zůstává v různých diagnostických manuálech dlouhodobě konzistentní. Dle v současné chvíli užívané klasifikace duševních onemocnění MKN-10 je pro stanovení dg. panické poruchy nutná přítomnost panických atak (3). Důležité je, že tyto ataky se objevují nečekaně a nejsou spojené s žádnou konkrétní událostí. Tedy že nemají žádný specifický vyvolávající faktor. To ovšem neznamená, že nemůže následovat po nepříjemném emočním prožitku. Např. pokud pacient prožívá panickou ataku při letu letadlem, nejedná se o panickou poruchu jako takovou, ale

o specifickou fobii – strach z létání. Stejně tak, pokud člověk prožívá úzkost v objektivně ohrožující situaci – např. při autonehodě, opět nemluvíme o panické poruše. Pokud se ovšem panická ataka objeví např. po hádce s kolegou nebo v návaznosti na stres (např. příprava na zkoušky, apod.), můžeme uvažovat směrem k diagnostikování panické poruchy. Rozvoji může předcházet taky změna životního stylu, setkáváme se s ní například u bývalých aktivních sportovců po skončení jejich kariéry, nebo u lidí, kteří procházejí vnitřním konfliktem (např. opuštění partnera, se kterým vychovával dítě apod.). Velmi typicky popisují pacienti rozvoj panických atak v klidu, např. večer při sledování TV. V těchto případech bývají spouštěčem panických atak negativní myšlenky vzbuzující úzkost. Zvláštní skupinou jsou pak noční panické záchvaty, jejich etiologie nebyla jednoznačně objasněna (4).

KORESPONDENČNÍ ADRESA AUTORA:

doc. MUDr. Dana Končelíková, Ph.D., dana.koncelikova@fnol.cz

Klinika psychiatrie FN Olomouc a Lékařská fakulta UP, I. P. Pavlova 6, 779 00 Olomouc

Cit. zkr: Med. praxi 2020; 17(2): 104–108

Článek přijat redakcí: 28. 10. 2019

Článek přijat k publikaci: 15. 12. 2019

Etiologie

Obecně se uznává, že za etiologií panické poruchy stojí souhra bio-psycho-sociálních faktorů. Předpokládá se, že genetické faktory se na rozvoji panické poruchy podílejí významně, ovšem bližší informace jsou stále tématem výzkumů (5). Při vyšetřování pacienta je vhodné identifikovat vyvolávající faktor rozvoje poruchy, což bývá často obtížné, protože k rozvoji panické úzkosti obvykle dochází až s několikaměsíčním odstupem.

Průběh panické ataky

Pro panickou ataku je typické její krátké trvání. U většiny pacientů odezní do několika minut, její trvání obvykle nepřesáhne 20 minut. To ale neznamená, že po odeznění ataky jsou pacienti zcela bez příznaků. Některé tělesné příznaky, např. bolest hlavy či vertigo, u nich mohou ještě dlouho přetrvávat. Stejně to platí o úzkosti, nejsilnější úzkost odezní, ale poté nastupuje tzv. anticipační úzkost, tedy obava z další ataky. Řada pacientů po proběhlé atace cítí velkou únavu (6).

Příznaky

Na kognitivní úrovni mají pacienti obvykle obavy ze smrti, resp. z toho, že trpí nějakou závažnou chorobou. Druh domnělé nemoci je odvislý od toho, jaké má pacient o dané nemoci informace. Vzhledem k tomu, že jedním z nejmarkantnějších příznaků je pocit sevření na hrudi, krku a bušení srdce, tak se řada pacientů obává infarktu myokardu. Jiná část pacientů zase vzhledem ke snížené citlivosti až necitlivosti prstů a pocitům točení hlavy, uvažuje o mozkové příhodě. Bohužel je u řady pacientů rozvinut mýtus, že důvodem jejich potíží je nedostatek hořčičku (důvodem snad může být pocit brnění konečků prstů a jejich křeče, důvodem ovšem není nedostatek hořčičku, ale je to důsledek hyperventilace). Lidé se dále obávají toho, že nad sebou ztratí kontrolu (někoho napadnou, spáchají sebevraždu, apod.), popř. trpí obecným strachem ze „zbláznění se“. U některých pacientů se můžeme setkat s pocity derealizace a depersonalizace, které právě k obavám ze zbláznění vedou (3).

Řada pacientů si výše zmíněné kognitivní příznaky panické poruchy příliš neuvědomuje a zaměřuje se zejména na tělesnou komponentu panické ataky. Obecně za většinou somatických příznaků spojených s panickou atakou stojí zvý-

šená aktivita sympatického nervového systému. Mezi nejčastěji popisovaný příznak patří pocit bušení srdce, zrychlení tepu, zvýšení krevního tlaku, popř. pocit sevření na hrudi. Dále se objevuje třes, ať už vnitřní nebo pozorovatelný, opocení a sucho v ústech. Velmi často pacienti také zaznamenávají pocit sevření na krku, doslova popisují pocit, jako by je někdo škrtil. Mají strach, že se jim uzavře dýchací trubice a oni se sami udusí. Nebo mají pocit, že se nemůžou tzv. „dodechnout“. Bohužel tyto pocity vedou pacienty k tomu, že jsou ještě více pasivní, zaměřují se na dech a obvykle dále prohloubí už stávající hyperventilaci. U části pacientů se dyskomfort přesunuje spíše do oblasti gastrointestinálního traktu. Mívají pocit sevření žaludku, nevolnosti. Jen ve výjimečných případech dojde i na zvracení, většinou se jedná pouze o nauzeu. Točení hlavy a pocity nestability jsou také pacienty často popisovány. Část pacientů si tedy musí rychle sednout nebo nejlépe lehnout, aby neupadli. Opět se jedná pouze o obavu, ztráta vědomí u pacienta prožívající panickou ataku je velmi výjimečná. Jak již bylo zmíněno výše,

mezi velmi často popisovaný příznak patří pocit brnění prstů, popř. celých končetin. Při silných úzkostech se může objevovat i skroucení prstů na ruku a nohou (3). V těchto případech si pacienti nezřídka nesprávně stanovují diagnózu latentní tetanie. Příčinou příznaků ovšem není hypokalcemie, ani hypomagnezemie (tato může být způsobena dlouhodobým užíváním některých farmak a malnutricí), důvodem tetanických příznaků je respirační alkalóza – a tedy terapií není substituce magnézia (toto chování naopak úzkostné záchvaty napomáhá udržovat), ale nácvik řízeného dechu (7).

Tento výčet odpovídá diagnostickým kritériím MKN-10 (tabulka 1) a nemusí platit u všech pacientů za všech podmínek. Příznaky úzkosti mohou být velmi individuální a často mohou mít i nezvyklý charakter. Pacienti mohou např. popisovat pocit třesu nosu, brnění čela, pocit pulzace v zápěstí, trnutí jazyka, zvýšené pohyby střev apod. Stejně tak doba trvání ataky může být různá, závisí na mnoha faktorech (např. fyzická kondice pacienta, chování v průběhu záchvatu). Valná většina pacientů prožívá kom-

Tab. 1. MKN-10 kritéria panické poruchy

A. U jedince se vyskytují periodické ataky paniky, které nejsou logicky spojeny s žádnou specifickou situací nebo věcí a které se často vyskytují spontánně (tj. epizody nelze předvídat). Ataky paniky nejsou průvodním jevem značné námahy, ani vystavení nebezpečným nebo život ohrožujícím situacím.
B. Panická ataka je charakterizována všemi následujícími znaky:
(1) je to samostatná ataka masivní úzkosti nebo neklidu,
(2) začíná náhle,
(3) dosahuje maxima v několika málo minutách a trvá alespoň několik minut,
(4) musí být přítomny alespoň 4 z následujících příznaků, přičemž jeden příznak musí být z položek (a) až (d):
příznaky vegetativní aktivity
(a) palpitace nebo bušení srdce, nebo zrychlený tep,
(b) pocení,
(c) třes nebo chvění,
(d) sucho v ústech (které není vyvoláno medikací nebo dehydratací),
příznaky vztahující se k hrudi a žaludku
(e) potíže s dýcháním,
(f) pocity dušení,
(g) bolesti na hrudi nebo vnitřní neklid,
(h) nauzeu nebo břišní potíže (např. škroukání v žaludku),
příznaky vztahující se k duševnímu stavu
(i) pocity závratě, vratkosti, pocity na omdlení nebo pocity točení hlavy,
(j) pocity, že věci jsou neskutečné (derealizace) nebo že vlastní osoba je vzdálená, nebo „zde ve skutečnosti není“ (depersonalizace),
(k) strach ze ztráty kontroly, strach, „že se zblázní“, nebo strach ze ztráty vědomí,
(l) strach ze smrti,
všeobecné příznaky
(m) návaly horka nebo mrazení,
(n) snížená citlivost nebo palčivé pocity.
C. Nejčastěji užívaná vylučovací doložka. Panické ataky nejsou vyvolány tělesnou poruchou, organickou duševní poruchou (F00–F09), ani jinými duševními poruchami, jako jsou např. schizofrenie nebo příbuzné poruchy (F20–F29), poruchy nálady (afektivní poruchy) (F30–F39), ani somatoformní poruchy (F45).

binaci plně vyjádřených a parciálních záchvatů. Při nich nedojde k rozvoji masivní úzkosti a zpravidla se objeví jen několik pro pacienta typických příznaků.

Ač diagnostická kritéria udávají, že k rozvoji ataky dochází náhle, dobře edukovaní pacienti jsou schopni již na počátku poznat, že panická ataka přichází a dokáží ji zastavit. Mezi časté první příznaky patří zúžení dechu, bušení srdce a opocení dlaní rukou. Právě to je ten správný okamžik, kdy by měl být použit některý z farmakologických nebo nefarmakologických terapeutických přístupů. Důležitou součástí obrazu panické poruchy je tzv. anticipační úzkost, obava ze znovuoobjevení záchvatu. Tato paradoxně zvyšuje pozornost pacienta směrem k tělesnému prožívání, zvyšuje míru stresu a tím i zvyšuje pravděpodobnost rozvoje další panické ataky.

V případech, že u pacienta proběhl pouze jeden záchvat, pak mluvíme o panické atace, pokud se však záchvaty opakují, pak mluvíme o panické poruše. U středně závažné by se měly vyskytovat více jak 4 záchvaty po dobu 4 týdnů (F41.00), u těžké pak alespoň 4 plně vyjádřené záchvaty týdně po dobu 4 týdnů (3).

Diferenciální diagnostika

Vzhledem k tomu, že panická porucha může svými příznaky imitovat celou řadu onemocnění, není diferenciální diagnostika panické poruchy jednoduchou záležitostí. Záchvaty úzkosti mohou mít i pacienti trpící jinými duševními poruchami, např. sociální fobií. Na druhou stranu, panická porucha se může jako komorbidní onemocnění vyskytovat téměř u jakékoli duševní poruchy. Může provázet i různé intoxikace nebo odvykací stavy.

Ze somatických onemocnění je zejména nezbytné zaměřit se na různá kardiovaskulární, endokrinní, respirační a neurologická onemocnění. U pacientů je v rámci diferenciálně diagnostické rozvahy vhodné provést základní laboratorní vyšetření se zaměřením zejména na funkce štítné žlázy, hodnoty glykemie a mineralogram. Je možné doplnit i vyšetření pomocí EKG, popř. EEG. V případě diagnostické nejistoty je možné i neurologické vyšetření.

Z kardiovaskulárních onemocnění stojí za to zmínit zejména infarkt myokardu, u kterého se také vyskytují palpitace, bolest na hrudi, opocnost, a příznaky se také obvyk-

le vyskytují náhle a mají tendenci postupně progredovat. Palpitace může být také příznakem arytmií, bolest na hrudi popisují pacienti s prolapsem chlopní a anginy pectoris. Další širokou skupinou jsou endokrinní poruchy. Jako typický zástupce se obvykle uvádí feochromocytom, který má také velmi variabilní klinický obraz a může panickou ataku imitovat. Mezi další onemocnění se řadí hypertyreóza a hypoglykemie. Opomenout bychom neměli ani možnost menopauzy. Z respiračních onemocnění pak nejčastěji uvažujeme nad astmatem (které může být i jako komorbidní onemocnění) a chronickou obstrukční plicní nemocí. Velmi důležitá je diferenciální diagnostika s některými z neurologických onemocnění, a to s centrální mozkovou příhodou, vestibulární dysfunkcí a roztroušenou sklerózou. Někdy může být svízelná diferenciální diagnostika s epilepsií. Epileptické záchvaty však oproti panickým mívají trvalejší charakter, nástup příznaků bývá rychlejší, vyskytuje se méně vegetativních příznaků, obvykle absenteje psychogenní provokace, křeče nebývají tetanické, dochází u nich k poruše vědomí, může u nich dojít k poranění a mívají kratší délku trvání (6).

Diferenciální diagnostika panické poruchy a dalších duševních poruch obvykle nebývá svízelná. Důležité je pamatovat na fakt, že panické ataky se vyskytují nečekaně a nemají spouštěč. Což panickou poruchu odlišuje např. od sociální fobie a specifických fobií, u kterých se také objevuje panický strach, ale má svůj vyvolávající faktor. Diferenciálně diagnosticky je možné uvažovat také nad generalizovanou úzkostnou poruchou, pro ni je však typická volně plynoucí úzkost, která nedosahuje intenzity panických atak. Pacienti s panickou poruchou mají obavy z míst, kde u nich k záchvatu došlo a mají tendenci se jim vyhýbat. Toho chování může vést k rozvoji komorbidní agorafobie neboli strachu (popř. vyhýbání se) z míst, kde se nachází velké množství lidí (dav, veřejná místa), cestování nebo pobytu mimo domov (3). Spojení těchto dvou poruch se vyskytuje přibližně u jedné čtvrtiny pacientů (2). Panická porucha se jako komorbidní onemocnění může vyskytovat prakticky u všech dalších duševních onemocnění, včetně závažných duševních poruch jakými jsou schizofrenie, deprese a bipolární afektivní porucha.

Terapie

Léčba panické poruchy (případně panické poruchy s komorbidní agorafobií) spadá do kompetence praktického lékaře a byl pro ně vytvořen doporučený postup léčby (8).

Panickou poruchu je možné léčit jak pomocí psychofarmak, tak psychoterapie. Hlavním bodem léčby by měla být zejména důkladná edukace pacienta o povaze onemocnění, souvislosti mezi emocemi a tělesným prožíváním a průběhu nemoci. Pro řadu pacientů je kvalitní poučení klíčovým bodem léčby, ve chvíli, kdy prožívaným příznakům rozumí, přestávají se jich bát, snižuje se úzkost a tím i pravděpodobnost objevení panické ataky. Dalším bodem léčby je naučit pacienty zvládat jednotlivé ataky. Důležité je, aby se pacient naučil rozeznat varovné příznaky a dokázal s nimi pracovat už od počátku. Plně rozvinutá panická ataka se zastavuje velmi obtížně. Jak už bylo zmíněno výše, valná část příznaků vychází z respirační alkalózy a je tedy základním kamenem naučit pacienta tzv. řízený dech. Tedy naučit ho, aby v době, kdy pociťuje první příznaky panické ataky, zpomalil dech a zhluboka se nadechoval do břicha. Je dobré to s pacientem v ordinaci několikrát zkusit. Nechat pacienta, ať si položí ruku na břicho a snaží se nadechovat tak, aby se mu břicho i ruky zdvihly, poté několik sekund vydržel v nádechu a pak pomalu vydechnul (ruka se opět ponoří). Pacient může počítat například do 4 (na 4 doby nádech, na 4 zadržet a na 4 vydechnout) nebo pomalu říkat „nádech“, „zadržet, zadržet, zadržet“ a „výdech“. Část pacientů má problémy se zvládnutím této techniky, těmto doporučujeme užít benzodiazepin, například alprazolam nebo clonazepam (9).

U pacientů, u kterých se panické ataky objevují často, je potřeba uvažovat o dlouhodobé léčbě. Jednou z možností je léčba pomocí psychoterapie. Existuje dostatek důkazů o efektivitě kognitivně-behaviorální terapie a krátké dynamické terapie. Jinou možností je užívání antidepressiv, metodou volby je podávání látek ze skupiny SSRI (selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu). Při jejich užívání je nutné pacienta edukovat o tom, že efekt se dostaví až s odstupem několika týdnů, do té doby je vhodné, aby pacient měl možnost užívat anxiolytika. U pacientů s panickou poruchou se často setkáváme s nežádoucími účinky SSRI,

INZERCE

proto je doporučována pozvolná titrace. Další možností je léčba kombinací antidepresiv a psychotherapie (8, 9).

Závěr

Diagnostika panické poruchy obvykle nebývá svízelná. Základem je řádné odebrání anamnézy a diferenciální diagnostika. Popis průběhu panických atak bývá charakteristický, a zároveň mívá jistý osobní rukopis. Typickým příznakem je návratnost příznaků a jejich postupné odeznění ad integrum. Dalším pomocným vodítkem je identifikace zevního stresoru, který první atace

předchází. V období mezi záchvaty pacienti trpí anticipační úzkostí, obavou z návratu záchvatu, která vede k rozvoji zabezpečovacího a vyhýbavého chování. Mezi zabezpečovací chování patří například nadměrné užívání léků (často návykových), opakované návštěvy lékaře, trvání na přítomnosti další osoby, apod. Vyhýbavé chování může vést k postupnému rozvoji agorafobie. Právě vyhýbavé a zabezpečující chování má následně negativní vliv na život pacienta a je potřeba zabránit jejich rozvoji. V rámci terapie by prvním krokem měla být důkladná edukace pacienta a následně nácvik zvládnání záchvatu.

Z dlouhodobého hlediska je možná léčba jak pomocí psychofarmak, tak psychotherapie.

Na diagnózu panické poruchy je nutno myslet vždy, když se příznaky objevují náhle, jsou doprovázeny masivní úzkostí a somatickým doprovodem. Stanovení diagnózy vychází z pohovoru s pacientem a měla by mu předcházet kvalitní diferenciální diagnostika. Vzhledem k vysoké míře stigmatizace jak obecně ve společnosti, tak mezi pacienty, se řada lidí ostýchá navštívit psychiatra a tak hlavní břímě diagnostiky a léčby pacientů s panickou poruchou leží na bedrech praktických lékařů.

LITERATURA

1. Džúrová D, Smolová E, Dragomirecká E. Duševní zdraví v sociodemografických souvislostech. Praha: Univerzita Karlova a Psychiatrické centrum 2000.
2. Kessler RC, Chiu WT, Jin R, et al. The epidemiology of panic attacks, panic disorder, and agoraphobia in the National Comorbidity Survey Replication. Archives of general psychiatry, 2006; 63(4): 415–424.
3. World Health Organization, et al. Mezinárodní klasifikace nemocí. Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených

- zdravotních problémů ve znění desáté decennální revize MKN-10 (kapesní formát). Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky, 1992.
4. Merritt-Davis O, Balon R. Nocturnal panic: biology, psychopathology, and its contribution to the expression of panic disorder. Depression and anxiety, 2003; 18(4): 221–227.
5. Veltman DJ, Pauls DL. Genetic studies of panic disorder: a review. The Journal of clinical psychiatry 2000; 61(10): 756–766.

6. Kamarádová D, Látalová K, Praško J. Panická porucha. Grada Publishing a.s., 2016.
7. Kamarádová D. Kognitivně behaviorální terapie panické poruchy ve skupině. Psychiatrie pro praxi. 2012; 13(4): 174–181.
8. Vobořivová V, Červený R. Doporučené diagnostické a terapeutické postupy pro všeobecné praktické lékaře. Úzkostné poruchy. Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP. 2018.
9. Raboch J. Psychiatrie: Doporučené Postupy Psychiatrické Péče IV, n. p. Praha: Česká lékařská společnost J. E. Purkyně. 2014.