

Dana Kamarádová, Klára Látalová, Ján Praško

Panická porucha



Dana Kamarádová, Klára Látalová, Ján Praško

Panická porucha



Upozornění pro čtenáře a uživatele této knihy

Všechna práva vyhrazena. Žádná část této tištěné či elektronické knihy nesmí být reprodukována ani šířena v papírové, elektronické či jiné podobě bez předchozího písemného souhlasu nakladatele. Neoprávněné užití této knihy bude trestně stíháno.

MUDr. Dana Kamarádová, Ph.D.
prof. MUDr. Klára Látalová, Ph.D.
prof. MUDr. Ján Praško, CSc.

PANICKÁ PORUCHA

Vydala Grada Publishing, a.s.
U Průhonu 22, 170 00 Praha 7
tel.: +420 234 264 401, fax: +420 234 264 400
www.grada.cz
jako svou 6228. publikaci

Odpovědná redaktorka Zuzana Böhmová
Sazba a zlom Milan Vokál
Zpracování obálky Jan Dvořák
Počet stran 320
Vydání 1., 2016

Vytiskly Tiskárny Havlíčkův Brod, a.s.

© Grada Publishing, a.s., 2016
Cover Photo © allphoto.cz

ISBN 978-80-271-9210-6 (ePub)
ISBN 978-80-271-9209-0 (pdf)
ISBN 978-80-247-5218-1 (print)

Obsah

Předmluva	11
1. Historie diagnózy a léčby panické poruchy	13
Literatura	22
2. Incidence a prevalence panické poruchy	25
2.1 Srovnání pohlaví	26
2.2 Výskyt v průběhu věku	27
2.3 Panická porucha u různých kultur	28
2.4 Výskyt u zvláštních skupin pacientů	29
2.4.1 U těhotných žen	29
2.4.2 U veteránů a civilistů po traumatické události	29
Literatura	30
3. Diagnostika a klasifikace panické poruchy	35
3.1 Příznaky panické poruchy	36
3.2 Průvodní jevy	39
3.3 Podtypy panické poruchy	40
3.4 Klasifikace MKN-10 a DSM-5	41
3.4.1 Diagnostická kritéria DSM-5 pro panickou poruchu	42
3.4.2 Diagnostická kritéria MKN-10 pro F41.0 Panickou poruchu (1996)	43
3.4.3 Diagnostická kritéria MKN-10 pro F40.0 Agorafobii (1996)	45
3.5 Diferenciální diagnóza	46
3.5.1 Psychické poruchy	46
3.5.2 Tělesná onemocnění	49
3.6 Komorbidita	54
3.6.1 Komorbidita s tělesným onemocněním	54
3.6.2 Komorbidita s jinými psychickými onemocněními	56
3.7 Panická porucha a suicidalita	59
Literatura	60
4. Biologické pohledy na panickou poruchu	65
4.1 Genetika panické poruchy	67
4.2 Panická porucha a epigenetické vlivy	69

4.3	Panikogeny	70
4.4	Neurotransmitterové systémy a panická porucha	72
4.5	Zobrazení mozku u panické poruchy	73
4.5.1	<i>Morfologické studie</i>	74
4.5.2	<i>Funkční zobrazovací metody</i>	74
4.6	Biologické modely panické poruchy	76
4.7	Panická porucha a autonomní nervový systém	78
4.8	Panická porucha a stres	80
4.9	Evoluční model	81
	Literatura	81
5.	Psychosociální pohledy na panickou poruchu	93
5.1	Psychologické pohledy na panickou poruchu	95
5.1.1	<i>Psychoanalytický pohled</i>	95
5.1.2	<i>Psychodynamický pohled</i>	96
5.1.3	<i>Interpersonální pohled</i>	98
5.1.4	<i>Behaviorální pohled</i>	99
5.1.5	<i>Kognitivní pohled</i>	100
5.1.6	<i>Kognitivně-behaviorální pohled a agorafobie</i>	102
5.2	Sociální aspekty panické poruchy	104
5.3	Panická porucha, stigmatizace a sebestigmatizace	106
5.4	Panická porucha a kvalita života	107
	Literatura	108
6.	Hodnocení panické poruchy	113
6.1	Diagnostický rozhovor	113
6.1.1	<i>Nynější onemocnění</i>	116
6.1.2	<i>Osobní anamnéza</i>	120
6.1.3	<i>Další typy anamnéz</i>	122
6.1.4	<i>Vita sex</i>	124
6.1.5	<i>Abúzus</i>	125
6.2	Tělesná a laboratorní vyšetření	125
6.3	Použití posuzovacích stupnic a škál	125
	Literatura	126
7.	Léčba panické poruchy	127
7.1	Krizová intervence při panickém záchvatu	128
7.1.1	<i>Zklidnění stavu</i>	128
7.1.2	<i>Psychoedukace</i>	129
7.1.3	<i>Doporučení</i>	129
7.2	Rozhodnutí o léčbě	130

7.2.1	<i>Základy klinického vedení pacienta s panickou poruchou</i>	131
7.3	Léčba panických atak	133
7.3.1	<i>Utváření terapeutického vztahu</i>	134
7.3.2	<i>Podání informací o poruše a možnostech léčby – psychoedukace</i>	135
7.3.3	<i>Podpora adherence s léčebnými strategiemi</i>	137
7.3.4	<i>Zabránění rozvoji nežádoucích účinků léčby a jejich snížení na minimum</i>	137
7.3.5	<i>Podpora adaptivních kroků v životě</i>	138
7.3.6	<i>Udržovací léčba</i>	138
7.3.7	<i>Příprava pacienta na budoucnost po ukončení léčby</i>	139
7.4	Podpůrná psychoterapie u pacientů s panickou poruchou	139
7.4.1	<i>Kroky podpůrné psychoterapie</i>	141
	Literatura	145
8.	Farmakoterapie a biologické metody	147
8.1	Anxiolytika	147
8.2	Antidepresiva	151
8.2.1	<i>Tricyklická</i>	151
8.2.2	<i>Selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu</i>	153
8.2.3	<i>Jiná antidepresiva</i>	158
8.3	Antipsychotika	160
8.4	Jiné léky při léčbě panické poruchy	161
8.5	Kombinace psychofarmak	161
8.6	Farmakorezistence	161
8.6.1	<i>Pseudorezistence</i>	162
8.6.2	<i>Změna medikace</i>	163
8.6.3	<i>Maximální dávky</i>	163
8.6.4	<i>Augmentace</i>	163
8.7	Biologické metody v léčbě panické poruchy	164
8.7.1	<i>rTMS</i>	164
8.7.2	<i>Biofeedback</i>	164
8.8	Farmakoterapie zvláštních skupin	165
8.8.1	<i>Farmakoterapie u dětí</i>	165
8.8.2	<i>Farmakoterapie ve stáří</i>	165
8.8.3	<i>Farmakoterapie v graviditě</i>	166
8.9	Doporučené postupy léčby	168
	Literatura	170
9.	Psychoterapie panické poruchy	177
9.1	Psychoanalýza a psychodynamické přístupy v léčbě	177
9.1.1	<i>Krátkodobá psychodynamická psychoterapie</i>	178

9.1.2	<i>Efektivita krátkodobé psychodynamické psychoterapie</i>	178
9.2	Behaviorální, kognitivní a kognitivně-behaviorální terapie	179
9.2.1	<i>Efektivita KBT přístupů</i>	180
9.2.2	<i>Behaviorální přístupy</i>	180
9.2.3	<i>Kognitivní terapie</i>	180
9.2.4	<i>Kognitivně-behaviorální terapie</i>	181
9.2.5	<i>Výhody a nevýhody KBT</i>	185
9.2.6	<i>KBT – strategie léčby</i>	185
9.2.7	<i>KBT – vyšetření</i>	187
	Literatura	191
10.	Uspořádání léčby KBT	197
10.1	Stavba terapeutické hodiny	198
10.2	Psychoedukace v rámci kognitivně-behaviorální terapie	201
10.3	Vysvětlení nejdůležitějších tělesných příznaků	208
10.3.1	<i>Zrychlení srdeční činnosti a změny v krevním průtoku</i>	208
10.3.2	<i>Zrychlení a prohloubení dechu</i>	208
10.3.3	<i>Další příznaky stresové reakce</i>	211
10.3.4	<i>Kdy a proč se rozvine panika</i>	212
10.4	Nácvik zklidňujícího dýchání	213
10.5	Nácvik relaxace	214
10.5.1	<i>Östova relaxace</i>	216
10.5.2	<i>Zkrácená progresivní relaxace</i>	217
10.5.3	<i>Podmíněná relaxace</i>	217
10.5.4	<i>Diferencovaná relaxace</i>	218
10.5.5	<i>Aplikovaná relaxace</i>	218
10.6	Interoceptivní expozice	219
10.7	Techniky odvedení pozornosti	220
10.8	Kognitivní restrukturalizace	223
10.8.1	<i>Souvislost emocí a automatických negativních myšlenek</i>	225
10.8.2	<i>Rozpoznání automatických negativních myšlenek</i>	226
10.8.3	<i>Testování platnosti automatických myšlenek</i>	232
10.8.4	<i>Vytvoření racionální odpovědi</i>	233
10.8.5	<i>Potíže při práci s automatickými myšlenkami</i>	235
10.9	Zvládnutí vyhybavého chování – behaviorální experimenty a expozice in vivo	237
10.9.1	<i>Expozice zevním podnětům</i>	238
10.9.2	<i>Interoceptivní expozice</i>	240
10.9.3	<i>Expozice v imaginaci</i>	241
10.10	Problémy v individuální KBT	243
10.11	Udržovací léčba	243

10.12 Kombinovaná léčba KBT a psychofarmaky	244
10.13 Kazuistika – Petr	244
Literatura	249
11. Akomodace jádrových schémat a podmíněných přesvědčení	253
11.1 Jádrová schémata	258
11.2 Podmíněné předpoklady	258
11.3 Identifikace dysfunkčních předpokladů	262
11.4 Testování škodlivých podmíněných pravidel	263
11.4.1 Hledání alternativních pravidel	267
11.4.2 Upevňování alternativních pravidel	268
11.5 Snížení vlivu dysfunkčních jádrových schémat	272
11.6 Hledání důkazů, které odporují jádrovému schématu	272
11.7 Testování jádrových schémat pomocí experimentů	273
11.7.1 Hledání alternativních postojů	274
11.7.2 Upevňování alternativních postojů	276
11.8 Kazuistika – Petra	277
12. Řešení životních problémů	289
12.1 Formalizované kroky pro řešení	289
12.1.1 První stupeň – posouzení a identifikace problémů	290
12.1.2 Druhý stupeň – plánování a organizování strategií, které nám pomohou řešit problém	290
12.1.3 Uskutečnění těchto strategií	291
12.1.4 Zhodnocení účinků vybraných strategií	291
12.2 Definice a konkretizace problému, volba strategie	291
12.3 Kazuistika – příklad 38letý muž	293
13. Jiné přístupy léčby	305
13.1 Manželská a rodinná terapie panické poruchy	305
13.2 Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR)	305
13.3 Skupinová terapie	306
13.4 Aerobní cvičení	306
13.5 Gestalt terapie panické poruchy	306
13.5.1 Kazuistika – práce s pacientkou podle Divéky (2013)	308
13.6 Kombinovaná léčba	309
Literatura	310
Závěr	313
Rejstřík	315

Předmluva

Zkušenost strachu a úzkosti je pro lidský druh univerzální. Strach a úzkost jsou důležité nejen pro přežití jedince, ale i pro rozpoznání jiného ohrožení, které se týká jeho hodnoty, vztahů, výkonnosti nebo možnosti plně prožívat, a jsou od života neodmyslitelné. Řada myslitelů tyto emoce zařadila mezi centrální zkušenosti lidského života a existence. Strach a úzkost jsou tedy normální a důležité emoce, avšak mohou se stát problematickými. Problém začíná tam, kde se úzkost či strach objevují příliš často, trvají příliš dlouho a jejich intenzita je vzhledem k situaci, která je spustila, příliš velká nebo když se objevují v nepřiměřených situacích, kde se většina lidí nebojí, a narušují fungování jedince.

Panická porucha je častá, stresující a většinou výrazně omezující psychická porucha. Potkává lidi nezávisle na jejich inteligenci, vzdělání či síle osobnosti. Jeden z nejčasnějších a přitom velmi přesných popisů panických záchvatů provedl Charles Darwin v roce 1892, když popsal vlastní záchvat (Noyes, Barloon, 1997): „Srdce běží rychle a nebezpečně tak, že rychle tluče a naráží na žebra... kůže se náhle stává mrtvolně bledou jako při hrozící mdlobě... s pocitem hrozného strachu... ve spojení s narušenou akcí srdce, dýchání je rychlé... z nejvíce viditelných příznaků je třes všech svalů na těle.“

Panika je název odvozený od řeckého boha Pana. Pan cíhal v lese na poutníky a děsil je tak, že měli dojem, že přišla jejich poslední hodina. Podobně to vypadá při panickém záchvatu. Panický záchvat se projevuje silnou úzkostí až hrůzou, která vzniká náhle, většinou bez zjevné příčiny, je doprovázená výraznými tělesnými příznaky a má vliv na následné chování. Zpravidla se člověk snaží ze situace utéci nebo se nějakým způsobem zabezpečit a později se vyhnout místům, kde paniku prožil nebo kde má strach, že by se mohla objevit.

Každý lékař se patrně opakovaně setkal s pacienty, kteří trpí náhlými záchvaty bušení srdce, dušnosti, závratěmi, které nemají somatickou příčinu, nebo s pacienty se strachem ze situací, kterých se běžně lidé nebojí. Diagnostika a léčba těchto poruch jsou sice doménou psychiatrie, tam ale pacient často z obavy před „značkou“ psychiatrického pacienta vůbec nedorazí. Někteří přicházejí k psychiatrovi až jako k poslední instanci, „když už nic nepomohlo“ nebo „se nic jiného nenašlo“ a lékaři jim řekli, že je to „od nervů“. Často je takový pacient zklamaný a nadměrně soustředěný na své potíže. Za otázku cti pak může pokládat, aby psychiatrům ukázal, že to „od nervů“ není. Léčba je v takovém případě obtížná, protože kromě samotné léčebné strategie je potřeba pacientovi pomoci přijmout psychický původ obtíží, překonat sebestigmatizaci a získat důvěru v možnosti léčby. Protože pacient dorazil k léčbě po měsících nebo létech strádání, příznaky jsou často chronifikované a potíže změnila rovnováhu ve vztazích. Pacient navíc postupně ztrácel sebedůvěru. Včasná léčba zpravidla obtížná nebývá.

Řada pacientů léčených v somatických ambulancích a odděleních trpí záchvatovitou úzkostí. Tito lidé s obavami o zdraví zpravidla trpí řadou fyzických úzkostných příznaků, které si vysvětlují jako možné tělesné onemocnění. Protože svým příznakům nerozumějí, vyhledávají somatické odborníky s představou, že jejich příznaky znamenají ohrožení tělesného zdraví. Možnost psychické poruchy odmítají, protože se necítí být „blázný“ a často se velmi obávají psychiatrické nálepky. Navíc slova lékaře „jste zdrav, máte to od nervů“ nebo „najděte si psychiatra“ jsou pro ně ponižující; jako by to znamenalo, že jejich potíže nejsou reálné, ale „vymyšlené“, nebo že jsou známkou „psychické slabosti“, čili nějakého druhu inferiority.

1. Historie diagnózy a léčby panické poruchy

Pojem panika je starého původu. Odvozuje se od řeckého boha Pana, ochránce lesů, pastvin, stád, pastýřů a lovců. Svým zevnějškem se Pan vymykal tradičnímu pohledu na řeckého boha. Byl malý, nevzhledné postavy, jeho nohy připomínaly husí pařáty a na hlavě měl rohy. Dle pověstí pobýval v krajině a odpočíval poblíž cest, po kterých chodili poutníci. Bájná vyprávění také mluví o tom, že byl velmi náladový. Pokud byl probuzen náhodným poutníkem, vydral se mu z hrdla tak děsivý křik, až „tuhla krev v žilách“ a hrůzou „vstávaly vlasy na hlavě“. Někdy byl Panův křik natolik silný, že cestovatelé hrůzou zemřeli. Vycházejíc z této báje je tak náhlý, nečekанý, ohromující děs či úlek nazývaný panikou (Schmidt, Warner, 2002). Bůh Pan byl také velmi ješitný. Dle jiného mýtu vyzval vládce Múz Apollóna na souboj ve hře na hudební nástroj. Pan hrál na píšťalu a Apollón na lyru. Soudcem v tomto klání byl ustanoven bůh Tmólos, který přiřkl vítězství Apollónovi. V důsledku své prohry strašil Pan poutníky ještě více.

I jiné příběhy řecké mytologie poukazují na význam strachu pro život člověka a jeho Božský původ, např. synové boha Area se jmenovali Phobos (strach) a Deimos (hrůza). Phobos (řecky Φόβος, strach; latinsky *Phobus*) byl v řecké mytologii synem boha války Area a bohyně krásy a lásky Afrodité. Phobos byl bratrem Deimovým (řecké δέϊμος, *deimos* označuje hrůzu) a společně doprovázeli boha války, svého otce Area, do všech bitev a byli všudypřítomní jako zosobnění hrůzy a děsu uprostřed válečné vřavy. Jako synové Afrodité, bohyně lásky, dvojčata také reprezentovala strach ze ztráty. Podle jiných mytologických pověstí byli Deimos a Phobos koně, zapřažení do Areova válečného vozu. Podle obou postav byly v moderní době pojmenovány měsíce Marsu: Phobos a Deimos.

Není bez zajímavosti, že i když staří Řekové měli výrazy pro mánii, melancholii, hysterii a paranoii, chyběl jim pojem po úzkost. Dokonce i v moderní řečtině se úzkost vyjadřuje slovem *anesuchia*, které znamená „neklidný“ nebo „neuvolněný“. Staří Římané však už používali výraz *anxietas*, jenž znamenal přetrvávající stav ustrašenosti, a výraz *angor*, který naopak znamenal náhlý intenzivní strach, blízký dnešnímu konceptu paniky. *Angor* mj. znamená i „škrtiť“. Idea zúžení má další konotaci v latinském *angustia* (úžina), *angina* (sevření na hrudi), francouzském *angoisse* (akutní stav úzkosti), a německém *angst* (strach) (Stone, 2002).

Také v Bibli se o strachu, hrůze a úzkosti lze dočíst poměrně často. Bibličtí hrdinové nejsou tak odvážní jako ti antičtí. Spíše se potýkají s pocity úzkosti a viny, trpí bázní a strachem z Boha (Vymětal, 1999). Pro křesťany je úzkost spojena s hříchem a neschopností vyrovnat se s odpovědností (Berrios, Link, 1995). O úzkosti se lze dočíst například

v *Knize Exodus*, Mojžíšova píseň, verš 14: „Národy roztřesou se, až to uslyší, filištínský lid úzkost zachvátí,“ a v *Knize Izaiáš*, Kámen úrazu, verš 13: „Jen Hospodin zástupů at' je vám svatý – před ním mějte bázeň, jen z něho mějte strach.“



Obr. 1.1 Phobos, bůh strachu, řecko-římská mozaika z Halikarnasu, 4. století před naším letopočtem, Britské muzeum

Tab. 1.1 Vyhledávání výrazu „úzkost“ v Bibli

Vyhledávání slova „úzkost“. Nalezeno 16 veršů (uvedeny níže). Další varianty: úzkostí (27) úzkosti (19) úzkostech (5) úzkost (16).	
Genesis 32,8	...čtyři sta mužů!" Na Jáкова padl veliký strach a úzkost. Rozdělil své lidi, brav, skot i velbloudy do dvou...
Exodus 15,14	...roztřesou se, až to uslyší, filištínský lid úzkost zachvátí. Tehdy se zhrozí kmeny edomské, moábských...
Job 15,24	...potrava pro supy, ví, že ho očekává den temnoty. Úzkost ho svírá, tíseň děsí ho, je jako král, jenž čeká na...
Žalmy 22,12	...matčina lůna můj Bůh jsi ty! Nevzдалuj se mi – úzkost se blíží, chybí mi pomocník! Mohutní býci mě...
Žalmy 116,3	...smrti mě obklopily, hrůzy hrobu mě přepadly, úzkost a trápení mě přemohly! Tehdy jsem vzýval jméno...
Žalmy 119,143	...tvůj Zákon je zcela pravdivý. Doléhá na mě úzkost a trápení, tvá přikázání však jsou mi rozkoší...

Ezechiel 30,4	... přichází čas pro národy! Na Egypt přijde meč a úzkost na Habeš. Až budou v Egyptě padat mrtvoly, poberou...
Nahum 2,11	...Záhuba! Odvaha je ta tam, třesou se kolena. Úzkost svírá všechna břicha, bledá je každá tvář! Kde je...
Matouš 26,37	...a oba Zebedeovy syny a vtom na něj začala padat úzkost a tíha. „Je mi úzko až k smrti,“ řekl jim. „Zůstaňte...”
Marek 6,26	...na míse hlavu Jana Křtitele.“ Krále přepadla úzkost, ale kvůli svým přísahám a svým hostům jí to nechtěl...
Lukáš 21,25	...a hvězdách budou zvláštní úkazy. Na zemi bude úzkost mezi národy, bezradnými před zuřícím mořským...
Jan 16,20	...svět se bude radovat. Budete se trápit, ale vaše úzkost se obrátí v radost...
Jan 16,21	...obráť v radost. Když žena rodí, zakouší úzkost, protože přišla její chvíle. Poté, co porodí...
Jan 16,22	...že se na svět narodil člověk. I vy teď zakoušíte úzkost, ale až se znovu uvidíme, vaše srdce bude jásat...
Římanům 2,9	... však odplatí zuřivým hněvem. Soužení a úzkost čeká duši každého člověka, který koná zlo, předně...
Římanům 8,35	...Co nás oddělí od Kristovy lásky? Snad soužení, úzkost nebo pronásledování, hlad, nahota, nebezpečí nebo...

V ostatní starověké literatuře se objevují výrazy vyjadřující úzkost a strach vzácně. Snad proto, že v této době byla odvaha pokládána za jednu z největších ctností. Opěvování byli spíše stateční rytíři a vládcové. Ve středověku byly duševní poruchy demonizované a pacienti s duševními poruchami byli izolováni na okraji společnosti. To se však netýkalo panické poruchy – stigmatizace postihovala zejména pacienty s psychotickým onemocněním. Nadměrný strach byl spíše pokládán za povahovou slabost nebo za projev tělesného onemocnění (Praško, 2005). Tento pohled do určité míry přetrvává i do dnešních dnů, což má negativní vliv nejen na kvalitu života, ale také na léčbu takto postižených pacientů.

Za jednu z nejstarších psychiatrických knih je považována Burtonova *Anatomie melancholie*, která poprvé vyšla v roce 1621. Autor zde popisuje nejen příčiny vzniku melancholie, typy a možnosti její léčby, ale objevují se zde i odkazy na stavy strachu a neklidu. Termín úzkost, se však v psychiatrické literatuře objevuje až mnohem později. Burton předpokládá určité spojitosti mezi poruchami mysli a tělesnými příznaky. Tato jeho hypotéza byla svým způsobem nadčasová. Další generace lékařů totiž pokládaly úzkostné příznaky spíše za manifestaci tělesných onemocnění. Například hyperventilace byla dávána do souvislosti s plicním onemocněním, palpitace s onemocněním srdce, závrať s poruchou středouší apod. Dodnes se řada lékařů řídí obdobným předpokladem.

V 17. a 18. století pokračoval zájem vědců o úzkostné poruchy. V této době považovali lékaři za závažné duševní poruchy pouze psychotické stavy. Méně závažné nemoci

považovali za „nervové abnormality“. Tehdejší pojetí příčin obtíží neurotických pacientů bylo až na výjimky biologické. Sir Richard Blackmore (1653–1729) zavedl termín *vapour* (deprese, splín). Používal ho pro stavy, které bychom dnes hodnotili jako úzkostné poruchy. Poukazoval na účinnost opiátů v léčbě těchto stavů (Praško, 2005). Dalším Angličanem, který věnoval pozornost popisu úzkostných stavů, byť jen okrajově vedle popisu těch psychotických, byl William Battie (1703–1776). Ve své knize *Treatise on Madness* se zmiňuje, že navzdory tomu, že šílenství (*madness*) je závažnou a častou komplikací, doposud je mu věnováno málo pozornosti. Rozlišoval mezi „šílenstvím“ a „úzkostným stavem“ (*madness and anxiety*) a stejně jako mnoho dalších byl přesvědčen, že úzkosti lze rozumět spíše v termínech tělesného než duševního prožívání. Mimo jiné upozoroval i to, že mnoho lidí s psychózou mívá také období, kdy prožívají silnou úzkost. Mluví také o tom, že *anxiety* se u lidí objevuje nejčastěji v tmavém listopadu, v období, horka, vlhka a větrů.

Jeho současník James Vere (1700–1779) jako první poukázal na to, že „nervozitě“ může být porozuměno jako vnitřnímu konfliktu mezi „nižšími instinkty a morálními instinkty“, čímž o více než století předešel Freuda a jeho teorii libida a tripartitní model. Za základní principy, které ovládají jak člověka, tak nižší tvory, považoval „chuť a touhu versus nechuť a averzi“. Skotský lékař William Cullen (1710–1790) poprvé použil slovo „neuróza“ v roce 1769, když napsal: „Na tomto místě navrhuji, abychom pod pojmem neurózy chápali všechna nevysvětlitelná ovlivnění smyslu a emocí, která nesouvisí s hyperpyrexii jako primární chorobou. Nesouvisí s lokálními afekcemi jednotlivých orgánů, ale s obecným ovlivněním nervového systému a s těmi faktory, které mají především vliv na smysly a emoce.“ (Raboch et al., 1999). Ve Francii byly poprvé úzkostné stavy zmíněny v textech Boissiera de Sauvages (1752). De Sauvages hovořil o „panofobii“, generalizovaném stavu úzkosti, který se projevuje nočními děsy, intenzivním třesem těla, nespavostí a pocity hrůzy, které pocházejí z „nadměrné představivosti“. V této době byly neurotické stavy dávány do souvislosti s nedostatkem morálky a byly jim přisuzovány degenerativní tendence (Berrios, Link, 1995). Důležitým zlomem byla i práce Benjamina Rushe (1746–1813), který více rozvedl pohled na fobie. Rozeznával „pochopitelné“ strachy (strach ze smrti nebo chirurgického výkonu) a „nesmyslné“ strachy (strach z bouřky, duchů, mluvení před lidmi, zvířat, hmyzu, cestování lodí apod.) (Praško, 2005).

Přelom 18. a 19. století s sebou přinesl nový umělecký a filozofický směr – romantismus. Tento směr klade větší důraz na cit, individualismus a duši. V této době můžeme zaznamenat posun ve vnímání duševních poruch. Příčiny začaly být stále častěji hledány v psychologických a sociálních jevech. Romantismus v literatuře, zejména Goethovo *Utrpení mladého Werthera*, poprvé publikované v roce 1774, a vlna suicidiálních pokusů, které román inspiroval, ovlivnily i pohled lékařů. Friedrich Beneke (1798–1854) např. tvrdil, že určité „ideje“ nebo postoje mohou být vyjádřeny v psychosomatických reakcích symbolicky (Stone, 2002). Roli konfliktu jako hlavní příčiny rozvoje duševních onemocnění zdůrazňoval i vídeňský baron Ernst von Feuchtersleben (1806–1849). V jeho pojetí se konflikt odehrával mezi iracionálními impulzy, smysluplnými postoji a oče-

káváními jedince. Dle Feuchterslebena pak tyto konflikty mohou vést k úzkostem a zároveň i k poškození organismu (např. srdce a trávicího systému) (Berrios, Link, 1995). Jeho myšlenky předznamenaly dynamické pojetí duševních chorob. Podobně Da Costa v roce 1871 považoval vegetativní příznaky úzkosti za „dráždivé srdce“ (Raboch et al., 1999). Pohled na úzkost a strach byl dále ovlivněn existencialismem a jeho předchůdci. S. Kierkegaard (1813–1855) tvrdí, že člověk je vytrháván z věčnosti do času, z nekonečnosti do konečnosti a z nevyhnutelnosti bytí do svobody, což vede k úzkostem. Člověk usilující o zapomnění na věčnost se musí zaměřit na věci svojí individuální existence a v ní najít odůvodnění svého konání. Na jeho myšlenky posléze navazují existencialisté a deseinsanalytici. Jedním z filozofů, kteří se věnovali bytí a úzkosti, byl Martin Heidegger. Heidegger rozlišuje mezi strachem a úzkostí. Ve své knize *Bytí a čas* (1927) zkoumal strach ze tří pohledů – čeho se bojíme, o co máme strach a strachování samo. Úzkost sama o sobě však nepramení z vnějšího světa jako takového, ale z bytí ve světě. Podle teorie Sartera souvisí úzkost s pocitem svobody. V případě absolutní svobody se u člověka objevuje úzkost z budoucnosti (Janke, 1995).

Výkladu emocí se věnoval i Charles Darwin (1809–1882) ve svém spise *Výraz emocí u člověka a u zvířat*. Darwin považoval emoce za adaptivní fenomén, který je udržován, jelikož je evolučně výhodný. V historii chránily úzkost a strach člověka před ohrožujícími okolnostmi, které se objevovaly prakticky každodenně v konfrontaci s divokou přírodou a jinými kmeny. V současné době, zejména pokud jsou nadměrné, však mohou být ve většině každodenních situací nevýhodné, protože brání soustředění na činnosti, které umožňují fungovat v moderní společnosti. Charles Darwin také ve svém díle *O vzniku druhů přírodním výběrem* spojil depresi s negativně prožitými zážitky v minulosti, zatímco úzkost s obavami z událostí budoucích.

Vývoj pohledů na úzkost však neprobíhal pouze v Evropě a Spojených státech. Například v Japonsku pochází první popis příznaků a léčby panické poruchy z období Edo (1600–1867). Konkrétně se jedná o kazuistický popis případu doktora Gen'yu Imaizumiho, který v roce 1850 léčil mladou farmářku trpící záchvaty závratí a třesu. V době zahájení léčby doktorem Imaizumim se žena snažila co nejklidněji ležet v temné místnosti. Doktor nemoc diagnostikoval jako *shinkibyo* (nemoci způsobené emocemi). Doktor Imaizumi poučil manžela nemocné o tom, že její stav souvisí s atakami a že také může souviset se sníženým množstvím přijímané potravy (z dnešního pohledu lze říct, že provedl jistou formu edukace). Poté postupně pracoval na tom, aby žena vstala z postele a zkoušela vycházet ven. Pacientku při tom opakovaně ujišťoval, že její stav není nebezpečný (prováděl jistou formu postupných expozic). Po chvíli byla žena schopna opět chodit po domě a po zahradě. Imaizumi nazval svou techniku *setsuyu ni yoru isei henki no ho* neboli „technika přesvědčování k odvedení mysli a vedoucí ke zlepšení jak fyzického, tak psychického stavu“.

Obdobnou techniku přesvědčování použil i o téměř 80 let později doktor Masatake Morita (1874–1938) (Takahashi, 1993). Tento japonský lékař vytvořil terapeutický směr, který v sobě spojuje prvky kognitivně-behaviorální terapie a existenciální terapie. Léčba

se zaměřuje na zvyšování všímavosti, decentralizaci od sebe sama a přizpůsobení se rytům přírody a cirkadiálním rytům. Tato léčba byla vytvořena pro pacienty trpící *Shinkeishitsu* – úzkostnými poruchami. Morita rozdělil léčbu do čtyř fází. V první fázi se člověk učí klidu, úniku od tlaku vnějšího světa. Druhá fáze využívá psaní deníků. Pacient se učí rozeznávat svoje emoce, myšlenky a jejich vliv v každodenním životě. V této fázi jsou pacienti vedeni k provádění klidných, monotónních činností. Naopak ve třetí fázi by měli provádět fyzicky náročnou práci v přírodě. V této fázi by měl pacient přejít z pasivity, kdy je „lčen ostatními“, do fáze, kdy se sám o svou léčbu snaží. Ve čtvrté fázi léčby pak pacienti zkoušejí aplikovat nabyté dovednosti v každodenním životě (Ishiyama, 1986).

Na evropském kontinentu popsal panické záchvaty podrobně jako první Otto Domrich (Angst, 1995). Považoval je za syndrom, během něhož dochází ke kombinaci silné úzkosti a kardiopulmonálních příznaků. Ve druhé polovině 19. století se začaly formovat další teorie rozvoje úzkostných poruch. Wilhelm Griesinger (1817–1868) vnímal psychické a somatické nemoci jako kontinuum. Byl přesvědčen, že pro rozvoj úzkosti je nezbytná jistá osobnostní zranitelnost, spojená s nevyrovnaným temperamentem. Podle jeho teorie se úzkost objeví díky konfliktu, který souvisí s potlačováním sexuálních pudů (Praško, 2005). V roce 1872 popsal Westphal agorafobii jako strach z otevřených prostranství, ale také z divadel, kostelů, trhů a mostů. Této diagnóze se dále věnoval Leroux, který popsal vertigo jako jádrový příznak agorafobie (Berrios, Link, 1995).

Dalším z badatelů této doby byl Heinrich Wilhelm Neumann (1814–1884), který vytvořil teorii předznamenávající vznik psychoanalýzy. Podobně jako Freud hovoří o pudech, obzvláště sexuálních, a jejich vlivu na harmonický rozvoj osobnosti. Při jejich nedostatečné saturaci dochází dle jeho názoru k rozvoji úzkosti. Neumann také vytvořil teorii instinktivních potřeb. Tyto potřeby se začínou objevovat v situacích, kdy jsou ohroženy možnosti plnohodnotně fungovat v životě. Neobjevují se však přímo, ale jako zamaskované nadměrné obavy a starosti nebo zdánlivě bezdůvodné tělesné projevy. Neumannova teorie tak předchází Freudovu teorii úzkosti z roku 1923, kdy Freud mluví o „signální úzkosti“.

Pierre Janet (1859–1947) se zabýval sugescí a hypnózou. Zdůrazňoval procesy probíhající mimo lidské vědomí. Ve své teorii o automaticky a nevědomě působících procesech, které mohou vytvořit samostatné útvary v nevědomí, vypracoval dodnes užívaný koncept disociace, typický jak pro hysterii, tak do značné míry pro všechny neurózy, včetně panické poruchy. Za hlavní cíl psychoterapie Janet považoval navození rovnováhy mezi tím, co si člověk uvědomuje, a nevědomou oblastí psychiky. Janet mluvil spíše o „tendencích“ než o pudech a zabýval se situací „zde a nyní“, nikoli dětstvím a vývojem osobnosti. Velmi precizně popsal psychologické napětí, pocity a myšlenkové procesy pacienta. Pocity jsou podle něj jen druhotné stavy psychiky, které řídí vyjádření a ukončení určitého chování. Jejich účinnost závisí na jejich „energii“ a integrativní kapacitě jedince. Při nedostatečné energii i nedostatečné integrativní kapacitě se objevuje primitivní chování. Úzkost je jednou z manifestací takového selhání (Praško, 2005).

Svémi popisy i přístupy v praxi významně inspiroval Freuda a někteří autoři mají za to, že základní teze psychoanalýzy vytvořil Janet a Freud je pouze dopracoval a publikoval, aniž by Janeta citoval (Pérez-Rincón, 2011).

Sigmund Freud (1856–1939), zakladatel psychoanalýzy, se zabýval nevědomými procesy a psychickými obrannými mechanismy (např. vytěsnění, racionalizace, popření). Podle Freuda vychází základní motivace člověka z hlubin nevědomí, kde jsou lokalizovány základní pudové síly, pud sexuální (*libido*) a pud destruktivní (*thanatos*). Zpočátku Freud chápal úzkost jednoduše jako fyziologický následek nevybitého sexuálního napětí, později ji spojil se separací od matky, nakonec ji bral jako reakci ega na zvýšené pudové nebo emoční napětí, pocházející z vnitřního konfliktu (Roose, Glick, 2013). Dle Freudovy teorie prochází vývoj libida v ontogenezi řadou fází (orální, sadisticko-anální, falickou, Oidipovým komplexem, pak obdobím latence a normální genitální sexualitou).

Člověk se socializuje ve vztahu k nejbližším v prvních letech života tím, že se učí zvládat své pudové potřeby. Nevědomé potřeby vedou k vytváření napětí-puzení, které se dostává do konfliktu s požadavky okolí. Primárně máme tendenci vyhledávat příjemné a libé (princip slasti) a vyhnout se nepříjemnému. Toto jednání podléhá kontrole okolí (hrozba trestu za tato přání), a proto se tak snažíme činit společensky únosným způsobem. Libido a požadavky vyplývající ze sexuálního pudu se dostávají do konfliktu se společenskými, mravními, estetickými a dalšími normami. Proto je vědomé já musí pomocí cenzury ovládnout a vytěsnit zpět do nevědomí. Pro souhrn norem zavedl pojem Superego, pudový základ nazval Id a regulující instanci, komunikující s realitou, Egem. Freud pokládal vnitřní konflikt mezi nevědomými pudovými, zvláště sexuálními tendencemi a zvnitřnělou morálkou, tedy mezi Superegem a Id, za zdroj napětí, úzkosti a neuróz vůbec (Kardiner et al., 1959).

Freud použil termín úzkostná neuróza poprvé v roce 1895. Sám upozornil, že tento termín už dva roky před ním prezentoval Ewald Hecker. Na rozdíl od Heckera Freud odlišil „úzkostnou neurózu“ a „neurastenii“ jako dvě odlišné entity, což jeho předchůdce neudělal. Do Freudovy koncepce úzkostné neurózy patřila:

- a) všeobecná podrážděnost;
- b) úzkostné očekávání, které může mít také formu pedanterie, skrupulóznosti nebo váhavosti;
- c) celkové napětí;
- d) rudimentální úzkostné záchvaty;
- e) nespavost a noční můry;
- f) závratě;
- g) fobie z hadů, tmy apod., ale také agorafobie;
- h) trávicí potíže;
- i) parestézie;
- j) chronické stavy, jako je stálý pocit únavy.

Úzkostnou neurózu a neurastenii počítal mezi tzv. aktuální neurózy, naproti tomu mezi psychoneurózy řadil hysterii, fobickou neurózu a obsedantní neurózu. Freud také popsal dva základní typy příznaků úzkostné neurózy: příznaky úzkostného očekávání a přemílání starostí (dnešní generalizovaná úzkostná porucha) a příznaky úzkostných atak charakterizované náhlým vznikem strachu, narušením dechových funkcí, kardiálních příznaků, tremorem, vertigem, průjmy, nespavostí, pocením (dnešní panická porucha). Také si povšiml, že u některých pacientů se oba typy příznaků vyskytují současně (dnes mluvíme o komorbiditě), častěji se však objevují odděleně. Popsal i další znaky úzkostné neurózy, jako je vyhyčivé chování, vysoký stupeň komorbidity s depresí a hysterií. Předpokládal, že hereditární a biologické faktory u těchto lidí interagují s osobní historií, zejména s vývojem v raném dětství.

Podle Freuda všechny myšlenky, emoce a činy mají svoji příčinu a většina z nich je způsobena neuspokojenými pudy a nevědomými přáními. Rozeznával „vědomí“, tedy to, co si uvědomujeme, dále „předvědomí“, kde jsou všechny informace, jež nyní sice nejsou přítomny ve vědomí, ale když chceme, jsme schopni si je vybavit. Nevědomí představuje skladiště impulzů, vášní a nedostupných vzpomínek, které působí na naše myšlení a chování (Freud, 1901, česky 1996). Nevědomí je tedy oblast prožívání, která nám běžně není přístupná, buď proto, že její obsahy nikdy vědomé nebyly (např. stopy událostí, které se nám přihodily v raném dětství dříve, než jsme začali používat jazyk) nebo proto, že její obsahy jsou potlačené nebo vytěsněné z vědomí, protože jsou nějakým způsobem ohrožující.

Předpokládal, že člověk je uzavřený energetický systém, v němž vládne princip zachování energie. Ta může nabývat různých forem, ale nelze ji vytvořit ani zničit. Každý člověk má určité množství psychické energie, kterou označil jako „libido“ (slast). Pokud dojde k vytěsnění zakázaného činu nebo impulzu, jeho energie hledá ventil někde jinde v systému a může se projevit v jiné, maskované podobě, např. ve snu, přeréknutí nebo neurotických příznacích, např. syn si nedokáže připustit, že cítí agresi vůči svému otci. Pocit agrese je totiž v rozporu s jeho přesvědčením, že svého otce musí milovat. Pokud by si agresi připustil, mohl by se podle toho chovat a tím riskovat ztrátu otcovy přízně. Proto kdykoli by syn cítil vztek, objeví se místo toho úzkost, která slouží jako signál potenciálního nebezpečí. Postupně každý i drobný a nevyjádřený nesoulad s otcovými názory vede k rozvoji silné úzkosti.

Osoby, které jsou puzeny k tomu, aby udělaly něco zakázaného, začínají prožívat úzkost. K tomu, aby jedinec snížil úzkost nebo zabránil vůbec jejímu vzniku, může použít několik „obránných mechanismů“. Obranné mechanismy mají dva zvláštní charakteristické znaky: operují nevědomě a překrucují nebo zkreslují realitu. Nejzákladnějším z nich je vytěsnění, kdy ego vytlačí ohrožující myšlenky, vzpomínky a zakázané impulzy z vědomí do nevědomí. I když je vytěsnění silným mechanismem, potlačené myšlenky si někdy proráží cestu do vědomí nebo nachází výraz v nějaké maskované podobě. Pak jsou použity dodatečné obranné mechanismy, jako jsou „projekce“, „reaktivní výtvor“, „fixace“ a „regrese“, které různými způsoby popírají realitu nebo mění její vnímání.

Všechny tyto mechanismy vyžadují množství energie. Vytěsnění konfliktu vytváří předpoklad pro vznik neurózy. Úzkost je pak signálním afektem, který upozorňuje na vnitřní nebezpečí a vede ego k mobilizaci obranných mechanismů. Úzkost je pro Ego signálem, že nebezpečí je bezprostřední a že, pokud se nepodniknou přiměřená opatření, Ego může být přemoženo. Úzkost tedy motivuje k akci, aby se člověk vyhnul vnějšímu nebezpečí, aby inhiboval pudový impuls nebo aby poslechl hlas svého svědomí. Pokud si Ego nedokáže poradit s úzkostí racionálními metodami, musí použít nerealistické obranné opatření.

Neurotická úzkost tedy podle Freuda pramení ve zkušenostech raného dětství, ve kterém rodičovské chování a nácvik byly tvrdé nebo bezohledné. Neuroticky úzkostný člověk se bojí (imaginárního) trestu, který dostane od (imaginární) rodičovské nebo jiné autority za uspokojení svých pudových impulsů. Od ní rozlišuje morální úzkost, která se objevuje tehdy, když člověk poruší své zvnitřnělé rodičovské normy – člověk se tedy obává vědomě svého svědomí. Rozdíl mezi neurotickou a morální úzkostí je v tom, že při morální úzkosti je člověk racionálně schopen o problému uvažovat. I když Superego uplatňuje svoje požadavky, Ego se rozhoduje, zda je přijme, či nikoli. Při neurotické úzkosti je člověk v takové tísní, že není schopen jasně přemýšlet a volit.

Přesto, že byly jednotlivé znaky úzkostných poruch a různé mechanismy, jak k úzkostem může dojít, popsány v první polovině 20. století velmi podrobně, psychopatologické popisy byly natolik různorodé, že nebylo možné vymezit jednotlivé diagnostické jednotky. Změna postojů se objevila po uveřejnění prací Kleina a Finka (1962), kteří ukázali, že pacienti s panickými atakami dobře reagují na léčbu imipraminem, zatímco pacienti s úzkostnou poruchou bez panických atak nikoliv. Klein a Rabkin (1981) předpokládali, že panická úzkost je kvalitativně odlišná od všeobecné úzkosti či úzkosti z očekávání. Tento pohled se prosadil i při vytváření diagnostického manuálu DSM-III (APA, 1980), v němž se poprvé objevilo rozčlenění jednotlivých úzkostných poruch, jak je známe dnes.

První DSM klasifikace, která definuje pojem panická porucha, je až DSM-III vydaná v roce 1980 (DSM-III, 1980). DSM-III uvádí 12 symptomů a specifikuje, že alespoň čtyři musí být přítomny k tomu, abychom mohli událost označit za „plnohodnotnou“ panickou ataku. V DSM-III-R je uvedeno 14 symptomů. Tohoto počtu bylo dosaženo přidáním jednoho (nauzea nebo abdominální úzkost) a rozdělením dvanáctého symptomu zapsaného na seznamu původního DMS-III (strach ze smrti, zbláznění se nebo ztráty kontroly v průběhu ataky) na dva symptomy: strach ze smrti a strach ze ztráty kontroly nebo zbláznění se. To nám dovoluje o něco více precizní identifikaci charakteristických fyzických symptomů, stejně jako kognitivního vyjádření strachu (zbláznění se nebo smrti), se kterými se jedinec může setkat v průběhu panické ataky. DSM-IV si ponechal tento seznam, ale zkombinoval somatické symptomy mdloby s mráкотným stavem, závratí nebo pocitu nejistoty do seznamu 13 symptomů (DSM-IV, 1994). V DMS-5 už není diagnóza panické poruchy klasifikačně rozdělena na panickou poruchu s agorafobií a bez agorafobie, ale existují dvě samostatné diagnózy, panická porucha a agorafobie (Craske et al., 2010; DSM-5, 2013).

Panika, ochromují děs, není ale pouze psychickou poruchou. Strach je základní emoce, která má v běžném životě svou důležitou roli. Při strachu se organismus aktivizuje a připravuje se na reakci „boj nebo útěk“. Strach nás chrání před přílišným riskováním a naopak, např. v případech matek strachujících se o život svých dětí, dokáže motivovat k nadlidským výkonům. Panický strach má i svůj kulturní kontext. Situace, které by v jedné kultuře vyvolaly obrovský strach, můžou být jinou kulturou přijímány bez větších obav, např. některé kmeny jihoamerických indiánů neznají strach z výšek. V situacích, kdy by většina lidí na světě zažívala panickou hrůzu (např. při stavbě mrakodrapů), tito indiáni strach necítí. Strach je pokládán za příznak psychické poruchy pouze tehdy, když je nadměrný (většina lidí v dané situaci strach neprožívá), velmi častý, významně omezuje fungování člověka nebo vede k nadměrnému stresu (Praško et al., 2011).

Literatura

- American Psychiatric Association (2002). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Ed. DSM-5*. Arlington: American Psychiatric Association.
- Angst, J. (1995). History and epidemiology of panic. *European Psychiatry*, 57–59.
- Berrios, G., Link C. (1995). Anxiety disorders. In Berrios, G., Porter, R. (eds.), *History of Clinical Psychiatry*. New York: New York University Press, 545–562.
- American Psychiatric Association – APA. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
- Craske, M. G., Kircanski, K., Epstein, A., Wittchen, H. U., Pine, D. S., Lewis-Fernández, R., Hinton, D. (2010). DSM V Anxiety; OC Spectrum; Posttraumatic and Dissociative Disorder Work Group. Panic disorder: a review of DSM-IV panic disorder and proposals for DSM-V. *Depress Anxiety*, 27, (2), 93–112.
- Freud, S. (1996). Psychopathology of everyday life, (Standard ed. Vol. 6, London: Hogarth Press 1901). Překlad *Psychopatologie všedního dne*, Praha: Avicenum.
- Heidegger, M. (2002). *Bytí a čas*. (Přeložili Chvatík I. aj.) Praha: Oikumené, 487.
- Ishiyama, F. I. (1986). Morita therapy: Its basic features and cognitive intervention for anxiety treatment. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, (3), 23, 375–381.
- Janke, W. (1995). *Filozofie existence*. Praha: Mladá fronta, 247.
- Kardiner, A., Karush, A., Ovesey, L. (1959). A methodological study of Freudian theory: IV. The structural hypothesis, the problem of anxiety, and post-Freudian ego psychology. *Journal of Nervous & Mental Disease*, (4), 129, 341–356.
- Klein, D. F., Fink, M. (1962). Psychiatric reaction patterns to imipramine. *Am J Psychiatry*, 119, 432–438.
- Klein, D. F., Rabkin, J. (Eds.) (1981). *Anxiety: New Research and Changing Concepts*. New York: Raven Press.

- Pérez-Rincón, H. (2011). Pierre Janet, Sigmund Freud and Charcot's psychological and psychiatric legacy. *Front Neurol Neurosci*, 29, 115–124.
- Praško, J. (2005). *Úzkostné poruchy. Klasifikace, diagnostika a léčba*. Praha: Portál.
- Praško, J., Mainerová, B., Diveky, T., Kamarádová, D., Jelenová, D., Grambal, A., Šilhán, P. (2011). Panic disorder and stigmatization. *Act Nerv Super Rediviva*, 53, (4), 194–201.
- Roose, S. P., Glick, R. A. (2013). *Anxiety as Symptom and Signal*. Routledge.
- Schmidt, L. J., Warner, B. (2002). *Panic Origins, Insight and Treatment* (1. vydání). North Atlantic Books.
- Stone, M. H. (2002). History of anxiety disorders. In Stein, D. J., Hollander, E. (eds.), *Textbook of Anxiety Disorders*. Washington: American Psychiatric Publishing, 3–12.
- Takahashi, T. (1993). A persuasion therapy for panic disorder in old Japanese medical literature. *Comprehensive Psychiatry*, (1), 34, 31–35.
- Vymětal, J. et al. (1999). *Speciální psychoterapie (úzkost a strach)*. Praha: Psychoanalytické nakladatelství Jiří Kocourek.

2. Incidence a prevalence panické poruchy

Panická porucha patří mezi nejčastější úzkostné poruchy. Pokud uvažujeme o incidenci, musíme rozlišovat výskyt panických atak a panické poruchy. Prožítí panické ataky samo o sobě totiž nemusí nutně znamenat diagnózu panické poruchy. Naopak, panickou ataku v průběhu života zažije řada lidí, kteří žádnou psychickou poruchou netrpí. Panická porucha jako diagnostická jednotka byla zařazena do DSM klasifikace poprvé v roce 1980 (APA, 1980). Za posledních 30 let byla provedena řada epidemiologických studií, které zkoumaly zastoupení této poruchy v populaci. Kromě panické poruchy jako takové se ve studiích zkoumá i výskyt samotných panických atak (bez splnění kritérií pro panickou poruchu).

Panické ataky se v populaci vyskytují až překvapivě často. Celoživotní prevalence izolovaného panického záchvatu je přibližně 23 % (Kessler et al., 2005). Tedy přibližně každý čtvrtý člověk v průběhu života prožije alespoň jednu panickou ataku. Pro řadu pacientů s panickou poruchou je toto číslo překvapivě vysoké. Uvědomění, že každý čtvrtý člověk někdy v životě panický záchvat zažije, pomáhá při snižování pocitu studu z toho, že trpí úzkostnou poruchou. Na druhou stranu toto číslo také ukazuje na potřebu se této otázce zvýšeně věnovat. Řada pacientů po prožité atace nenavštíví psychiatra, ale praktického lékaře. Je tedy důležité, aby i praktický lékař byl schopen pacienta dostatečně edukovat a nabídnout mu možnosti zvládání dalších případných záchvatů.

Nálezy studií, zkoumající celoživotní prevalenci panických atak a panické poruchy, se liší. Celoživotní prevalence panických atak je udávána v rozmezí 7–23 % a panické poruchy 1,5–5,1 % (Demyttenaere et al., 2004; Kessler et al., 1994; Kessler et al., 2005; Grant et al., 2006). Roční prevalence se udává v rozmezí 2,1–3,6 % (Grant et al., 2006; Klerman et al., 1991; Kessler et al., 2012). Důvodů pro rozdílné nálezy epidemiologických studií můžeme najít hned několik. Výskyt panické poruchy se mění nejen v průběhu času, je rozdílný i v rámci jednotlivých kultur. V osmdesátých letech se roční prevalence udávala okolo 1,2 % (Uhlenhuth et al., 1984), v dnešní době se udává dvojnásobná prevalence, tedy 2,4 % (Kessler et al., 2012). O důvodech zvyšující se incidence lze pouze spekulovat. Jedním z důvodů může být zvýšená citlivost pro záchyt po změně diagnostických kritérií panické poruchy v rámci vývoje dalších DSM klasifikací. Dalším vysvětlením může být různost metodologie sběru dat. Některé studie využívají k diagnostikování pacientů vyškolené laiky, jindy se vychází z dat národních databází, které vycházejí z diagnostik lékařů. Je však také možné, že dochází ke zvyšování prevalence duševních onemocnění jako takových, protože vzestup výskytu se objevuje u většiny psychických

poruch, přesto, že u některých k podstatné změně diagnostických kritérií nedošlo a byla použita srovnatelná metodologie sběru dat.

S pacienty trpícími panickou poruchou se může setkat řada odborníků z různých oborů medicíny. Nejen psychiatři, ale i neurologové, kardiologové, internisté, otorinolaryngologové a lékaři z dalších oborů mohou být postaveni před otázku rozpoznání, správné diagnostiky a léčby panické poruchy. V první řadě však jde o praktické lékaře, kteří stojí v první líní péče o pacienty. K praktickým lékařům má řada pacientů důvěru, a proto je se svými obtížemi navštíví jako první. To potvrzuje fakt, že 70–80 % pacientů trpících panickou poruchou je léčeno praktickými lékaři (Tilli et al., 2012). Toto číslo je nečekaně vysoké, ovšem je otázkou, zda to platí i v jiných zemích, než ve Skandinávii. Skandinávské země mají odlišný systém zdravotní péče, která je více založená na kompetencích a fungování praktických lékařů. O tom, jaký je stav u nás, můžeme jen spekulovat, neboť práce, která by podobný údaj poskytovala o České republice, chybí. Dá se spekulovat, že procento pacientů bude nižší, ovšem velmi pravděpodobně nezanedbatelné.

Další zajímavou otázkou je, nakolik jsou praktičtí lékaři schopni panickou poruchu správně diagnostikovat. Studie Fernándeze et al. (2012) ukázala, že praktičtí lékaři jsou schopni zachytit přibližně třetinu pacientů trpících úzkostnými poruchami a mívají obtíže s diferenciální diagnostikou v rámci skupiny úzkostných poruch. Z výsledků studie vyplývá, že přibližně dvě třetiny pacientů nejsou praktickými lékaři správně diagnostikovány. Tento fakt vede k oddálení správné terapie a zkresluje údaje o výskytu jednotlivých úzkostných poruch.

2.1 Srovnání pohlaví

Stejně jako u dalších úzkostných poruch se liší prevalence panické poruchy mezi muži a ženami. Prevalence je vyšší u žen než u mužů, s nálezy 24,9 % u žen a 17,3 % u mužů (Schuch et al., 2014). U žen dochází také častěji k relapsu poruchy (Yonkers et al., 1998). Muži a ženy se rovněž liší v počtu pozorovaných somatických příznaků. Ženy si častěji stěžují na pocit zkráceného dechu, slabosti, nevolnosti a pocitu tíhy. U mužů se pak častěji objevuje pocení a bolest žaludku (Schuch et al., 2014). Důvodů pro odlišnosti ve skladbě příznaků či vnímání projevů panické ataky mezi pohlavími může být celá řada. Jedním z vysvětlení je zvýšená senzitivita k CO_2 u žen, kdy snadněji dochází k pocitům dušnosti a hyperventilaci (Papp et al., 1997).

2.2 Výskyt v průběhu věku

Panická porucha vykazuje dvě období v průběhu věku, kdy je její výskyt častější. První vrchol se objevuje mezi 15. a 24. rokem života a druhý mezi 45. a 54. Navzdory tomu, že úzkost je ve vyšším věku relativně častým fenoménem (Lau et al., 2001; Blazer, 1997, 1994), náchylnost k panickým záchvatům se ve vyšším věku snižuje (Jorm, 2000). Samotná panická porucha je ve stáří relativně vzácná. Ačkoliv se nálezy různých studií, zkoumajících prevalenci úzkostných poruch ve vyšším věku, liší, u panické poruchy jsou opakovaně zjišťovány nízké prevalence. Studium výskytu panické poruchy u lidí vyššího věku (více než 50 let), v současném období i celoživotně, se zabývalo sedm studií. Jejich nálezy jsou heterogenní. Současná panická porucha se v průměru vyskytovala u 0,88 % probandů a celoživotní u 2,63 % probandů (Volkert et al., 2013).

Přesně vysvětlit důvod několikanásobně nižší prevalence panické poruchy u seniorů, ve srovnání s mladšími lidmi, je obtížné. Jedním z možných vysvětlení může být fakt, že senioři trpící úzkostnými poruchami se nedostanou do psychiatrické péče (Goldberg, Huxley, 1980). Další důvody mohou být např. v tom, že panická porucha ze středního věku ustoupila, byla vyléčena, část populace mohla suicidovat, zemřít na častější kardiovaskulární onemocnění apod. Pravděpodobně však bude hrát největší roli strach ze stigmatizace psychickou poruchou seniora, jeho rodiny i lékaře a podcenění závažnosti úzkostné poruchy i jejích důsledků všemi zúčastněnými. Jiným důvodem může být odlišný způsob reagování seniorů na stres. Jarvik a Russell (1979) ve své práci prokázali, že pacienti v pokročilém věku mají tendenci spíše „zmrznout“ než projevit klasickou reakci „boj-nebo-útěk“. Jejich úzkost se tedy může fenomenologicky projevovat jinak, a proto nemusí být správně diagnostikována. Jinou teorii uvádí Larkin s kolegy (1992). Uvádějí, že ageismus části kliniků může ovlivňovat postoje k neurotickým poruchám ve vyšším věku, včetně neopodstatněného pesimismu týkajícího se léčby a léčitelnosti. Proto jsou starší lidé s úzkostnými poruchami odesíláni k psychiatrovi jen vzácně. Celkově se dá tedy říci, že úzkostné poruchy vyššího věku jsou jak nedostatečně identifikovány, tak nedostatečně léčeny (Small, 1997). Výzkum efektivity psychologických i farmakologických přístupů v léčbě úzkosti ve vyšším věku je v současné chvíli nedostatečný na to, abychom mohli říci, které postupy jsou nejúspěšnější (Dada et al., 2001; Stanley, Beck, 2000; Mokhber et al., 2010).

Panická porucha se vzácně může objevovat i v dětském věku. Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10, 1992, 1996) ji jako samostatnou diagnózu v dětském věku neuvádí, protože je to porucha objevující se během celého života. Častěji se objevuje až od období puberty. Nicméně její projevy, a to často v komorbiditě s jinými úzkostnými a fobickými projevy, lze u menších dětí pozorovat a diagnostikovat. Obavy, hrůza, panika, strach a podrážděnost jsou emoční komponenty úzkosti. Děti tyto emoce obvykle vyjadřují pláčem, křikem, hněvem nebo stažením se ze sociálních situací. Toto je nejvíce patrné v případech, kdy jsou přítomné cizí osoby. Adolescenti při popisu svých úzkostných

stavů používají často barvitější a expresnější výrazy, jako že byli „v pasti“, „totálně mimo“ nebo „že to bylo fakt drsný“.

2.3 Panická porucha u různých kultur

Prevalence panické poruchy se liší v rámci pacientů různých národností a kultur. Výsledky National Comorbidity Survey Replication (NCS-R) prováděné ve Spojených státech prokázaly, že výskyt panických atak je nižší u Latinoameričanů a Afroameričanů oproti Američanům evropského původu. Nicméně výskyt samotné panické poruchy jako takové se nelišil (Kessler et al., 2006). Opačný nálezn uvádí práce Levineho a kolektivu (2012), která také sledovala rozdíly v prevalenci panické poruchy u různých etnických skupin. Podle jejich výsledků je největší riziko rozvoje panické poruchy u osob non-Hispánského bílého etnika (4,8 %), dále u probandů z Karibské oblasti (4,1 %) a poté u Afroameričanů (3,5 %). U všech těchto etnik byla panická porucha častější u žen. Pouze u osob černé rasy z Karibské oblasti nebyl prokázán rozdíl mezi muži a ženami. Jedna z nejnižších prevalencí panické poruchy je v Japonsku, celoživotní prevalence je zde udávána kolem 0,5 % (Kawakami et al., 2004). Podobně nízká je u pacientů v Izraeli, kde je udáváno 0,9 % (Levinson et al., 2007). Ve srovnání s Evropou a Spojenými státy je v těchto zemích prevalence nižší navzdory tomu, že v obou zemích je zdravotnictví rozvinuto srovnatelně s Evropou a míra stresu je v těchto zemích minimálně srovnatelná, spíše vyšší. O příčinách lze pouze spekulovat. Důvodem může být například vyšší míra stigmatizace, která vede k nedostatečnému zachytu (Griffiths et al., 2006). Bunevicius s kolegy (2014) ve své studii zjistili, že 3 % pacientů ošetřených u praktických lékařů v Litvě splňují kritéria pro panickou poruchu. V Číně se měsíční prevalence pohybuje pod 1 % (Phillips et al., 2009). Z evropského hlediska je zajímavá prevalence panické poruchy v Řecku, na které výrazně dopadla ekonomická krize posledních let. V Řecku je přesto prevalence panické poruchy 1,88 % (Skapinakis et al., 2013), což odpovídá celoevropskému průměru, kde je celoživotní prevalence panické poruchy 2,1 % a dvanácti měsíční 0,8 % (Alonso et al., 2004).

Rozdílnost prevalence ve španělsky mluvící části Latinské Ameriky ve své práci srovnávali Vicente s kolegy (2004). Srovnávali výskyt panické poruchy v Chile, jeho hlavním městě Santiagu, v Bogotě v Kolumbii, Limě v Peru a Mexiko City. Prevalence byla nejvyšší v Limě a Mexiko City, kde je udávána na 1,6 %, v Santiagu je udávána na 1,3 %. V Chile je prevalence 0,7 % a v Kolumbii pouze 0,1 %. Příčinou takto zjištěné nízké prevalence v Kolumbii byly pravděpodobně chyby v metodologii. Existují i studie zkoumající prevalenci v jiných zemích na jiných kontinentech, např. v Íránu se dvanácti-měsíční prevalence pohybuje okolo 1 % (Alhasnawi et al., 2009), v Nigérii pak okolo 3 % (Esan, Baiyewu, 2013).

Existují i zajímavé mezikulturní rozdíly ve výskytu určitých příznaků a ve způsobu, jak si pacienti vysvětlují příčiny panické poruchy. V různých kulturách si jejich příslušníci vysvětlují fungování těla různými způsoby, a proto je různým příznakům přisuzována různá závažnost. Např. Afroameričané si častěji stěžují na třes, důvodem může být to, že u této skupiny řada pacientů umírá na cukrovku, u které dochází k polyneuropatii, k jejímž příznakům třes patří. V různých kulturách je rovněž náhlý vznik panických atak vysvětlován různě. Kulturně specifická interpretace bývá spojena se strachem z onemocnění. Např. v Kambodži nazývají panické záchvaty *khyas*. Podle jejich představ dochází u pacientů k narušení vnitřních proudů. Ve Vietnamu se pak mluví o *trung gio*, což souvisí s přesvědčením o zevní souvislosti s větrem. Člověk trpící touto nemocí nemá vycházet mimo domov ve větrných dnech, protože může očekávat, že dostane panickou ataku. Pokud začne být větrno, prožívá anticipační úzkost s následným rozvojem panické ataky. Anticipační úzkost je pak propojena s kulturně danými obavami z účinku větru (Lewis-Fernandez et al., 2010).

2.4 Výskyt u zvláštních skupin pacientů

2.4.1 U těhotných žen

Panická porucha se u těhotných žen objevuje často. Nejčastěji v průběhu druhého trimestru, průměrná délka trvání symptomů je $3,0 \pm 2,0$ měsíce. Tato skupina patientek je specifická, ženy jsou v tomto období pod velkým tlakem, snaží se žít tak, aby „neublížily miminku“. Okolím bývají často bedlivě sledované, jestli o své tělo pečují tak, jak by měly. I u nich se můžeme setkat se zvýšenou obavou z různých tělesných příznaků. Gravidita bývá pro pacientky trpící panickou poruchou stresující záležitost, často se u nich v průběhu těhotenství vyskytuje jak úzkostná, tak depresivní symptomatika (Marchesi et al., 2014).

2.4.2 U veteránů a civilistů po traumatické události

U vojenských veteránů se panická porucha vyskytuje ve 4,7 % (Barrera et al., 2014). Panická porucha se také častěji vyskytuje u civilistů, kteří prožili hromadnou tragédií. Po bombovém atentátu v Madridu bylo vyšetřeno 1589 postižených. Panické ataky se v průběhu 12 měsíců po útoku objevovaly u 10,9 % postižených. Pravděpodobnost rozvoje panické poruchy zvyšovala přítomnost předchozího traumatického zážitku a nižší sociální podpory (Wood et al., 2013).

Literatura

- Alhasnawi, S., Sadik, S., Rasheed, M., Baban, A., Al-Alak, M., Othman, A. Y., Ismet, N., Shawani, O., Murthy, A., Aljadi, M., Chatterji, A., Al-Gasseer, N., Streel, E., Naidoo, N., Mahomoud, M., Gruber, M. J., Petukhova, M., Sampson, N. A., Kessler, R. C. (2009) The prevalence and correlates of DSM-IV disorders in the Iraq Mental Health Survey (IMHS). *World Psychiatry*, Jun, (2), 8, 97–109.
- Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S., Bryson, H., de Girolamo, G., Graaf, R., Demyttenaere, K., Gasquet, I., Haro, J. M., Katz, S. J., Kessler, R. C., Kovess, V., Lépine, J. P., Ormel, J., Polidori, G., Russo, L. J., Vilagut, G., Almansa, J., Arbabzadeh-Bouchez, S., Autonell, J., Bernal, M., Buist-Bouwman, M. A., Codony, M., Domingo-Salvany, A., Ferrer, M., Joo, S. S., Martínez-Alonso, M., Matschinger, H., Mazzi, F., Morgan, Z., Morosini, P., Palacín, C., Romera, B., Taub, N., Vollebergh, W. A. (2004), ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators, European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) Project. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl.*, (420), 21–27.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington DC: Author.
- Barrera, T. L., Mott, J. M., Hundt, N. E., Mignogna, J., Yu, H. J., Stanley, M. A., Cully, J. A. (2014). Diagnostic specificity and mental health service utilization among veterans with newly diagnosed anxiety disorders. *Gen Hosp Psychiatry*, 36, (2), 192–198.
- Blazer, D. (1997). Generalized anxiety disorder and panic disorder in the elderly: A review. *Harvard Review of Psychiatry*, 5, 18–27.
- Blazer, D. G. (1994). Epidemiology. In Copeland, J. R. M., Abou-Saleh, M. T., Blazer D. G. (Eds.), *Principles and Practice of Geriatric Psychiatry*. Chichester, UK: John Wiley & Sons.
- Bunevicius, R., Liaugaudaitė, V., Peceliuniene, J., Raskauskiene, N., Bunevicius, A., Mickuviene, N. (2014). Factors affecting the presence of depression, anxiety disorders, and suicidal ideation in patients attending primary health care service in Lithuania. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, (1), 32, 24–29.
- Dada, F., Sethi, S., Grossberg, G. T. (2001). Generalized anxiety disorder in the elderly. *Psychiatric Clinics of North America*, 24, 155–164.
- Demyttenaere, K., Bruffaerts, R., Posada-Villa, J., Gasquet, I., Kovess, V., Lépine, J. P., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Girolamo, G., Morosini, P., Polidori, G., Kikkawa, T., Kawakami, N., Ono, Y., Takeshima, T., Uda, H., Karam, E. G., Fayyad, J. A., Karam, A. N., Mneimneh, Z. N., Medina-Mora, M. E., Borges, G., Lara, C., de Graaf, R., Ormel, J., Gureje, O., Shen, Y., Huang, Y., Zhang, M., Alonso, J., Hara, J. M., Vilagut, G., Bromet, E. J., Gluzman, S., Webb, Ch., Kessler, R. C., Merikangas, K. R., Anthony, J. C., Korff, M. R., Wang, P. S., Alonso, J., Brugha, T. S., Aguilar-Gaxiola, S., Lee, S., Heeringa, S., Pennell, B. E., Zaslavsky, A. M., Ustun, T. B., Chatterji, S.

- (2004). Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA*, 291, 2581–2590.
- Esan, O., Baiyewu, O. (2013). Panic Disorder Prevalence Among Patients Referred for an Electrocardiogram in a Nigerian Teaching Hospital. *Psychosomatics*, (5), 54, 472–478.
- Fernández, A., Rubio-Valera, M., Bellón, J. A., Pinto-Meza, A., Luciano, J. V., Mendive, J. M., Haro, J. M., Palao, D. J., Serrano-Blanco, A. (2012). DASMMap investigators. Recognition of anxiety disorders by the general practitioner: results from the DASMMap study. *Gen Hosp Psychiatry*, (3), 34, 227–233.
- Goldberg, D., Huxley, P. (1980). *Mental Illness in the Community*. London: Tavistock.
- Grant, B. F., Hasin, D. S., Stinson, F. S., Dawson, D. A., Goldstein, R. B., Smith, S., Huang, B., Saha, T. D. (2006). The Epidemiology of DSM-IV Panic Disorder and Agoraphobia in the United States: Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*, (3), 67, 363–374.
- Griffiths, K. M., Nakane, Y., Christensen, H., Yoshioka, K., Jorm, A. F., Nakane, H. (2006) Stigma in response to mental disorders: a comparison of Australia and Japan. *BMC Psychiatry*, 23, 6, 21.
- Jarvik, L. F., Russell, D. (1979). Anxiety, ageing and the third emergency reaction. *J Gerontol*, 34, 197–200.
- Jorm, A. F. (2000). Does old age reduce the risk of anxiety and depression? A review of epidemiological studies across the adult life span. *Psychological Medicine*, 30, 11–22.
- Kawakami, N., Shimizu, H., Haratani, T., Iwata, N., Kitamura, T. (2004). Lifetime and 6-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in an urban community in Japan. *Psychiatry Research*, (3), 121, 293–301.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*, 62, 593–602.
- Kessler, R. C., McGonagle, K. C., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H. U., Kendler, K. S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*, 51, 8–19.
- Kessler, R. C., Petukhova, M., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., Wittchen, H. U. (2012). Twelve-month and lifetime prevalence and lifetime morbid risk of anxiety and mood disorders in the United States. *Int J Methods Psychiatr Res*, Sep, (3), 21, 169–184.
- Kessler, R., Chiu, W., Jin, R., et al. (2006). The epidemiology of panic attacks, panic disorder, and agoraphobia in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*, 63, 415–442.
- Klerman, G. L., Weissman, M. M., Ouellette, R., Johnson, J., Greenwald, S. (1991). Panic Attacks in the Community Social Morbidity and Health Care Utilization. *JAMA*, (6), 265, 742–746.
- Larkin, B. A., Copeland, J. R. M., Dewey, M. E., Davidson, I. A., Saunders, P. A., Sharma, V. K., McWilliam, C., Sullivan, C. (1992). The natural history of neurotic disorders in

- an elderly urban population. Findings from the Liverpool study of continuing health in the community. *Br J Psychiatry*, 160, 681–686.
- Lau, A. W., Edelstein, B. A., Larkin, K. T. (2001). Psychophysiological arousal in older adults: A critical review. *Clinical Psychology Review*, 21, 609–630.
- Levine, D. S., Himle, J. A., Taylor, R. H., Abelson, J. M., Matysko, N., Muroff, J., Jackson, J. (2012). Panic disorder among African Americans, Caribbean blacks and non-Hispanic whites. *The International Journal for Research in Social and Genetic Epidemiology and Mental Health Services*, 10.1007/s00127-012-0582-x.
- Levinson, D., Zilber, N., Lerner, Y., Grinshpoon, A., Levav, I. (2007). Prevalence of Mood and Anxiety Disorders in the Community: Results from the Israel National Health Survey. *Isr J Psychiatry Relat Sci*, (2), 44, 94–103.
- Lewis-Fernandez, R., Hinton, D. E., Laria, A. J., Patterson, E. H., Hofmann, S. G., Craske, M. G., Stein, D. J., Asnnani, A., Liao, B. (2010). Culture and the Anxiety Disorders: Recommendations for DSM-V. *Depression & Anxiety*, 27, 212–229.
- Marchesi, C., Ampollini, P., Paraggio, C., Giaracuni, G., Ossola, P., De Panfilis, C., Tonna, M., Viviani, D. (2014). Risk factors for panic disorder in pregnancy: a cohort study. *J Affect Disord*, 156, 134–138.
- Mezinárodní klasifikace nemocí – 10. revize, MKN-10 (1. vydání). (1996). Praha: Maxdorf.
- Mokhber, N., Azarpazhooh, M. R., Khajehdaluee, M., Velayati, A., Hopwood, M. (2010). Randomized, single-blind, trial of sertraline and buspirone for treatment of elderly patients with generalized anxiety disorder. *Psychiatry Clin Neurosci*, (2), 64, 128–33.
- Papp, L. A., Martinez, J. M., Klein, D. F., Coplan, J. D., Norman, R. G., Cole, R., de Jesus, M. J., Ross, D., Goetz, R., Gorman, J. M. (1997). Respiratory psychophysiology of panic disorder: three respiratory challenges in 98 subjects. *Am J Psychiatry*, 154, 1557–1565.
- Phillips, M. R., Zhang, J., Shi, Q., Song, Z., Ding, Z., Pang, S., Li, X., Zhang, Y., Wang, Z. (2009). Prevalence, treatment, and associated disability of mental disorders in four provinces in China during 2001–05: an epidemiological survey. *The Lancet*, (9680), 373, 2041–2053.
- Schuch, J. J. J., Roest, A. M., Nolen, W. A., Penninx, B. W. J. H., de Jonge, P. (2014). Gender differences in major depressive disorder: Results from the Netherlands study of depression and anxiety. *Journal of Affective Disorders*, (1), 156, 156–163.
- Skapinakis, P., Bellos, S., Koupidis, S., Grammatikopoulos, I., Theodorakis, P. N., Mavreas, V. (2013). Prevalence and sociodemographic associations of common mental disorders in a nationally representative sample of the general population of Greece. *BMC Psychiatry*, 13, 163, doi:10.1186/1471-244X-13-163.
- Small, G. W. (1997). Recognizing and treating anxiety in the elderly. *Journal of Clinical Psychiatry*, (3), 58, 41–50.
- Stanley, M. A., Beck, J. G. (2000). Anxiety disorders. *Clinical Psychology Review*, 20, 731–754.