



Tab. 2. Léčba první volby dle doporučených postupů u vybraných úzkostných poruch (2, 4, 6)

Typ poruchy	1. volba	Poznámka
Sociální fobie	SSRI, venlafaxin	U lehké až středně těžké formy je vhodné preferovat psychoterapii. Z dalších léčiv je možné použít RIMA, bupropion, případně gabapentin a BZD. Při strachu z veřejného vystoupení (tréma) je možné podat BB.
Panická porucha	SSRI, venlafaxin	Prokázaná účinnost i TCA, BZD, případně RIMA.
Generalizovaná úzkostná porucha (GAD, generalized anxiety disorder)	SSRI, venlafaxin, pregabalin	Prokázaná účinnost bupropionu a agomelatinu, mirtazapinu, případně TCA, kvetiapinu, buspironu, hydroxyzinu a BZD. U rezistentních forem lze augmentovat antipsychotiky 2. generace (kvetiapin, olanzapin, risperidon).
Agorafobie	SSRI, venlafaxin	Prokázaná účinnost TCA, BZD, případně RIMA.
Specifické fobie	SSRI, venlafaxin	První volbou by měla být expoziční terapie KBT. U těžších případů lze podávat SSRI.
Posttraumatická stresová porucha (PTSD, posttraumatic stress disorder)	SSRI, venlafaxin	Dále lze použít TCA (např. amitriptylin a imipramin), případně lamotrigin. Augmentovat lze buspironem, antipsychotiky 2. generace (kvetiapin, olanzapin, risperidon), antiepileptiky (valproát, karbamazepin, lamotrigin) či lithiem nebo BB. Je potřeba dlouhodobá léčba, minimálně 12–24 měsíců. Souběžně je nutná psychoterapie.
Obsedantně-kompulzivní porucha (OCD, obsessive-compulsive disorder)	SSRI, TCA – klomipramin	Účinná jsou serotonergní antidepresiva, zpravidla je potřeba vyšších dávek. Lze použít i mirtazapin či trazodon nebo augmentovat antipsychotiky 2. generace (olanzapin, risperidon, kvetiapin, ziprasidon, amisulprid, aripiprazol), případně haloperidolem či lithiem. V průběhu akutní fáze je odpověď na farmakoterapii parciální (30–60 % pacientů), ke zlepšení dochází zpravidla až v delším období (24 měsíců). Až 40 % případů zůstává na léčbu rezistentních.

Poznámka: Při augmentační strategii se obecně užívají nižší či střední dávky antipsychotik.

TCA (amitriptylin, imipramin, klomipramin)

Tyto látky nebývají v terapii úzkostně depresivních stavů první volbou, zejména pro vyšší riziko kardiovaskulárních nežádoucích účinků (proarytmogenní efekt). Jsou také mnohem rizikovější při předávkování

než předchozí skupiny antidepresiv. Dále mohou být hůře tolerovány pro svůj anticholinergní a antihistaminergní účinek (zácpa, tachykardie, sucho v ústech, sedace). Nejsou vhodné ve stáří. Výhodou některých látek může být jejich koanalgetický efekt (zejm. amitriptylin).