

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav porodní asistence

Darina Lesková

Panická porucha

Bakalářská práce

Vedoucí práce: MUDr. Aleš Grambal

Olomouc 2011

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedené bibliografické a elektronické zdroje.

Olomouc 30. dubna 2011

podpis

Děkuji MUDr. Aleši Grambalovi za odborné vedení bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat prof. MUDr. Jánovi Pavlovi Práško, CSc. za možnost účastnit se kognitivně behaviorální psychoterapie u pacientů s panickou poruchou na klinice psychiatrie ve Fakultní nemocnici Olomouc.

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Název práce:

Panická porucha

Název práce v AJ:

Panic disorder

Datum zadání: 2010-01-27

Datum odevzdání: 2011-05-06

Vysoká škola, fakulta, ústav: Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta zdravotnických věd

Ústav porodní asistence

Autor práce: Darina Lesková

Vedoucí práce: MUDr. Aleš Grambal

Oponent práce: MUDr. Aleš Grambal

Abstrakt v ČJ:

1. Práce se zabývá problematikou panické poruchy obecně a panickou poruchou v těhotenství a v poporodním období.
2. Cílem práce bylo shromáždit a ucelit obecné informace o „Panických záchvatech“ a specifické informace o tomto onemocnění v těhotenství a v poporodním období.

Abstrakt v AJ:

1. The work is aimed about panic disorder generally and panic disorder in pregnancy and in the puerperium.
2. The aim was to collect and summarize general informatik about „panic attacks“ and specific information about this diorder in pregnancy and the postpartum period.

Klíčová slova v ČJ:

panická porucha, panický záchvat, úzkost, těhotenství, poporodní období, psychoterapie, stresová reakce, agorafobie, novorozenec, matka, plod, hyperventilace

Klíčová slova v AJ:

panic disorder, panic attack, anxiety, pregnancy, postpartumperiod, psychotherapy, stress reaction, agoraphobia, newborn, mother, fetus, hyperventilation

Rozsah : 46 s.

OBSAH

1. Úvod	8
2. Panická porucha	10
2.1 Definice	10
2.2 Epidemiologie	10
2.3 Etiopatogeneze	10
2.4 Průběh	12
2.4.1 Psychické příznaky panické poruchy	13
2.4.2 Tělesné příznaky panické poruchy	13
2.5 Diagnostika	15
2.6 Diferenciální diagnostika	17
2.7 Psychiatrická komorbidita	18
2.8 Panická porucha u somaticky nemocných	18
2.9 Léčba panické poruchy	19
2.9.1 Zásady léčby	19
2.9.2 Vyšetření a hodnocení	19
2.9.3 Cíle léčby	20
2.9.4 Fáze léčby	21
2.9.5 Léčebný postup při záchvatu	22
2.9.6 Farmakoterapie	23
2.9.6.1 Základní zásady u panické poruchy	23
2.9.6.2 Léky užívané při léčbě panické poruchy	23
2.9.6.3 Nežádoucí účinky léků	24
2.9.7 Klinické vedení pacienta	25
2.9.8 Psychoterapie	25
2.9.8.1 Kognitivně-behaviorální terapie	26
2.9.8.2 Kognitivně behaviorální terapie u panické poruchy	26
2.9.8.3 Psychodynamická psychoterapie	28
3. Panická porucha v těhotenství a poporodním období	29
3.1 Úvod	29
3.2 Vliv úzkostné poruchy na matku a plod	30
3.3 Okolnosti rozvoje panické poruchy v těhotenství a poporodním období	31
3.3.1 Životní postoje a očekávání	31
3.3.2 Interpersonální situace a sociální podpora	33
3.4 Klinické projevy panické poruchy v graviditě a poporodním období	34
3.4.1 Nejčastější projevy panické poruchy v těhotenství a poporodním období	34
3.5 Prevence panické poruchy u těhotných žen a žen po porodu	35
3.5.1 Kroky ke snížení rizika rozvoje panické poruchy	36
3.6 Léčby panické poruchy v těhotenství a poporodním období	37
3.6.1 Psychoterapie	37
3.6.2 Farmakologická léčba panické poruch v těhotenství a po porodu	37
3.6.2.1 Obecné zásady farmakoterapie v těhotenství a v průběhu kojení	38
3.6.2.2 Změny metabolismu léků v graviditě	38

3.6.2.3 Možné způsoby ovlivnění plodu farmakoterapie	39
3.6.2.4 Kategorizace bezpečnosti léků v graviditě a laktaci podle FDA	40
3.6.2.5 Benzodiazepiny	40
3.6.2.6 Antidepresiva	41
4. Závěr	43
5. Seznam literatury	44

1. Úvod

Jaké byly doposud publikovány poznatky o panické poruše v těhotenství a poporodním období? Jaká léčba je u těhotných žen nejvhodnější?

Tato přehledová bakalářská práce shromažďuje obecné informace o Panické poruše a zabývá se také panickými záchvaty v těhotenství a v poporodním období. Cílem práce je shrnout aktuální informace o panické poruše a pomoci porodním asistentkám vytvořit si představu o tomto onemocnění, rozpoznat příznaky, rizika a poskytnout návrh ke zvládnutí průběhu panického záchvatu.

Ženy, které navštěvují prenatální poradny bývají starší, než tomu bylo v minulých letech. Studie, zabývající se průměrným věkem rodiček během let 1991-2007 zaznamenala, že první gravidita žen se posouvá do pozdějšího věku. Průměrný věk rodiček v roce 1991 byl 24,7 let a v roce 2007 vzrostl na 29,1 let(18). Vyšší věk je také možná spojován s větším výskytem patologických těhotenství. Ženy častěji podstupují vyšetření nebo jsou hospitalizovány na odděleních rizikového těhotenství a jsou vystaveny větší psychické zátěži. Míru psychické zátěže zvyšuje také nepříznivá sociální nebo rodinná situace. U disponovaných jedinců může dojít k rozvoji úzkostných poruch, deprese a dalších psychických onemocnění. Nejčastější psychickou poruchou mladšího věku je Panická porucha.

U některých těhotných se Panická porucha (panické záchvaty) může vyskytovat již před počátkem gravidity. V případě, že se žena již s Panickou poruchou léčila, těhotenství pravděpodobně zvládne lépe než žena, která léčbu neabsolvovala.

Cíle pro vypracování bakalářské práce na téma Panická porucha :

- 1.Shromáždit obecné informace o panické poruše.
- 2.Předložit poznatky o vzniku a průběhu panické poruchy.
- 3.Shrnout poznatky o léčbě panické poruchy obecně a v průběhu těhotenství a v poporodním období.
- 4.Shrnout poznatky o vlivu panické poruchy a její léčby na těhotenství.

Bibliografické a elektronické citace vstupních studijních zdrojů

KUKUMBERG, Peter; ULČ, Igor . Panická porucha. Praha : Maxdorf, 2001. 218 s. ISBN 8085912147.

PRÁŠKO, Ján , et al. Agorafobie a Panická porucha : Příčiny a způsoby léčby. 1. Praha : Portál, 2008. 208 s. Dostupné z www.portal.cz. ISBN 978-80-7367-336-9.

Rubinchich,S., Kablinger,A.,Gardner,J. Clin psychiatry 2010, www.pubmed.com

Kukumberg, P. Skica panickém poruchy. www.neurologiepropraxi.cz/2003/06

Kukumberg, P. Takzvaná neurogenní tetanie. www.solen.cz

2. Panická porucha

Panická porucha patří mezi nejčastější úzkostné poruchy. Na záchvat typicky navazuje trvalý strach z dalších záchvatů, který zvyšuje pravděpodobnost jejich opakovaného výskytu a potvrdí pacientovi jeho obavy. Pacient se tak pohybuje v bludném kruhu příznaků a spolu s dalšími udržujícími faktory má onemocnění u některých jedinců tendenci k progresi.

2.1 Definice

Panickou poruchou rozumíme opakované záchvaty silné úzkosti, které vznikají náhle a nejsou omezeny na konkrétní situaci. (MKN 10)

2.2 Epidemiologie

Panická porucha se rozvíjí hlavně v období od 15 do 24 let a svůj vrchol má v 45 - 54 letech. Může se objevit stejně tak v dětství, jako ve stáří. Vyskytuje se až dvakrát častěji u žen než u mužů. Každý rok postihuje záchvat paniky 10 - 12% lidí a v průběhu života se s tímto záchvatem setkalo až 80% lidí. Ale jen u části z nich se úzkost rozvinula a objevily se další záchvaty (11).

Rozvoj panické poruchy závisí na mnoha okolnostech. Epidemiologicky bylo zjištěno, že touto poruchou trpí více lidí, kteří žijí odděleně (rozvedení, ovdovělí), ztratili v dětství rodiče, byli tělesně nebo sexuálně zneužíváni nebo mají nedokončené vzdělání (17).

2.3 Etiopatogeneze

Úzkost a obavy se objevují u všech lidí a pomáhají nám zvládat stresovou situaci nebo se jí vyhnout. Vlivem úzkosti se mobilizuje energie, vyostřují smysly a dochází díky ní k reakci na nebezpečí a tím chrání organismus. Pokud je však úzkost nadměrná, častá a trvá dlouho může negativně ovlivňovat život člověka.

Úzkost má často dopad sociální, např. vyhýbání se společenským aktivitám a může souviset i se ztrátou fyzické kondice.

Názorů na to, jak panická porucha vzniká a probíhá, je několik, některé zdůrazňují biologické faktory, jiné psychogenní, současný pohled sjednocuje obojí.

Studie o panikogenech podporuje myšlenku o dysregulaci periférního a centrálního nervového systému (Bradwejn a Koszycki, 1991). Touto myšlenkou je, že zvýšený tonus sympatiku, pomalá adaptace na opakované stimuly a nadměrná reaktivita na mírné podněty způsobuje špatnou regulaci v noradrenergním, serotoninergním a dopaminergním systému.

Jiné studie tvrdí, že problém je v dysfunkci GABA-ergního systému, ve zvýšené citlivosti cholecystokininových receptorů, dále vlivem poruchy regulace CRH (hormon uvolňující kortikotropin) a neuropeptidu Y. Jsou-li změny funkčního nebo trvalého rázu, není jasné (Charney et al., 1992)

Z psychoanalytického hlediska může být příčinou vzniku panické poruchy ztráta rodiče nebo může být spojena se separační úzkostí v dětství. Tito lidé se často bojí, že budou opuštěni a zároveň se bojí připoutat k druhé osobě. V těchto případech záchvaty vznikají na základě neúspěšné obrany proti impulsům provokující úzkost. Bojí se, že zůstanou sami bez pomoci. Úzkost se objevuje u všech lidí a pomáhá nám zvládat nastalou situaci. Vlivem úzkosti se mobilizuje energie, vyostřují smysly a dochází díky ní k reakci na nebezpečí a tím chrání organismus. Pokud je však úzkost nadměrná, častá a trvá dlouho, negativně ovlivňuje život člověka sociálně i fyzicky.

Dalším názorem na vznik a rozvoj panické poruchy je „Hyperventilační hypotéza“. Panická ataka je v tomto případě způsobena stresem, který vede k protahované hyperventilaci, snižuje se parciální tlak CO₂, zvyšuje se pH a rozvíjí se tím somatické příznaky.

V 80. letech 20. století byly vytvořeny kognitivní modely panické poruchy. První z těchto modelů popisuje strach z tělesných pocitů, který přeroste v záchvat. Druhý model říká, že jedinec systematicky přeceňuje hrozbu, která je v dané situaci přítomna, somatické reakce podporují myšlenku hrozby a tím vzniká bludný kruh.

Další kognitivní model se domnívá, že jde o naučené chování s naučenou neurovegetativní reakcí. Tato reakce je udržována záměrnou pozorností, vyhýbavým a zabezpečovacím chováním.

2.4 Průběh

Asi u 70% pacientů popisuje v době prvního záchvatu panické poruchy výrazný stres (3). Někdy jí může předcházet stresující událost, ale může také přijít bez podnětu. 90% pacientů pociťuje před prvním záchvatem úzkostnou či fobickou symptomatologii (1). Není vzácné, že první záchvat paniky se objeví v souvislosti s reakcí na nemoc nebo důležitou životní událost, jako je ztráta blízké osoby či odloučení od rodiny. Panická porucha se může objevit také v klidném období, kterému ale předcházelo stresující období. Jde o tzv. posttraumatický stres. První záchvat se může také objevit během jakékoliv rutinní činnosti.

U neléčených pacientů má panická porucha často dlouhodobý průběh, postupně se zhoršuje a přechází do chronicity. Tento přechod může trvat 10 - 15 let a dochází k němu u 40% pacientů. Zároveň se neléčení pacienti mohou spontánně uzdravit nebo může dojít k návratu po dlouhém období remise.

Samotný záchvat paniky začíná náhle, se silným pocitem úzkosti, který si pacient nemůže vysvětlit. Pak následuje rozvíjení tělesných příznaků, které pacient považuje za závažné. Následkem toho se objeví úzkostné myšlenky, jako intenzivní strach ze smrti, z kolapsu, ze ztráty sebeovládání, kontroly nebo zešílení. Po odeznění záchvatu je pacient vyčerpaný, třese se a nakonec dochází k uvolnění.

Délka panického záchvatu se pohybuje od 5 minut do 20 minut, ale může trvat i 2 hodiny a déle. Ataka nemusí probíhat jen ve dne. Asi 1/3 pacientů má tzv. noční panickou ataku. Tito pacienti se probouzí rozrušení, s pocitem zvýšené psychické aktivity. Tento typ záchvatu se objevuje během non-REM fáze spánku ve 2. nebo 3. stádiu. Frekvence i intenzita záchvatu je nižší, než u záchvatů denních. Objevují se zde ale více jiná somatická onemocnění, deprese nebo další úzkostné poruchy.

2.4.1 Psychické příznaky panické poruchy :

Mezi psychickými symptomy panické poruchy se nejčastěji vyskytují pocit ohrožení, pocit napětí, strach, nadměrné obavy a starosti, katastrofické myšlenky a představy, obtíže s koncentrací, nespavost, nadměrná bdělost a ostražitost, lekavost, podrážděnost, pocit vnitřního chvění, pocity odcizení nebo neskutečnosti sebe sama nebo okolí, neschopnost odpočívat, záchvaty panické hrůzy, úzkost z očekávání (12).

2.4.2 Tělesné příznaky panické poruchy :

Mezi somatickými symptomy panické poruchy se nejčastěji vyskytují napětí ve svalech, zkrácení dechu, zrychlené dýchání nebo pocity nedostatku dechu, bolesti v zádech, hlavy, ve svalech, třes, cukání, zvýšená únavnost, závratě, bušení srdce, zrychlený tep, tíha nebo svírání na hrudi, pocení, červenání nebo blednutí, časté močení, průjem nebo zácpa, nadýmání, nechutenství nebo přejídání, sucho v ústech, tlaky v žaludku, pocity na zvracení, brnění rukou, předloktí, rtů nebo nohou, obtíže s polykáním, sevření krku, píchání u srdce, mžítka před očima, rozmazané vidění (12).

2.4.3 Stresová reakce a její souvislost s rozvojem tělesných příznaků

Stresová reakce, je reakce organismu na možné nebezpečí. Během této reakce se aktivizuje několik pochodů, které připravují tělo na zvládnutí situace. Zásahu na spuštění reakce má stresor, který aktivuje z autonomního systému v první fázi reakce sympatikus, který rychle připraví organismus k akci. Ve druhé fázi stresové reakce nastupuje parasympatikus, který vrací organismus do normálního stavu.

Aktivací sympatiku v první fázi stresové reakce se zrychlí srdeční činnost a dojde k urychlení průtoku krve. Tělo zásobuje kyslíkem tkáň a odvádí krev z méně důležitých částí těla, jako je žaludek nebo konečky prstů, do míst, kde je více potřeba, což jsou hlavně velké svaly.

Reakce na stresor souvisí také s prohloubením a zrychlením dýchání. Tomuto dýchání říkáme hyperventilace. Hyperventilace je definována jako zvýšená frekvence a hloubka dýchání, která přesahuje potřeby těla v daném čase.

Organismus potřebuje mít k akci dostatek kyslíku ve tkáních, který je spotřebován při reakci na stres. Pokud k žádné skutečné aktivitě nedojde, kyslík se v těle hromadí a mohou se objevit křeče v rukou nebo stažení rtů. Další hyperventilací dochází ke sníženému krevnímu zásobení hlavy a závratím, rozmazanému vidění, pocitu zmatku a nejistoty, pocitu nereálna nebo návalům horka.

Během hyperventilace se organismus nasytí kyslíkem, ale vlivem zúžení části cév se do některých oblastí těla a mozku dostane v menším množství. Když se sníží obsah kyslíku v mozku, může to vyvolat závratě, zmatek, pocit nedostatku dechu nebo zamlžené vidění. Nedostatek kyslíku v jiných částech těla se projeví zvýšením tepové frekvence, brněním končetin, ztuhnutím svalů nebo vlhkými a studenými končetinami.

Nadměrné dýchání je těžká tělesná námaha a jejími důsledkem je často únava a vyčerpání. Při hyperventilaci dochází spíše k povrchnímu dýchání do hrudníku než pomocí bránice. Takové dýchání svaly hrudníku unaví a jsou napjaté, což může způsobovat svírání nebo bolesti na hrudi.

Dalšími příznaky stresové reakce, které se při aktivaci sympatiku vyvolají, jsou rozšířené zornice nebo snížená činnost trávicího systému. Rozšíření zornic způsobí rozmazané vidění nebo skvrny před očima. Snížená činnost trávicího systému má za následek pocity na zvracení, pocit těžkého žaludku nebo zácpu. Při stresové reakci dochází také k velkému napětí svalových skupin, které vede k bolesti svalů či třesu. Červenání nebo pocit horka je následkem aktivace metabolismu. Celý proces je závislý na velkém množství energie, a proto se po jeho skončení objeví únava a vyčerpání. Příznaky objevující se během stresové reakce nejsou u somaticky zdravého jedince nebezpečné.

2.5 Diagnostika

Pacienti s panickou poruchou mohou být ustrašení, napjatí a neklidní. Můžeme u nich také zpozorovat nesoustředěnost, emoční labilitu a podrážděnost. Během rozhovoru po proběhlém panickém záchvatu často rychle mluví a ujišťují se, že je všechno v pořádku. Když se zeptáme na jejich potíže, popisují hlavně tělesné příznaky a úzkost neuvádějí jako hlavní problém. Pacient vzhledem k somatickým příznakům má obavy o své tělesné zdraví a klade důraz na absolvování klinických vyšetření (EKG, neurologická, GIT nebo respirační vyšetření), při kterých se typicky organický podklad obtíží neprokáže. Diagnózu panická porucha stanovíme po řádném somatickém vyšetření a vyloučení organické příčiny obtíží.

Diagnostická kritéria MKN-10 pro panickou poruchu (1996)

A. U jedince se vyskytnou periodické ataky paniky, které nejsou logicky spojeny s žádnou specifickou situací nebo věcí, a které se často vyskytnou spontánně (tj.epizody nelze předvídat). Záchvaty 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. musejí být přítomny alespoň čtyři z následujících příznaků, přičemž jeden příznak musí být z položek a) - d):

Příznaky vegetativní aktívace

- a) palpitace nebo bušení srdce nebo zrychlený tep
- b) pocení
- c) chvění nebo třes
- d) sucho v ústech

Příznaky týkající se hrudníku nebo břicha

- e) obtížné dýchání
- f) pocit zalykání se, pocity dušení
- g) bolesti nebo nepříjemné pocity v hrudníku
- h) nevolnost nebo břišní nevolnost

Příznaky týkající se psychického stavu

- i) pocit závratě, neklidu, mdloby, točení hlavy
- j) pocity, že objekty nejsou reálné (derealizace), nebo že jedinec je mimo, „není zde skutečně“ (depersonalizace)
- k) strach ze ztráty kontroly, „zešílení“, ztráta vědomí
- l) strach ze smrti

Celkové příznaky

- m) návaly horka nebo chladu
- n) pocity znecitlivění nebo mravenčení

C. Nejčastější užívaná vylučovací doložka. Panické ataky nejsou vyvolány tělesnou poruchou, organickou psychickou poruchou ani jinými psychickými poruchami, jako je např. schizofrenie nebo příbuzné poruchy, poruchy nálady nebo somatoformní poruchy.

Rozsah jednotlivých variací, pokud jde o obsah a tíži, je tak veliký, že se mohou specifikovat pátým znakem dva stupně - středně těžký a těžký:

F41.00 Středně těžká panická porucha

Alespoň čtyři panické ataky v období čtyř týdnů.

F41.01 Těžká panická porucha

Alespoň čtyři panické ataky za týden po dobu čtyř týdnů. (17)

2.6 Diferenciální diagnostika

Přítomnost záchvatů nemusí znamenat vždy panickou poruchu, ale může se jednat také o jiné úzkostné nebo afektivní poruchy. Abychom určili přesnou diagnózu, měli bychom vyloučit somatické příčiny úzkostného stavu, intoxikaci, abstinenční syndrom nebo jiné psychické poruchy.

Somatickou příčinou může být paroxysmální síňová tachykardie nebo angina pectoris, které připomínají panickou ataku. Parciální komplexní epileptický záchvat může být také zaměněn za panickou ataku, protože v průběhu aury se objevuje strach. Strach hraje roli i při astmatickém záchvatu, kdy se pacient bojí udušení. Kombinace astmatu a panické poruchy však není výjimkou. Během vyšetření bychom měli rozpoznat reálné obavy ze somatického onemocnění.

Ne jenom příznaky somatických onemocnění mohou být zaměněny za panickou poruchu. Záchvaty panické poruchy musíme také odlišit od jiných úzkostných poruch. Při organické úzkostné poruše působí hlavně jako stresor somatické onemocnění. Pocity úzkosti vyvolávají některé léky nebo chemické látky. Proto se úzkostné příznaky objevují často při intoxikacích, před počátkem deliria a také jako součást syndromu z vysazení.

Při generalizované úzkostné poruše jsou příznaky podobné panickému záchvatu. Rozdíl je ale v tom, že generalizovaná úzkostná porucha má mírné tělesné příznaky, které mohou trvat i celý den. Nadměrné obavy a starosti z katastrof se u této poruchy týkají hlavně budoucnosti. Pacient s panickou poruchou pocítuje že se děje něco právě teď. Máme-li podezření na agorafobii, kterou často panická porucha způsobuje, měli bychom podrobněji vyslechnout pacienta a rozlišit ji od poruchy nálady nebo sociální fobie. Při poruše nálady se objevuje deprese, která je příčinou vyhýbavého chování (pacient nevychází z bytu, necestuje, nenakupuje). Když si pacient stěžuje, že mu vadí pátravé pohledy druhých nebo má strach, že se ve společnosti ztrapní, jedná se o sociální fobii. Tento pacient se nebojí o své zdraví a ani o život, jako lidé s panickou poruchou.

Asi 20% pacientů s panickými záchvaty má sklon k hypochondrické poruše. Nejčastěji si stěžují na akutní nebo chronickou bolest svalů a na dráždivý tračník.

2.7 Psychiatrická komorbidita

Podle epidemiologických studií je polovina úzkostných poruch spojena alespoň s jednou další psychickou poruchou (5). Toto zjištění má velký význam pro stanovení akutní i dlouhodobé léčby.

Nejčastější psychickou poruchou, vyskytující se společně s panickou poruchou, je agorafobie a to v 50-70%. Další v pořadí je generalizovaná úzkostná porucha, sociální fobie a jiné specifické fobie, obsedantně-kompulzivní porucha, a posttraumatická stresová porucha. (APA, 2000)

V případě, že se současně s panickými záchvaty objevuje deprese, je zde vyšší výskyt pokusů o sebevraždu. Současně u těchto pacientů pomaleji nastupuje účinek léků.

2.8 Panická porucha u somaticky nemocných

Somatické onemocnění může být příčinou rozvoje panické poruchy. Některá onemocnění jsou u pacientů s panickou poruchou častější. Patří mezi ně zvláště kardiovaskulární onemocnění, vředové choroby, poruchy štítné žlázy, plicní onemocnění, epilepsie nebo vestibulární onemocnění. Prolínání těchto onemocnění s příznaky panické poruchy ztěžují diagnostiku. Neprokazují-li provedená vyšetření somatická onemocnění, diagnostikujeme panickou poruchu. Ale i přes průkaz tělesného onemocnění nemůžeme panickou poruchu vyloučit, pacient se somatickým onemocněním může trpět také panickou, nebo jinou úzkostnou poruchou.

2.9 Léčba panické poruchy

2.9.1 Zásady léčby

Předpokladem pro správné vedení léčby je rozpoznání panické poruchy. Specialisté, především internisté a neurologové, kteří se nejčastěji setkávají s pacienty s panickými záchvaty, často při vyšetření na panickou poruchu nepomyslí. Výsledkem neléčené panické poruchy může být opakované vyšetřování, prohloubení příznaků poruchy, rozvoj dalších psychických poruch a výrazné zvýšení nákladů spojených s redundantní diagnostikou, resp. opakovaným vylučováním organického postižení. Po stanovení správné diagnózy má léčba probíhat individualizovaně, zároveň dle aktuálních doporučení léčebných postupů, nejlépe dle medicíny založené na důkazech (Evidence Based Medicine).

2.9.2 Vyšetření a hodnocení

Při vyšetření pacienta nejdříve odebereme důkladně anamnézu somatických onemocnění a psychiatricko-psychologickou anamnézu. Dále provedeme podrobné fyzikální a klinická vyšetření. Pacientovi změříme krevní tlak, puls a odebereme krev na laboratorní vyšetření (sedimentace, krevní obraz, koagulace, jaterní testy, hormony štítné žlázy). Důležité je také provést EKG k vyloučení infarktu myokardu nebo kardiálních onemocnění.

Význam při vyšetření má především diagnostický rozhovor s otevřenými otázkami a empatickým nasloucháním. Při psychiatrickém vyšetření se ptáme na charakter záchvatů. Zajímá nás zvláště kdy se záchvaty objevují, kde nejčastěji probíhají, jsou-li vázané na nějakou činnost nebo nikoliv. Necháme pacienta, aby nám strach popsal a řekl, na co během záchvatu myslí, jaké má představy, čeho se obává a jaké se objevují tělesné příznaky. Ptáme se také pacienta na to, jak záchvaty ovlivňují jeho život. Jestli se něčemu vyhýbá a jestli má nějaké zkušenosti ověřené strategie, které mu pomáhají. Různá omezení, která přináší úzkost způsobují problémy v práci, v rodině a v intimním životě.

Pokud má pacient nějaké zabezpečující postupy je důležité zjistit jaké a zda mu přináší nějaké druhotné zisky (např. našel si práci doma, aby nemusel jít do společnosti), protože ty patří k udržovacím faktorům panické poruchy.

Významnou informací pro diagnostiku jsou okolnosti rozvoje panické poruchy. Zajímá nás sociální situace před rozvojem i aktuálně. Chceme vědět, jestli měl nebo má problémy ve vztahu, v práci, v rodině atd.

Užívání některých léků, alkoholu nebo drog může souviset s úzkostí v případě, že jsou užívány pro zmírnění příznaků úzkosti nebo jejich vysazení či abstinence úzkost zhoršuje. Měli bychom se proto pacienta zeptat jestli ovlivňují jeho záchvaty. U léků zjišťujeme jejich původ, množství a jak dlouho jsou užívány. Pacient nám může souvislost záchvatů a užívaných léků potvrdit. U kofeinových nápojů nebo silných čajů nás zajímá jejich účinek a vázanost na záchvaty. Kromě alkoholu a léků může ovlivňovat úzkost také mobilní telefon, kterým při záchvatu volá svému blízkému, přítomnost někoho jiného nebo vzdálenost od zdravotnického zařízení. Ve většině případů vědomí, že o záchvatu někdo ví, pacienta uklidní. Otázky týkající se jiných faktorů ovlivňujících strach bychom neměli opomenout.

Během rozhovoru s pacientem je důležité vědět, jestli někdy podstoupil psychoterapii. Jestli ano, popíše nám pacient jaké psychoterapie se účastnil, jestli přinesla nějaký efekt a s jakým přístupem psychoterapeuta se setkal.

Ke zhodnocení závažnosti příznaků můžeme použít sebeposuzovací dotazník. Celkovou míru úzkosti hodnotí také tzv. Beckův úzkostný inventář.

2.9.3 Cíle léčby

Na začátku léčby je důležité navázání terapeutického vztahu a získání důvěry pacienta. Stanovíme si individuální terapeutický plán, který bude vyhovovat našemu konkrétnímu pacientovi. Měli bychom podle stavu pacienta a s respektováním jeho přání posoudit, zda volit farmakologickou, psychoterapeutickou nebo kombinovanou léčbu. Nejvhodnější léčbou je ve většině případů psychoterapie, která ale nemusí být dostupná nebo jí pacient z různých důvodů odmítá. Prvním krokem v léčbě je řádná edukace pacienta. Když pacient s panickou poruchou pochopí, co se s ním při záchvatu děje a že může svůj stav ovlivnit, ve většině případů dojde ke zlepšení. Cíle léčby by měly být přiměřené a způsob jejich dosažení by měl být probrán s pacientem. Hlavním cílem léčby bývá zvládnání panických záchvatů, dále vyhýbavého a zabezpečovacího chování, které panickou poruchu, stejně jako jiné úzkostné poruchy udržují. Dalším krokem je porozumění etiopatogenezi panické poruchy v kontextu životního příběhu, tzv. formulace případu. Na základě pochopení příběhu pacienta lze stanovit další konkrétní cíle a strategie jejich zvládnání. Léčbou se snažíme dosáhnout zmírnění příznaků úzkosti a eliminace panických záchvatů, pomoci pacientovi lépe fungovat v životě a na základě porozumění onemocnění předcházet relapsu či recidivě. Během léčby je třeba se rovněž zaměřit na životní problémy a učit se nové strategie jejich řešení.

Při dosažení všech stanovených cílů léčby a zlepšení stavu pacienta, udržujeme dosažený pokrok a snažíme se zabránit relapsu udržovací farmakoterapií a méně intenzivní psychoterapií.

2.9.4 Fáze farmakologické léčby

1. Krátkodobá léčba

Krátkodobá léčba trvá do zmírnění příznaků, což je dle použitého terapeutického přístupu do 12. týdnů. Léky první volby v akutní fázi léčby jsou antidepresiva typu SSRI jako je paroxetin, citalopram, escitalopram, fluoxetin, sertralin, fluvoxamin a vysoce potentní benzodiazepiny. V případě závažnějších, nebo subjektivně obtížně snášených příznaků podáváme benzodiazepinová anxiolytika se současným zahájením antidepresivní léčby. Efekt anxiolytik je prakticky okamžitý, ale pro riziko závislosti se postupně vysazují při nástupu efektu antidepresivní medikace ve 4. až 6. týdnu. Je nutné pacienta před podáváním upozornit na nežádoucí účinky.

2. Pokračovací

Tato léčba nastupuje po léčbě krátkodobé a trvá 12-18 měsíců. Cílem je dosažení dlouhodobé remise. Pokud dojde k remisi pomocí léků a ty jsou předčasně vysazeny, dochází k relapsu během 1-2 měsíců. Léčbu také neukončujeme, je-li přítomna agorafobie nebo deprese. Vysazení terapie zahajujeme při dosažení remise ve všech dimenzích, po předchozí domluvě s pacientem. Tím myslíme remisi panických záchvatů, anticipační úzkosti, fobií, postižení životních rolí a celkového zdraví.

3. Profylaktická léčba a prevence

Profylaktická léčba trvá řadu let a může trvat i celý život. Této léčby se využívá u pacientů s opakovanými recidivami.

2.9.5 Léčebný postup při záchvatu

Vzhledem k tomu, že velkou část panických záchvatů doprovázejí a udržují úzkostné obavy a představy, velká část pacientů se uklidní již situačně, např. příjezdem sanitního vozu, prvním kontaktem s lékařem apod. Pokud k tomu nedojde, lze k pacientovi dle specializace a zkušeností zdravotníka přistupovat spíše farmakologicky, nebo psychoterapeuticky, případně zvolit kombinovaný přístup.

Farmakologický postup

Při panickém záchvatu navážeme kontakt s pacientem, což v řadě případů vede k výraznému zklidnění, poté můžeme podat benzodiazepinová anxiolytika v kombinaci s magnezíem i.m. nebo i.v. ve fyziologickém roztoku. Eticky sporné je podání placebo v různé formě, které může také pomoci ke zmírnění obtíží. Pro odeznění příznaků můžeme podat také anxiolytika per os.

Psychoterapeutický postup

1. Navážeme kontakt s pacientem
2. Zklidníme příznaky paniky pomocí kontrolovaného dýchání nebo dýchání do papírového pytlíku. Při kontrolovaném dýchání přikážeme pacientovi, aby přestal úplně dýchat a asi po 5s vzduch pomalu vydechl. Potom přijmeme pacienta, aby se zhluboka dlouze nadechl a zatlačil vzduch do břicha (Valsavův manévr) na 6s a pak pomalu vydechl. Tímto způsobem je nutno dýchání opakovat 10-12krát.
3. Rozpuštění ostatních příznaků pomocí relaxace. Při přetrvávání třesu, svalového napětí, brnění v rukou nebo rtech použijeme progresivní relaxaci.
4. Prevence návratu záchvatů. Po odeznění záchvatu provedeme edukaci. Pokud záchvat proběhl u pacienta poprvé v životě, provedeme fyzikální vyšetření, EKG a vyloučíme somatická akutní onemocnění. EKG provedeme dvakrát za krátkou dobu, protože mohou být vlivem záchvatu a třesu výsledky ovlivněny.

2.9.6 Farmakoterapie

2.9.6.1 Základní zásady u Panické poruchy

1. Začneme s nízkou dávkou antidepressiv
 - pacient by měl být informován o počátečních nežádoucích účincích, které může zpočátku hůře tolerovat a být úzkostnější (antidepressiva SSRI)
2. Účinek
 - pacient musí být připraven na to, že se účinek antidepressiv dostaví až za 3. - 12. týdnů.

3. Doba podávání

- léky podáváme dostatečně dlouhou dobu a to 12-18 měsíců

4. před vysazením postupně snižujeme dávku

5. Anxyolitika

- podáváme jen na přechodnou dobu a vysadíme je do 6. týdnů, aby nedošlo k závislosti

- s antidepresivy kombinujeme jen krátkodobě, a to do nástupu jejich efektu

2.9.6.2 Léky užívané při léčbě Panické poruchy

Benzodiazepiny

Výhodou těchto léků je rychlý nástup účinku a dobrá snášenlivost. Při užívání je riziko vzniku závislosti nebo vzniku syndromu z vysazení a to až u 35% pacientů. Nejčastěji se užívá Alprazolam, Clonazepam a Diazepam.

Antidepresiva

Dříve se při léčbě panické poruchy užívaly tricyklická antidepresiva, ale pro své nežádoucí účinky se od nich téměř upustilo. Antidepresiva typu SSRI jsou u panických záchvatů léky první volby. Je to hlavně paroxetin, setralin, citalopram, escitalopram, fluvoxamin a fluoxetin. Výhodou těchto léků je dobrá tolerance, minimální přírůstek na váze a bezpečnost při předávkování. Tyto léky se rovněž užívají jednou denně. Mezi nežádoucí účinky patří iniciální aktivace spojená se zvýšením úzkosti a napětí, nevolnost, bolesti hlavy, astenie, insomnie nebo sexuální nežádoucí účinky. Nežádoucí účinky bývají přechodné, nebo se s délkou užívání zmírňují, proto je důležitá edukace před nasazením. SSRI jsou bezpečné pro pacienty s kardiálním onemocněním. U pacientů s chronickou obstrukční plicní nemocí použití SSRI snižuje dušnost.

Než předepíšeme antidepresiva, zjistíme, jaké jiné léky pacient užívá. Vždy začínáme s nízkými dávkami (nižšími než u jiných úzkostných poruch), které postupně zvyšujeme, ale i cílová terapeutická dávka se u pacientů trpících panickou poruchou doporučuje nižší. Důvodem je minimalizace nežádoucích účinků, a tím zhoršení úzkosti.

2.9.6.3 Nežádoucí účinky léků

SSRI antidepresiva jako paroxetin, citalopram, fluoxetin, fluvoxamin, sertrali a escitalopram mohou vyvolat neaseu, únavu, nespavost, pocity nervozity, bolest nebo sexuální dysfunkce. U RIMA antidepresiv se objevuje neasea, průjem nebo zácpa, nespavost a sucho v ústech. Tramylcypromin, který patří do skupiny IMAO antidepresiv, ovlivňuje řadu jiných léků a vyžaduje speciální dietu. Nežádoucím účinkem je únava, nespavost, závratě, palpitace, kolísání krevního tlaku nebo bolesti hlavy. U antidepresiv SNRI se může objevit nechutenství, neasea, nespavost nebo ospalost, únava, bolest hlavy a zvýšení krevního tlaku.

U benzodiazepinů jako alprazolam a clonazepam se můžeme setkat s únavou, ospalostí, rozmazaným viděním, poruchou koordinace, hypotenzí, sníženým libidem nebo poruchou močení.

2.9.7 Klinické vedení pacienta

Stanovíme-li u pacienta diagnózu Panické poruchy, ihned začneme s léčbou. Ze začátku informujeme pacienta o možnostech léčby a provedeme důkladnou edukaci. Poskytneme mu jako zdroj informací přehledné a krátké příručky zabývající se samotným onemocněním, příznaky onemocnění a možnostmi léčby. Celková edukace by měla být jasná a měli bychom ji v průběhu léčby opakovat. Pacientovi vysvětlíme příčinu, pomůžeme mu porozumět a odstranit kognitivní omyly a zaměříme se na porozumění nemoci. Větší informovanost vede ke zklidnění pacienta. Během záchvatu ví, co se s ním děje a dokáže jej lépe zvládat. Panická ataka s mírnými příznaky může díky důkladné psychoedukaci úplně vymizet.

Léčebný plán a jeho cíle stanovujeme po dohodě s pacientem. Hlavním cílem je vždy odstranění příznaků a přiměřená realizace v osobním a pracovním životě. Na začátku léčby se zabýváme příznaky, které pacient pociťuje během záchvatu. Zajímá nás kdy a kde se objevují a jestli převládají psychické nad fyzickými nebo naopak. Kontrola příznaků může trvat dva i více měsíců, proto v pacientovi podporujeme trpělivost a nároky zvyšujeme postupně.

Součástí léčby jsou také různá režimová opatření. Pacientovi doporučíme omezení kofeinových výrobků, dostatek spánku, aktivní relaxace a zvýšení fyzické aktivity.

2.9.8 Psychoterapie

Psychoterapie je v léčbě panické poruchy, stejně jako dalších úzkostných poruch důležitá a ve většině případů by mohla být použita jako jediná léčebná modalita. Z psychoterapeutických přístupů je dnes nejvíce prověřena kognitivně behaviorální terapie a její modifikované varianty zaměřené na konkrétní poruchy, což platí také pro léčbu panické poruchy.

2.9.8.1 Kognitivně behaviorální terapie

Kognitivně behaviorální terapie vznikla spojením samostatné kognitivní a behaviorální terapie na počátku osmdesátých let 20.století. Kladení důrazu na používání vědeckých postupů a zkoumání efektivity je pro kognitivně behaviorální terapii charakteristické. Psychické potíže vznikají podle tohoto terapeutického směru na základě chybných vzorců chování a dysfunkčním myšlenkovém, emociálním a tělesném zpracování. Terapie pomáhá pacientovi najít jiný způsob řešení svých problémů a jiný úhel pohledu.

Základní rysy kognitivně behaviorální terapie:

- terapie je krátká a vždy časově vymezená
- zaměřuje se na konkrétní problémy a dohodnuté cíle
- základem úspěchu je aktivní a otevřená spolupráce (terapeut a pacient jsou partnery, terapeut zadává úkoly, které pacient zpracuje doma a společně je hodnotí)
- terapeutické postupy jsou vždy podloženy studií
- zabývá se vlivy, které udržují poruchu
- má funkční, praktické, měřitelné a konkrétní cíle
- soustředí se na změnu chování, myšlení a prožívání pacienta v životě
- z konkrétních dat o problému vytváří hypotézy o vzájemném vlivu jednotlivých fakt a hypotézy testuje
- konečným cílem je soběstačnost pacienta

2.9.8.2 Kognitivně behaviorální terapie u panické poruchy

Terapie se provádí ambulantně, individuálně, skupinově a u rezistentních pacientů v průběhu hospitalizace. Sezení probíhají kromě zdravotnického prostředí také v prostředí přirozeném pro pacienta, např. v jeho bytě. Pacient je pak schopen lépe spolupracovat a učit se. Během terapie je vhodné zařadit také prostředí, kde se záchvaty objevují nejčastěji.

Těžší případy panických záchvatů vyžadující hospitalizaci mají denní léčebný program. Důvode hospitalizace můžou být i léky, které pacienti užívají a způsobují nežádoucí účinky, především závislost.

Terapie probíhá v 5-20 sezeních jednou až dvakrát týdně. Jedním z cílů je snížení strachu z panické ataky a vegetativních příznaků. Dále musíme změnit pohled pacienta na panické ataky a úzkosti, odstranit strach a vyhýbavé chování. Ve druhé fázi léčby se snažíme vyřešit problémy v partnerství, práci apod., které k rozvoji panické poruchy, díky dysfunkčnímu řešení problémů vedly.

Základní metody kognitivně behaviorální terapie:

- důležitou součástí je edukace
- s pacientem nacvičíme zklidňující dýchání a svalovou relaxaci
- vystavením fyziologickým spouštěčům paniky např. hyperventilací, docílíme řízení záchvatů
- provedeme kognitivní rekonstrukci záchvatu
- zvládnutí a odstranění vyhýbavého chování

Aby byla terapie úspěšná, musí pacient pochopit její smysl. Pacientovi popíšeme srozumitelným způsobem fyziologický průběh stresové reakce a příznaky záchvatu. Důležité je také, aby porozuměl bludnému kruhu, vzniku a udržování záchvatů. Všechna vysvětlení svých potíží by měl pacient správně pochopit a přijmout, abychom mu mohli objasnit jak je zvládat. Pacient by měl od začátku terapie vědět, že od něj očekáváme aktivní spolupráci. U každé terapeutické metody vysvětlíme pacientovi její účinek. Pacient by měl pracovat s vědomím, že cílem léčby je záchvaty zvládat, ne se jim vyhýbat. Během rozhovoru zpochybňujeme jeho katastrofické myšlenky a poukazujeme na ty, které způsobují rozvoj vegetativních příznaků. S pacientem sestavíme seznam myšlenek, které nejčastěji a nejnepříjemněji působí na vznik úzkosti. Postupně by měl tyto myšlenky nacházet sám a sám si je logicky zpochybnit. Během tohoto procesu zjistí, jakých chyb se v myšlení dopouštěl.

Častou příčinou vzniku a prohloubení panické poruchy je zrychlené dýchání. Pacienta proto naučíme své dýchání kontrolovat. S nácvikem začneme nejdříve v klidu, pak si jej zkusí v klidu nacvičit sám. Později se pokusí použít kontrolované dýchání během záchvatu a úzkosti. Nácvik dýchání provádíme od prvního sezení a vždy podáváme pacientovi instrukce. V průběhu dýchání by měl počítat a stejnou mírou se nadechnout a vydechnout. Pacient musí být soustředěný, aby dýchání bylo pravidelné a zklidňující. U pacientů, kteří mají záchvat vázaný na hyperventilaci, je uklidňující poznání, že mohou svou situaci sami ovlivnit a zvládnout.

Kontrolované dýchání praktikuje pacient také sám doma a snaží se jej zautomatizovat a použít v případě, že se začíná rozvíjet záchvat. Většina pacientů zvládá použití kontrolovaného dýchání za 5-10 sezení. V případě že k panické poruše nasedá agorafobie či vyhýbavé chování, vystavujeme pacienta situacím a místům, které jsou pro něj kritické.

Kognitivně behaviorální terapie má výhodu ve vysoké účinnosti, nepřítomnosti nežádoucích účinků a zlepšení panické poruchy je relativně trvalé. Nevýhodou je nedostupnost vycvičených terapeutů a omezením na straně pacienta. Je nutnost určité intelektové výbavy a ochota aktivně spolupracovat. Někteří pacienti ji také odmítají pro svou náročnost.

2.9.8.3 Psychodynamická psychoterapie

Psychodynamická psychoterapie je různě dlouhá terapie, která podporuje pacienta, aby mluvil o svých problémech. Délka terapie může být krátkodobá, která trvá méně než sedm dní a dlouhodobá, která obsahuje 24 a více sezení. Dlouhodobá terapie trvá vždy déle než 6 měsíců.

Tento druh psychoterapie může být chápán také jako psychoterapie hlubinná nebo hlubinně zaměřená. Teoretickou základnou je psychoanalytická teorie. Technika, postoj a aktivita terapeuta se liší od klasické psychoanalýzy.

Dynamická psychoterapie se v léčbě panické poruchy využívá v menší míře než kognitivně behaviorální terapie, její efekt nebyl dosud dostatečně prokázán.

3. Panická porucha v těhotenství a v poporodním období

3.1 Úvod

Příznaky panických záchvatů se objevují během těhotenství a poporodním období buď jako nová záležitost nebo přecházejí z mírnější podoby před těhotenstvím do podoby horší a budoucí matka se více obává závažných onemocnění. Role matky je u těhotných a zvláště u prvorodiček nová a je spojena s novou zodpovědností. Budoucí rodiče se musí připravit na příchod nového člověka, který obrátí jejich nynější zvyky a výrazně ovlivní jejich budoucnost. Úzkosti vzniklé v těhotenství a v poporodním období také souvisí s hormonálními změnami. Největší roli ale stále hrají psychologické faktory.

Těhotenství, porod a poporodní období jsou důležité etapy v životě ženy a celé rodiny. Pokud je těhotenství plánované a chtěné, je samozřejmostí, že je také pro budoucí matku radostné. Většina lidí doufá, že u úzkostných žen v tomto období dojde ke zlepšení a klidu. Pravda je ale jiná. Během těhotenství a hlavně v poporodním období dochází často ke zhoršení nebo se různé úzkostné poruchy objeví poprvé. Příznaky jako je únava, slabost, náladovost, starosti a obavy, problémy s koncentrací, podrážděnost, nejistota nebo pochybnost o sobě sama, ambivalentní vztah k dítěti a vegetativní příznaky úzkosti se vyskytují u 90% těhotných žen (13). Většinou jsou tyto příznaky považovány za normální a nevěnuje se jim výrazná pozornost. Mohou to být ale první projevy vyvíjející se úzkostné poruchy.

Panická porucha se v těhotenství nevyskytuje tak často jako ostatní úzkostné poruchy. V poporodním období ale téměř u všech úzkostných poruch pozorujeme zhoršení a větší výskyt.

V dřívějších dobách se těhotná žena brala jako dárkyně života a byla patřičně oceňována a opečovávána. Velké rodiny byly v této době více podporovány. Dnes je kladen důraz na výkonnost a soběstačnost jedince.

Ženy se často nemůžou rozhodnout mezi budováním kariéry a pečování o dítě. Dítě narušuje jejich vlastní nezávislost, svobodu a z ekonomického hlediska je náročné. Dále mají strach z bolesti při porodu a z tělesných změn, které v těhotenství nastanou. Obávají, že jejich partner o ně ztratí zájem nebo že nezvládnou roli matky a manželky.

3. 2 Vliv úzkostné poruchy na matku a plod

Závažné úzkostné poruchy v těhotenství nebo poporodním období mohou ohrožovat matku, dítě i celou rodinu. Nakolik ovlivňuje panická porucha plod v děloze zatím není přesně známo. Existuje jen málo údajů o dlouhodobém riziku panické poruchy na plod během těhotenství. Úzkost může způsobit poškození hemodynamiky plodu a nižší pohyblivost (2). Celkově klinické a laboratorní výsledky ukazují, že matky s neléčenou úzkostí během těhotenství, rodí děti s nižší porodní váhou a často předčasně. Po porodu může mít novorozenec změněné celkové Apgar skóre (2). Studie zabývající se vlivu úzkosti na těhotenství zjistila, že úzkost na počátku těhotenství jsou spojeny s trojnásobně větším rizikem výskytu preeklampsie (15). Spojitost může být i mezi příznaky úzkosti a předčasného protržení vaku blan či krční dyskinezi. U úzkostných rodiček byl také výrazně vyšší výskyt císařského řezu. Samotné záchvaty paniky mohou během těhotenství způsobit abrupci placenty nebo fetální tíseň. Snížená výživa a užívání potenciálně škodlivých látek, jako jsou různé léky pro zmírnění příznaků paniky, které některé ženy užívají, aniž by se poradily s lékařem, negativně ovlivňují vývoj plodu (6). V případě, že s panickou poruchou se u těhotné projevuje agorafobie, může být narušena prenatální péče a tím i těhotenství a tyto ženy se mohou stát závislé na druhých. Tato oblast však nebyla blíže zkoumána.

Cohen a Roenbum (1998) zjistili, že úzkostná porucha může mít také neuroendokrinní vliv na plod. Plod je ale zřejmě nevíce ovlivněn druhotnými faktory, kterými jsou abúzus drog, alkoholu, kouření nebo nedostatečná životospráva.

V poporodním období hraje velkou roli přístup blízkého okolí a hlavně partnera. Pokud rodina neplní svou funkci, péče o novorozence nemusí být dostatečná. Když se žena snaží vzít na sebe veškerou zodpovědnost, její úzkosti se mohou ještě zhoršit.

3.3 Okolnosti rozvoje panické poruchy v těhotenství a poporodním období

Rozvoj úzkosti v těhotenství a poporodním období je dán hormonálními změnami v organismu a dysfunkcí serotonergního systému. Významnou roli mají také sociální a psychologické faktory. Jsou to změny sociálních rolí, závažnější nároky nebo zkušenosti a životní situace. Osobnostní rysy jsou dalším možným vlivem rozvoje panické poruchy. Deprese, jiné úzkostné poruchy, poruchy spánku, poruchy příjmu potravy, poruchy osobnosti nebo premenstruační syndrom se mohou objevit v anamnéze u žen s panickou poruchou rozvinutou v těhotenství nebo poporodním období. Další okolností rozvoje panické poruchy jsou stresující faktory spojené s těhotenstvím, porodem a poporodním obdobím. Somatickými faktory mohou být zhoršené dýchání, únava nebo vegetativní změny. Důležité je také psychické zpracování tělesných změn spojených s těhotenstvím, celkové změny vzhledu a není výjimkou pocit nesvobody a určitého omezení. Velmi stresující je také myšlenka na různá vyšetření, bolest při porodu nebo možnost chirurgického zákroku. Již zmíněné hormonální změny, nedostatek spánku, nutnost neustále zvýšené pozornosti a navýšení domácích povinností přispívají k rozvoji úzkosti.

3.3.1 Životní postoje a očekávání

Od těhotenství, porodu a chování partnera a rodiny v poporodním období má žena nejrůznější očekávání. Některá očekávání mohou být nereálná až přehnaně „růžová“ nebo naopak příliš negativní, což může vést k rozvoji úzkosti při konfrontaci s realitou, nebo anticipačně při očekávání negativních událostí.

Postoje a očekávání, která mohou vést k úzkosti se týkají několika oblastí :

1. První oblastí je zvládnání těhotenství, porodu a poporodního období. Těhotná nebo prvorodička od sebe očekává příliš a chce být ve všem bezchybná.
2. Další je oblast prožívání citů, blízkosti a bezpečí. Přemýšlí nad láskou k dítěti a dalším osobám v rodině. Obává se, že se neobjeví žádný z velkých a očekávaných citů.
3. V oblasti sociální podpory se zamýšlí nad tím, jestli těhotenství a porod zlepší kvalitu partnerského stavu, zvýší podporu okolí,lepší vztah s rodiči nebo povede naopak ke ztrátám.
4. Těhotná očekává zvýšení hodnot pro okolí a sebe sama. Bojí se také poklesu vlastní hodnoty ve smyslu, že ztratí práci, je zastavena možnost kariérního růstu nebo že už nebude pro partnera dost přitažlivá.
5. Jednou z oblastí je také vztah k vlastnímu tělu. Představy jsou většinou nereálné. Každá těhotná má jinou představu o kráse vlastního těla. některé přemýšlí nad krásou těla jako nad podmínkou pro přijetí sebe samotné a lásky druhých.
6. Těhotná žena v souvislosti s těhotenstvím a porodem očekává nepříjemné tělesné a psychické příznaky. Bojí se, že tyto příznaky budou nesnesitelné, nezvládnutelné. Má strach, že porod bude velmi bolestivý a že tato bolest povede ke ztrátě kontroly v chování, popřípadě smrti.

Všechna zmíněná očekávání se mohou vytvářet také kdykoliv v průběhu celého života a vždy naše postoje souvisí s vlastní zkušeností v rodině. Pokud matku po porodu otec opustil nebo se začal chovat majetnický a hrubě, je zřejmé, že nastávající matka má obavy z opakování této situace ve vlastním vztahu.

3.3.2 Interpersonální situace a sociální podpora

Současná i minulá úroveň vztahů a aktuální sociální podpora ovlivňuje rozvoj úzkostné poruchy v těhotenství a poporodním období. Na vznik panické poruchy v těhotenství a poporodním období působí také podmínky původních rodin obou partnerů. Jsou to hlavně různé zvyky a rituály v rodině, postoje, schopnosti a sociální dovednosti. Důležitý je také vztah matky a dcery v původní rodině. Pokud má nastávající matka dostatečnou sociální podporu u své rodiny a blízkých osob, je málo pravděpodobné, že se během těhotenství nebo v poporodním období objeví některá z úzkostných poruch. Těhotná nebo novopečená matka je díky podpoře klidnější, má větší pocit bezpečí a jistoty. V náročném období není na všechny povinnosti sama. Sociální podpora může vycházet od partnera, matky, kamarádky, sestry nebo ostatních blízkých z jejího okolí.

Jiná situace nastává v případě, že těhotenství je nechtěné. Během tohoto období může žena pociťovat frustraci a nedostatečnou sociální podporu. Důvodů, proč je těhotenství nechtěné může být několik. Jedním z nich je například otěhotnění s partnerem, který ženě nevyhovuje v žádné oblasti partnerství. Žena, která má plány a cíle týkající se růstu kariéry nebo jiných oblastí jejího života si nepřeje být těhotná a skutečnost, že otěhotněla a musí se s touto situací vyrovnat může v ní vyvolat úzkost. Nechtěné těhotenství přináší stres také ženě, která je v těžké ekonomické situaci. Dalším důvodem může být skutečnost, že žena děti má a další již neplánovala. Pokud je žena věřící nebo nepodporuje interrupci, případně překročila zákonem stanovenou lhůtu pro ukončení gravidity, dítě si musí nechat, protože by ji jinak její okolí odsoudilo. Tato těhotná žena má pak obavy, že situaci nezvládne. Velmi stresující je pro budoucí maminku může být také situace, kdy dítě, které čeká, má s jiným partnerem než se kterým žije. Situaci může zhoršit také fakt, že si není jistá se kterým partnerem dítě doopravdy počala.

I vytoužená gravidita sebou může nést nadměrný stres, zvláště, pokud souvisí s asistovanou reprodukcí. Když žena nemůže dlouhou dobu otěhotnět nebo dítě donosit, zužují ji obavy, že se to znovu nepodaří.

3.4 Klinické projevy panické poruchy v graviditě a v poporodním období

Příznaky panické poruchy, objevující se během těhotenství a v poporodním období se výrazně neliší od průběhu této poruchy v jiných obdobích života. Častěji se ale v tomto období objevují příznaky úzkosti a provázené depresivní symptomatologií.

Ženy s panickou poruchou v průběhu gravidity a v poporodním období prožívají obvykle výraznější anticipační úzkost než v jiných životních obdobích.

Mnohem více než v jiných obdobích života ženy panickou poruchu komplikuje agorafobie. Žena má strach zůstat sama doma nebo sama doma s dítětem. Výsledkem je pak zabezpečovací chování. Snaží se, aby byla pořád v blízkosti manžela nebo někoho jiného z rodiny, který ji zajistí pocit bezpečí.

Panická porucha vzniká častěji až po porodu, kdy dojde u ženy k velkému vyčerpání. Důvodem může být časté vstávání ke kojení a hromadění spánkového deficitu.

3.4.1 Nejčastější spouštěče a projevy panické poruchy v těhotenství a poporodním období z hlediska kognitivně-behaviorální terapie (Praško, 2002)

Spouštěče a příznaky panického záchvatu v graviditě a v poporodním období mohou být individuální. Zde jsou uvedeny ty nejčastější.

1. Typickým spouštěčem panických záchvatů v těhotenství a poporodním období jsou frustrace a tělesné příznaky.

2. Mezi myšlenky, které se objevují v těchto obdobích během záchvatu patří:

- zemřu, udusím se, ztratím nad sebou kontrolu, zblázním se, potratím, ublížím dítěti, musím rychle najít pomoc, nesmím zůstat sama

3. Emoce, které žena cítí během panického záchvatu :

- úzkost, anticipační úzkost, strach, záchvaty paniky, vztek, iritabilita, podrážděnost, kolísání nálady, zlost na sebe, bezmoc, sebelítost

4. Tělesné příznaky vznikající během panické ataky u těhotných žen a žen po porodu:
 - bušení srdce, nevolnost, slinění, rozmazané vidění, tíha v končetinách, šumění nebo pískání v uších, červenání, třes, parestezie, dechové potíže, píchání u srdce, vertigo, napětí svalstva
5. Typické chování :
 - zabezpečovací chování, neustálé ujišťování, vyhledávání vyšetření a pomoci
6. Očekávání a postoje v těhotenství a poporodním období k projevům panické poruchy :
 - z tělesných a ostatních příznaků ženy odvozují, že jsou vážně nemocné, protože kdyby byly zdravé, takové problémy by neměly

3.5 Prevence panické poruchy u těhotných žen a žen po porodu

Při prevenci úzkostných poruch v těhotenství a v poporodním období bychom se měli zaměřit především na rizikové faktory, které souvisí s jejich rozvojem. Riziko vzniku panické poruchy se týká hlavně skupiny žen s predispozicí k tomuto onemocnění. Jsou to ty ženy, které již v minulosti trpěly různými úzkostnými poruchami, premenstruačním syndromem nebo ty jejichž předešlé těhotenství či poporodní období bylo komplikované některou z psychických poruch. Rizikovou skupinu tvoří také ženy, které prožily traumatickou zkušenost, jako je například potrat nebo úmrtí dítěte v průběhu těhotenství, během porodu nebo po porodu. Na panickou nebo jinou úzkostnou poruchu bychom měli pomyslet i u nastávajících matek, které aktuálně prožívají komplikované těhotenství.

Preventivní opatření během těhotenství a poporodním období se dělí na dvě oblasti. První a základní oblastí je správná strategie a prevence u nastávajících rodičů pomocí kroků ke snížení rizika rozvoje úzkostné poruchy. Druhou oblastí jsou zdravotničtí pracovníci, kteří se výrazně podílejí na prevenci a ovlivňují možný rozvoj úzkostných poruch.

3.5.1 Kroky ke snížení rizika rozvoje panické (úzkostné) poruchy

Následující doporučení mohou pomoci snížit riziko rozvoje panické poruchy. Aby byl výsledek, co nejlepší, je vhodné zapojit oba nastávající rodiče.

1. Informovanost

- Je důležité, aby si nastávající rodiče přečetli dostatek informací týkajících se těhotenství, porodu a poporodního období. Měli bychom jim zodpovědět všechny jejich dotazy, abychom předešli různým nedorozuměním a vzniku mýtů. Na místě je také absolvování předporodních kurzů, kde získají oba nastávající rodiče informace ve srozumitelné formě. V dnešní době je současně možnost setkávat se s porodní asistentkou individuálně. Porodní asistentka může nabídnout těhotné a jejímu partnerovi více svého času a odpovědět na všechny dotazy, zvláště na ty, které by se před ostatními neodvážili vyslovit.

2. Zajištění pomoci okolí

- V případě, že těhotná žena nebo žena po porodu je predisponována ke vzniku úzkostné poruchy, její partner a blízké okolí by se měli předem dohodnout na pomoci. Když bude mít žena po porodu dostatečné zázemí, podporu a pomoc, bude klidnější. Pomocí může být hlídání dítěte nebo rozdělení domácích prací s partnerem.

3. Stanovení priorit

- Budoucí rodiče by měli vyřadit úkoly, které v době těhotenství a po porodu nejsou důležité. Pokud plánují rekonstrukci bytu nebo jiné na čas náročnější činnosti, je dobré, aby společně podrobně probrali, co dokáží zvládnout a co by mohlo být nad jejich síly.

4. Budoucí matka by se neměla nadměrně věnovat obavám o svůj vzhled. Určité tělesné změny k těhotenství patří a žena by měla tyto změny přijímat jako důkaz svého ženství. Tělesné změny v těhotenství neznehodnocují její sociální postavení, ale jsou spíše její předností.

5. Aktivita

- Těhotná žena a žena po porodu by se neměla vyhýbat veškerým aktivitám, na které byla zvyklá. Musí si samozřejmě uvědomit, kde jsou její hranice a snížit náročnost aktivit. Žena po porodu by měla dodržovat klidový režim a dostatečně odpočívat. Důležité je, aby omezila cestování, různé změny a jiné fyzicky i psychicky náročné aktivity.

6. Těhotenství a poporodní období přináší sebou hodně zodpovědnosti, takže by tyto ženy v tomto období neměly přebírat nové zodpovědnosti za druhé.

7. Komunikace

- Budoucím rodičům pomůže, pokud budou mluvit a konzultovat své problémy či nově nabyté zkušenosti s celou rodinou a přáteli.

8. Důležitou roli v prevenci hraje také výběr lékaře. Lékař by měl být spolehlivý a budoucí rodiče by měli s ním mít dobré zkušenosti.

3.6 Léčba panické poruchy v těhotenství a poporodním období

3.6.1 Psychoterapie

Nejvhodnější léčbou během těhotenství je kognitivně behaviorální terapie, protože nepůsobí negativně na vývoj plodu a nemá prakticky žádné nežádoucí účinky. Výhodou této terapie je také její vysoká účinnost a dlouhodobý efekt. Postupy kognitivně behaviorální terapie se výrazně neliší od psychoterapie tohoto druhu u žen, které gravidní nejsou. Při stanovení cílů a průběhu terapie se samozřejmě zohledňuje specifická situace těhotné a rodičky.

Často během terapie spolupracujeme s partnerem a rodinou. Celá léčba je naplánovaná tak, aby vyhověla pacientčíným individuálním potřebám.

3.6.2 Farmakologická léčba panické poruchy v těhotenství a po porodu

Některé léky užívané v léčbě panické poruchy mohou být bezpečné a jiné méně. Musíme vzít v úvahu v jaké míře přestupuje lék přes placentu či do mateřského mléka a jaký má následně vliv na plod nebo novorozence.

Pokud se rozhodneme pro farmakologickou léčbu, musíme dobře zvážit rizika, která po podání přináší pro plod nebo novorozence a rizika, která se mohou objevit u neléčené panické poruchy.

3.6.2.1 Obecné zásady farmakoterapie v těhotenství a v průběhu kojení

1. Zdraví matky je vždy prioritou

- Je-li farmakologická léčba nezbytná k tomu, aby zabránila poškození zdraví matky, měla by být užitá i v případě, že tím ohrozíme plod. Matka musí být o účinku léku na plod informována a její případné odmítnutí léčby musí být respektováno.

2. Měli bychom zvážit, jestli neprovedení farmakologické léčby je větším rizikem pro plod než užívání léků během těhotenství.

3. Při rozhodování, jaký lék zvolit, se přikláníme ke starším lékům. Výhodou je větší zkušenost a více dokladů o jejich bezpečnosti.

4. Upřednostňujeme monoterapii

- Během těhotenství se mění metabolismus léků a proto může dojít k nepředpokládaným interakcím.

5. Vyšší dávkování

- Vlivem zvětšení extracelulární tekutiny v těle těhotné a sníženému vstřebávání ve střevech, může být nízká dávka léku bez očekávaného efektu.

6. Nepodávat přírodní léky

- Různé bylinné směsi a extrakty mohou obsahovat mnoho biologicky aktivních substancí. Účinky těchto substancí na plod v děloze nebyly podrobně zkoumány.

3.6.2.2 Změny metabolismu léků v graviditě

Fyziologické změny, které se objevují v průběhu těhotenství ovlivňují farmakokinetiku. Mezi tyto změny patří především zvýšení objemu plazmy a extracelulární tekutiny, snížení hladiny albuminu, na který se některé léky vážou, zvýšení průtoku ledvinami až o 40% a zvýšení glomerulární filtrace o 50%. Nejvýraznější změny ovlivňující farmakokinetiku jsou okolo 34. týdne gravidity.

Vlivem progesteronu je ovlivněn také metabolismus některých léků v játrech. V průběhu těhotenství dochází i ke snížené absorpci léků v gastrointestinálním traktu.

3.6.2.3 Možné způsoby ovlivnění plodu farmakoterapií

Důležitou informací je schopnost léku pronikat placentou a schopnost plodu lék eliminovat. Dále záleží na dávkování léku, trvání farmakoterapie a riziko hromadění léku v těle plodu.

Možná poškození dělíme podle gestačního období, ve kterém byl lék podáván.

1. Preimplantační a implantační období

- Lék užívaný v tomto období může být embryotoxický. Platí zde pravidlo „všechno nebo nic“. Jednou možností je tedy, že lék způsobí odumření embrya a druhou možností může být, že se embryo vyvíjí normálně.

2. Období organogeneze

- Tímto obdobím označujeme fázi vývoje orgánů, která probíhá ve 3. -12. týdnu těhotenství. Období organogeneze je nejcitlivější a mluvíme zde o teratogenním účinku léků na plod.

3. Období fetálního vývoje

- Toto období může být považováno z hlediska farmakoterapie za relativně bezpečné. Riziko teratogenity je zde velmi nízké a účinek léků je spíše fetotoxický, což může způsobit poškození funkce některých orgánů.

4. Poslední měsíc těhotenství

- Vzhledem ke snížené schopnosti plodu eliminovat po porodu léky placentou, účinek některých léků může v tomto případě přetrvávat.

5. Kojení

- V průběhu období laktace je důležité vědět, zda užívaný lék přechází do mateřského mléky či nikoliv.

3.6.2.4 Kategorizace bezpečnosti léků v graviditě a laktaci podle FDA (Food and Drug Administration)

A - kontrolované studie u těhotných neprokázaly riziko poškození

B - studie na zvířatech neprokázaly riziko a kontrolované studie u těhotných nebyly provedeny

C - prokazatelný teratogenní nebo embryocidní účinek u zvířat, studie u těhotných nebyly provedeny nebo nejsou dostupné údaje u zvířat ani těhotných

D - existují doklady rizika pro lidský plod, ale z důvodu nenahraditelnosti v kritických situacích může být podán

X - riziko jednoznačně převažuje nad prospěchem

3.6.2.5 Benzodiazepiny

Názory na užití benzodiazepinů v těhotenství se liší. Podle kategorizace FDA patří do skupiny D a podle jiných dělení jsou jednotlivé preparáty buď zcela nedoporučovány v průběhu celého těhotenství nebo je jejich užití kontraindikováno jen v prvním trimestru. Jednorázové užití benzodiazepinů v těhotenství není ohrožující. Mezi nevhodnější léky z této skupiny jsou benzodiazepiny s krátkým poločasem jako lorazepam, oxazepam nebo alprazolam. Pravidelnou léčbu benzodiazepiny neprovádíme ani v nízkých dávkách. V případě, že těhotná žena přece jenom benzodiazepiny delší dobu užívala, neměly by být před porodem vysazeny. Mohlo by tímto dojít u novorozence k syndromu z vysazení. Důležité je nepodávat benzodiazepiny hlavně v prvním trimestru gravidity. Pokud je nutné pokračovat ve farmakoterapii i po porodu, doporučíme pacientce, aby lék užila bezprostředně po kojení.

Mezi možné teratogenní účinky při podávání v prvním trimestru patří rozštěp patra. Pokud je farmakoterapie benzodiazepiny komplikována současným abúzem alkoholu, drog nebo jiných léků, mohou vznikat různé vrozené vývojové vady. Při podávání benzodiazepinů před koncem gravidity nebo během laktace, se může objevit tzv. Floppy infant syndrom. Tento syndrom se projevuje svalovou hypotonií,

letargií a současně se mohou objevit problémy při kojení. Dlouhodobé podávání benzodiazepinů může způsobit lékovou závislost a abstinenční příznaky u novorozence. Mezi tyto příznaky patří podrážděnost, neklid, poruchy spánku, hypertonie či hyperreflexie. Abstinenční syndrom se většinou rozvine do 3 týdnů po porodu a délka jeho trvání může být až několik měsíců.

3.6.2.6 Antidepresiva

Pokud je těhotná žena v remisi, před otěhotněním antidepresiva vysadíme. Když ale stav pacientky nedovoluje vysazení léků, rozhodneme se pro převedení na antidepresiva s krátkým biologickým poločasem (např. setralin), který vysadíme před plánovaným otěhotněním. Vyskytují-li se u těhotné ženy závažnější symptomy panické poruchy, zvolíme antidepresiva s nízkým rizikem teratogenity, s krátkým poločasem vylučování, nízkým počtem metabolitů a zvláště s co nejmenším počtem nežádoucích účinků. Antidepresivum s nejnižší koncentrací přestupu přes placentu je sertralin. Zvýšené riziko teratogenity nebylo prokázáno u TCA a SSRI s výjimkou paroxetinu a fluoxetinu. Riziko vzniku vrozených vývojových vad u paroxetinu užívaného v prvním trimestru gravidity je asi 3% a riziko vzniku srdečních malformací a defektu komorového septa asi 4%. Relativně bezpečné jsou antidepresiva ze skupiny SSRI. Je důležité, aby se během těhotenství užívaly v co nejnižších dávkách a během léčby vedeme důkladnou dokumentaci. Antidepresiva vysazujeme 1-2 týdny před porodem. Před vysazením snižujeme dávkování na úroveň před otěhotněním.

Po porodu zvážíme, jestli laktaci ukončíme či nikoliv. Není zcela prokázáno, že by měla antidepresiva přestupující do mateřského mléka měla toxické účinky. Během kojení zvolíme antidepresivum s krátkým poločasem vylučování a s malým množstvím metabolitů. Nežádoucí účinky na kojení nemá fluoxetin, sertralin nebo paroxetin. SSRI jsou v mateřském mléku obsaženy v malém množství a jsou tímto nejbezpečnější. Využíváme zejména sertralin, desipramin a clomipramin.

Nejvyšším rizikem je pro novorozence a kojence vystavení antidepresivu do 10. týdne věku. Pacientce doporučíme, aby lék užívala před nejdelší spánkovou periodou dítěte.

4. Závěr

Panická porucha postihuje velké procento lidí mladé i starší generace a může jím podstatně ovlivnit a omezit život. Je to ale porucha dobře léčitelná a včasné rozpoznání a návštěva psychiatra může zaručit úspěšnou a rychlou léčbu s dlouhodobým efektem.

Panická porucha je v současnosti považována za onemocnění s biologickým i psychogenním podkladem. Panický záchvat je provázen příznaky tělesnými i psychickými, které mohou být u každého pacienta individuální. Projevy panické poruchy souvisí se stresovou reakcí, naučeným chováním a myšlenkami podporujícími její udržování. Důležitou roli má proto v léčbě panické poruchy kognitivně-behaviorální terapie, která se snaží rozbít bludný kruh úzkosti tím, že změní pacientův přístup k záchvatům a jeho myšlení. Psychoterapie může být doplněna o farmakoterapii, kde léky první volby jsou antidepresiva SSRI.

Panická porucha v těhotenství má podobný průběh jako v jiných životních obdobích. Studií, které se zabývají vlivem úzkostných poruch na vyvíjející se plod v děloze je málo a stále přesně nevíme, jaké může panický záchvat vyvolat komplikace. Terapie v těhotenství a poporodním období vyžaduje individuální přístup se zaměřením na specifickou situaci ženy. Nejvhodnější léčbou panické poruchy v těhotenství a poporodním období je psychoterapie, ale pokud není dostupná, je pacientkou odmítána nebo stav pacientky vyžaduje farmakologickou léčbu, můžeme zvolit i tento postup. Léky využívané v terapii panické poruchy se považují v těhotenství a během laktace za relativně bezpečné, ale měli bychom přesto zvážit možná rizika.

5. SEZNAM LITERATURY

1. BELLANGER, JC. *Panic disorder and agoraphobia*. In: Gelder MG, Poles-Ibor JJ, Andreasen N (eds): *New Oxford Textbook of Psychiatry*. Oxford: Oxford University Press, 2000; 807-822
2. COHN, LS.; SICHEL, DA.; FARAONE, SV. et al. *Course of panic disorders during pregnancy and the puerperium: a preliminary study*. *Biol Psychiatry* 1996; 39: 950-954
3. CRASLE, MG.; MILLER, PP.; ROTUNDA, R.; BARLOW, DH. *A descriptive report of features of initial unexpected panic attacks in minimal and extensive avoided*. *Behav Res Ther* 1990; 28: 395-400.
4. ČEŠKA, R. et kol. *Interna*. Praha : Triton, 2010. 876s. ISBN - 978-80-7387-423-0
5. EATON, MW.; KESSLER, RC.; WITTCHEN, HU.; MAGEE, WJ. *Panic and panic disorder in the United States*. *Am J Psychiatry* 1994; 151: 413-420
6. EINARSON, A.; FATONYE, B.; SAKAR, M. et al. *Pregnancy outcome following gestational exposure to venlafaxine: a multicenter prospective controlled study*. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 1728-1730
7. FARAVELLI, C.; WEBB, T.; AMBONETTI, A. et al. *Prevalence of traumatic early life events in 31 agoraphobic patients with panic attacks*. *Am J Psychiatry* 1985; 142: 1493-1494
8. FARAVELLI, C.; PALLANTI, S. *Recent life events and panic disorders*. *Am J Psychiatry* 1986; 146: 622-626
9. GOLDBERG, R.; MORISS, P.; CHRISTIAN, F. et al. *Panic disorders in cardiac outpatients*. *Psychosomatics* 1990; 31: 168-173
10. KAPLAN, Hi.; SADOCK, BJ. *Concise textbook of clinical psychiatry*. Baltimore: Williams&Wilkins, 1996; 669
11. NORTON, GR.; DORWARD, J.; COX, BJ. *Factors associated with panic attacks in nonclinical subjects*. *Behavioral Therapy* 1986; 17: 239-252
12. PRAŠKO, Ján , et al. *Agorafobie a Panická porucha : Příčiny a způsoby léčby*. 1. Praha : Portál, 2008. 208 s. Dostupné z WWW: <portal.cz>. ISBN 978-80-7367-336-9.

13. PRAŠKO, Ján; KOSOVÁ, Jiřina; HERMAN, Eric. *Psychoterapie úzkostných poruch v těhotenství a poporodním období*. Supplementum Psychiatrie 2002; 6: 45-55
14. PRAŠKO, Ján et al. *The change of regional brain metabolism (PDG PET) in panic disorder during the treatment with cognitive behavioral therapy or antidepressants*. Neuroendocrinological Letters 2005;25: 340-348
15. RIZZARDO, R.; MAGNI, G.; CREMONESE, C. et al. *Variations in anxiety levels during pregnancy and psychosocial factors in relation to obstetric complications*. Psychother Psychosom 1988; 49: 10-16
16. RUBINCHICK, Sofia; KABLINGER, Amti, GARDBER, Suzette. *medication for panic disorder and generalized anxiety disorder during pregnancy*. Prim care Companion J Clin psychiatry 2005; 7: 100-105
17. SEIFERTOVÁ, Dagmar; PRAŠKO, Ján; HORÁČEK, Jiří. *Postupy v léčbě psychických poruch*. Academia medica pragensis. Praha : Medical tribune cz, 2008. 616 s. ISBN -10:80-86694-07-0.
18. SOBOTKA, T. *Změny v časování mateřství a pokles plodnosti v České republice v 90.letech*. Demografie 2003; 45: 77-87
19. VYBÍRAL, Zbyněk; ROUHAL, Jan. *Současná psychoterapie*. 1. Portal, 2010.744s. ISBN 978-80-7367-682-7.
20. YGLING, KW.; WULSIN, LR.; ARNOLD, LM. et al. *Estimated prevalence of panic disorders and depression among consecutive patients seen in an emergency department with acute chest pain*. J Gen Intern Med 1993; 8: 231-235