



## RIMA (moklobemid)

Ani moklobemid nebývá první volbou pro svůj vysoký interakční potenciál a nutnosti určitých dietních opatření (vynechání stravy s obsahem tyraminu u rizikových skupin pacientů). Při převodu z jiných antidepresiv na moklobemid je potřeba dodržovat různě dlouhou vymývací periodu z důvodu rizika vzniku serotoninového syndromu nebo hypertenzní krize. Jeho výhodou je dobrá snášenlivost, zejména mírné vyjádření sexuálních nežádoucích účinků.

## Bupropion, mirtazapin, trazodon a agomelatin

Mají také anxiolytické účinky. Jejich účinnost na úzkostnou symptomatiku je však nižší než u látek ze skupin SSRI, SNRI a TCA. Nasazení těchto antidepresiv lze zvažovat v případě, že terapie první volby nebyla účinná, pacient ji netoleruje nebo lze zvážit přidání těchto látek do kombinace při parciální odpovědi na předchozí léčbu. Dále lze využít například hypnotického účinku trazodonu nebo mirtazapinu u pacientů s léčivem SSRI v medikaci, které bylo s efektem na úzkosti, ale u pacienta nadále přetrvává nespavost. Hypnotická dávka trazodonu (25–150 mg/den) se však od anxiolytické dávky (100–150 mg/den) liší. Jeho antidepresivní účinek nastupuje ještě ve vyšších dávkách (150–600 mg/den). I mirtazapin vykazuje podobně odstupňovaný účinek dle dávky (hypnotický efekt při dávce 15 mg/den, antidepresivní a anxiolytický efekt při dávce  $\geq 30$  mg/den). Jeho nevýhodou jsou pak výraznější metabolické nežádoucí účinky (9–12).

## Benzodiazepiny

Tuto skupinu léčiv volíme pouze v akutní fázi a jejich podání musí být časově limitované. Výjimkou jsou těžké a farmakorezistentní stavy.

Jejich účinek nastupuje většinou do 30–60 minut. Při terapii úzkosti se preferují látky klonazepam, alprazolam, bromazepam a u starších pacientů a těhotných žen je vhodnější oxazepam disponující krátkým eliminačním poločasem a absencí aktivních metabolitů.

Zásadní nevýhodou benzodiazepinů je jejich návykový potenciál a s tím související nepříjemné stavy z odnětí, které mnohdy znemožňují pacientovi po dlouhodobějším užívání benzodiazepiny bez odborné pomoci či hospitalizace vysadit. Čím déle pacient benzodiazepiny užíval, tím pomaleji je potřeba tyto látky vysazovat (někdy i v řádu měsíců). Při dlouhodobém užívání hrozí také poruchy kognice, zejména paměti. Pro tento typ kognitivní poruchy se zažil termín „benzodiazepinová demence“. Pro starší pacienty jsou benzodiazepiny nevhodné i z důvodu zvýšeného rizika pádů (13). Další problémy, které tato skupina léčiv přináší, mohou být přetrvávající denní útlum, ospalost, poruchy pozornosti a ataxie, což může být problematické zejména při řízení motorových vozidel nebo při práci se stroji.

## Nebenzodiazepinová anxiolytika

Buspiron je nenávykové anxiolytikum, které lze použít zejména v terapii GAD. Za jeho anxiolytickým efektem stojí parciální agonismus na 5-HT<sub>1A</sub> receptoru. Má rovněž pomalý nástup účinku (2–6 týdnů), stejně jako antidepresiva. Jeho výhodou je bezpečnost při předávkování a také fakt, že ho lze podávat vícekrát denně. Tuto skutečnost uvítají farmakofilní pacienti, kteří zvýšeně spoléhají na efekt medikace