



ký 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 absentuje 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).