



PSYCHIATRICKÁ SPOLEČNOST
České lékařské společnosti J. E. Purkyně

PSYCHIATRIC ASSOCIATION
of the Czech Medical Association J. E. Purkyně



DOPORUČENÉ POSTUPY PSYCHIATRICKÉ PÉČE 2025

Léčba panické poruchy s nebo bez agorafobie u dospělých

Autoři: Ján Praško et al.

Garant:

Oponent:

Základní struktura postupu

Postup má tyto hlavní moduly:

- 1. Diagnostika a vstupní management panické poruchy (PP ± agorafobie)**
- 2. První linie léčby panické poruchy a agorafobie**
- 3. Kontrola účinku po 8–12 týdnech**
- 4. Druhá linie a kombinace**
- 5. Rezistence a komplexní případy**
- 6. Dlouhodobá léčba a prevence relapsu**
- 7. Specifické skupiny**
- 8. Somatika a lékové interakce (kardiologie / neurologie)**
- 9. Literatura**

DOPORUČENÉ POSTUPY PSYCHIATRICKÉ PÉČE 2025

Okénko 1 – Diagnostika a vstupní management panické poruchy (PP ± agorafobie)

- Potvrzení diagnózy (DSM-5) a strukturovaný rozhovor. Základem je klinický rozhovor a ověření DSM-5 nebo MKN-11 kritérií; jako pomocné nástroje použijte M.I.N.I. nebo SCID-5 (Sheehan et al., 1998; First et al., 2015/2016).
- Kvantifikace závažnosti a dopadu. Pro měření příznaků a sledování odpovědi volte PDSS (klinická verze) nebo PDSS-SR (self-report), případně PAS (Panic and Agoraphobia Scale) a pro funkční dopad WSAS (Shear et al., 1997; Houck et al., 2002; Bandelow et al., 1998; Mundt et al., 2002).
- Vstupní bezpečnost a rizika. Zhodnoťte suicidální riziko, užívání návykových látek a akutní kardiálně-respirační symptomy; NICE (2011/2020) doporučuje při středně těžké/těžké PP preferovat KBT či antidepressiva a benzodiazepiny nedoporučuje pro dlouhodobou léčbu. (NICE, 2011; aktualizace 2020).
- Diferenciální diagnostika – somatické a iatrogenní příčiny „paniky“. Myslete na kardiální arytmie/ischemii, POTS, astma/CHOPN, hypertyreózu, hypoglykémii, vestibulární poruchy, feochromocytom, ale i abstinenční (vysazovací) syndrom po AD a akutní účinek kanabinoidů či stimulantů (Medscape 2024; Raj, 2013; Lenders et al., 2014; Warner et al., 2006; Schmid et al., 2020).
- Základní somatický screening dle kliniky. TK, pulz, saturace, glukóza, TSH; EKG při kardiálních potížích a vždy před nasazením TCA či při riziku QTc (Psychiatric Times, 2021; HPFT NHS, 2017; SPS/MHRA k citalopramu/escitalopramu).
- Psychoedukace + krizový plán. Vysvětlete model paniky (bludný kruh), doporučte dechový trénink/grounding a bezpečné expozice; naplánujte další kontroly (NICE 2011/2020).

Tabulka B – Diferenciální diagnostika „panických“ stavů (co, kdy na to myslet, co rychle ověřit)

Stav	Kdy zvažovat	Co rychle ověřit (ambulantně/urgentně)
Arytmie / ischemie myokardu	Palpitace, synkopy, tlak na hrudi, rizikové faktory	EKG ± troponin dle kliniky; u perzistujících obtíží kardiologická konzultace. (Medscape, 2024).
POTS	„Panika při stání“: palpitace, třes, intolerance ortostatismu bez hypotense	Aktivní stojný test: ↑TF ≥30/min do 10 min (dospělí); zvažte autonomní vyšetření. (Raj, 2013).
Astma/CHOPN, PE	Dušnost, sípání/pleuritická bolest; rizika trombozy	Saturace, fyzikál, RTG/CT-angiografie dle rizika. (Medscape, 2024).
Hypertyreóza	Tachykardie, tremor, heat intolerance, pocení	TSH ± FT4. (Medscape, 2024).
Hypoglykémie	Pocení, třes, zmatenost, „úzkost“ nalačno	Kapilární glukóza; anamnéza DM/hladovění/alkoholu. (Medscape, 2024).

DOPORUČENÉ POSTUPY PSYCHIATRICKÉ PÉČE 2025

Vestibulární poruchy	Závratě, provokace polohou, nauzea	Neurologické/ORL vyšetření dle nálezu. (Medscape, 2024; přehled).
Feochromocytom	Paroxyzmy: bolest hlavy, pocení, palpitace, úzkost, hypertenze	Plazmatické metanefriny; endokrinologická konzultace (Endocrine Society, 2014).
AD vysazení (SSRI/SNRI)	Po nedávném snížení/ukončení dávky: nespavost, agitace, somatické příznaky	„FINISH“ příznaky; často rychlá úleva po obnovení nízké dávky. (Warner et al., 2006; přehled 2017).
THC / syntetické kanabinoidy	Akutně po užití: palpitace, úzkost, panika, bolest na hrudi	Pečlivá toxikologická anamnéza; většinou spontánní ústup. (Schmid et al., 2020; Cavaleri et al., 2024).
Stimulancia (např. amfetaminy)	Tachykardie, nespavost, úzkost/panika při intoxikaci/odvykání	Toxikologická anamnéza; zvážit rizika interakcí. (McKetin et al., 2019).

Vstupní bezpečnost a plánování léčby (co udělat hned)

- Screening rizik: aktuální suicidální riziko, intoxikace/odvykání, závažná somatika. (NICE, 2011/2020).
- Volba první linie (nástin): u většiny dospělých CBT zaměřená na paniku; farmakoterapie (SSRI/SNRI) je alternativou dle preference, dostupnosti a komorbidit; benzodiazepiny se u PP nedoporučují pro dlouhodobou léčbu. (NICE, 2011/2020; přehled AAFP, 2022).
- Somatická bezpečnost před léčbou: EKG při kardiálním riziku a před TCA; u citalopramu/escitalopramu respektujte QTc doporučení MHRA/SPS. (Psychiatric Times, 2021; HPFT NHS, 2017; SPS, 2025).

Komentář:

NICE CG113 (2011; surveillance 2020) formuluje společný vstupní rámec pro PP a GAD, zdůrazňuje diferencování somatických příčin a preferenci KBT; benzodiazepiny pro léčbu PP nedoporučuje. Německá S3/DGPPN potvrzuje KBT jako psychoterapii s nejvyšší úrovní evidence a doporučuje farmakoterapii (SSRI/SNRI/TCA) podle preference a závažnosti; EKG je racionální při riziku a před TCA. (NICE, 2011/2020; Bandelow et al., 2021).



DOPORUČENÉ POSTUPY PSYCHIATRICKÉ PÉČE 2025

Okénko 2 – První linie léčby panické poruchy (PP) ± agorafobie (12–16 týdnů)

Cíl: dosažení remise (vymizení panických atak + výrazné snížení anticipační úzkosti a vyhýbání), stabilizace funkce a vytvoření plánu prevence relapsu.

1) Psychoterapie – preferovaná první volba

Vysoko-intenzivní KBT zaměřená na paniku

– struktura: *psychoedukace* → *interoceptivní expozice* (vyvolání a snášení tělesných příznaků) → *in-vivo expozice* agorafobickým situacím → *kognitivní restruktura*; 10–14 sezení + domácí úkoly.
– účinnost a akceptace: CBT má nejvyšší úroveň důkazů pro PP; různé formáty (individuální, skupinová, tele-/internetová s terapeutem) jsou srovnatelně účinné při adekvátní míře vedení (Papola et al., 2023; Rabasco et al., 2022).

On-line přístupy (iKBT / tele-KBT)

– doporučit zejména tam, kde je omezená dostupnost prezenční KBT; vedené (guided) programy dosahují lepších výsledků než čistě svépomoc (Papola et al., 2023; NICE surveillance, 2020).

Virtuální realita (VR) – expozice

– u PP/agorafobie slibná (samostatně či jako doplněk KBT); rané RCT a systematické práce ukazují klinicky významné zlepšení, zejména v kombinovaných formátech (Planert et al., 2022; Jung et al., 2024). Zvažte u pacientů se silným vyhýbáním, kteří těžko absolvují *in-vivo* expozice.

Organizace péče

– *stepped-care*: nabídnout KBT jako první volbu; pokud pacient preferuje farmakoterapii, CBT je nedostupná či předchozí psychoterapie selhala/není žádoucí, lze zvolit antidepressivum (NICE).

2) Farmakoterapie (monoterapie) – když je preferována pacientem, je KBT nedostupná, nebo u komorbidit

První volba: SSRI (escitalopram, sertralin, paroxetin, fluoxetin, citalopram) nebo SNRI (venlafaxin XR). Síťová metaanalýza (Cochrane 2023) potvrzuje účinnost většiny antidepressiv; volba dle profilu NÚ, interakcí a preferencí (Guaiana et al., 2023; Du et al., 2021).

Alternativa u vybraných: TCA (imipramin, klomipramin) — účinná, ale horší tolerance; nutný EKG screening/monitorace a opatrnost při riziku arytmií/předávkování (DGPPN S3 2021; Guaiana et al., 2023).

Co ne (dlouhodobě): benzodiazepiny, sedativní antihistaminika nebo antipsychotika se u PP nedoporučují; BZD lze zvážit jen krátkodobě (akutní krize) a omezeně (dny až max. ~2–4 týdny) se zřetelem k závislosti a zhoršení expozic (NICE; WHO mhGAP 2023) (NICE 2020; WHO 2023).

DOPORUČENÉ POSTUPY PSYCHIATRICKÉ PÉČE 2025

3) Dávkovací a bezpečnostní přehled (dospělí)

Léčivo	Start	Typický cíl	Max	Podstatné poznámky / bezpečnost
Escitalopram	5 mg/den 1. týden → 10 mg	10–20 mg	20 mg	Indikace pro PP v EU; postupná titrace; QTc varování sdílí s citalopramem. (SmPC) (Medicines.org.uk)
Sertralin	25 mg/den 1. týden → 50 mg	100–150 mg	200 mg	Zvyšovat po 25–50 mg týdně dle tolerance. (SmPC/FDA) (Medicines.org.uk)
Paroxetin	10–20 mg	20–40 mg	60 mg	Začněte níže při výrazné somatické úzkosti; anticholinergní NÚ, ↑ hmotnost, SSRI DDI. (SmPC/Mayo) (Medicines.org.uk)
Fluoxetin	10 mg 1. týden → 20 mg	20–40 mg	60 mg	Aktivující; dlouhý t _{1/2} – výhoda při vysazování. (FDA/StatPearls) (FDA Access Data)
Citalopram	10 mg 1. týden → 20 mg	20–30 mg	40 mg	QTc: omezit max. na 20 mg u >65 let/jaterní dysf.; vyhnout se vyšším dávkám + léky prodl. QT. (BNF/MHRA) (bnf.nice.org.uk)
Venlafaxin XR	37,5 mg/den 7 dní → 75 mg	75–150 mg	225 mg	Kontrolovat TK; opatrnost při úzkostné aktivaci. (FDA label/StatPearls) (FDA Access Data)
Imipramin (TCA)	25–75 mg	100–200 mg	200 mg (ambul.)	EKG, anticholinergní/ortostatické NÚ, toxicita v předávkování. (FDA PM/Mayo) (FDA Access Data)
Klomipramin (TCA)	25 mg	100–150 mg	250 mg	EKG, hladiny u vyšších dávek; sedace, anticholinergní NÚ. (StatPearls/FDA) (NCBI)

Pozn.: Začnějte nižší dávkou a pomaleji titrujte u PP kvůli riziku časně aktivace. Kontroly NÚ, adherence a bezpečnosti každé 2–4 týdny. EKG před TCA a při kardiálních potížích. U citalopramu/escitalopramu myslete na QTc interval.

Bezpečnost – připomínky pro první linii

- BZD: u PP ne jako dlouhodobá léčba; pokud použity pro krizi, co nejkratší dobu (WHO „silné doporučení“, 2023). (Brandt et al., 2024; WHO, 2023).
- QTc: citalopram/escitalopram – dodržet maxima a kontraindikace (lékové interakce, vrozené LQT,

DOPORUČENÉ POSTUPY PSYCHIATRICKÉ PÉČE 2025

elektrolytová dysbalance). (MHRA, 2014).

– *Suicidalita / aktivace*: zejména první týdny a při titraci – naplánujte kontroly; informujte o *sndromu z vysazení* (venlafaxin, paroxetin). (FDA/labels; NICE).

4) Kombinace a preferenční volba

- **KBT + antidepressivum**: zvážit, pokud je klinická závažnost vysoká, výrazná agorafobie, komorbidity, nebo pokud pacient preferuje kombinaci; kombinace je běžnou praxí a může zlepšit adherenci k expozicím (Guaiana et al., 2023; DGPPN S3).
- **Tele-/iKBT**: preferujte *vedené* varianty (kontakt s terapeutem), které vykazují lepší výsledky než čistě *svépomocné* (Papola et al., 2023; NICE surveillance).
- **VR**: vhodný doplněk pro trénink expozic (zejména agorafobie), v praxi postupovat jako u *in-vivo* expozic (plán, hierarchie, prevence zabezpečovacího chování) (Planert et al., 2022).

5) Co komunikovat pacientovi (psychoedukace na startu)

- Cílem je **remise**; první efekt obvykle 2–4 týdny po nasazení, plný efekt do 8–12 týdnů; psychotherapie vyžaduje aktivní domácí trénink. (NICE; Papola et al., 2023).
- Při *zhoršení úzkosti* po startu SSRI/SNRI vydržet, netitrovat příliš rychle; kontaktovat tým při výrazném zhoršení. (NICE).
- BZD **nejsou** dlouhodobým řešením; mohou brzdit učení v expozicích a vytvářet závislost. (WHO 2023; NICE).

Komentář:

Doporučení se opírají o konsenzus velkých doporučených postupů (NICE; DGPPN S3; WFSBP) a novější syntézy. KBT zůstává léčbou první volby, s robustní evidencí i pro distanční/vedené formáty (Papola et al., 2023). Farmakoterapie (SSRI/SNRI) je účinná a bezpečná, TCA jsou rezervou při selhání/kontraindikacích, BZD se u PP dlouhodobě nedoporučují (Cochrane NMA 2023; NICE 2020; WHO 2023). VR expozice je rychle se rozvíjející doplněk, který může usnadnit nácvik expozic tam, kde *in-vivo* není dobře proveditelné (Planert et al., 2022; Jung et al., 2024).

Okénko 3 – Kontrola efektu po 8–12 týdnech

3.1 Jak hodnotit výsledek v praxi

- Měřit systematicky: použijte PDSS/PDSS-SR (sledování týdenní frekvence atak, anticipace, vyhýbání, funkční dopad). Odpověď bývá definována jako $\geq 40\%$ pokles PDSS, remise jako PDSS ≤ 5 (Furukawa et al., 2009; Cuyler et al., 2022).

DOPORUČENÉ POSTUPY PSYCHIATRICKÉ PÉČE 2025

- Kdy hodnotit: první jasné zhodnocení dělejte po 8–12 týdnech adekvátní léčby (CBT či terapeutické dávky antidepressiva); tento rámec je konzistentní se stepped-care přístupem (NICE, 2020; Kampman et al., 2020).
- Co ověřit před změnou léčby: adherenci, intenzitu expozic/domácích úkolů, toleranci/dávku, komorbiditu (deprese, SUD), spouštěče a případné iatrogenní faktory (např. nadměrný kofein, stimulanty). (NICE, 2020; Rabasco et al., 2022).

3.2 Dobrá odpověď / remise

- Pokračujte beze změny (farmakoterapie v účinné dávce, nebo probíhající CBT) a přejděte plynule do udržovací fáze; plánujte „booster“ sezení CBT (např. 1× za 4–8 týdnů) a pokračujte v expozicích (*in-vivo* i interoceptivních) pro upevnění dovedností (Rabasco et al., 2022).
- Délka pokračování farmakoterapie: po remisi obvykle \geq 6–12 měsíců před zvažováním postupného vysazování (DGPPN S3, 2021; AAFP, 2022).

3.3 Částečná odpověď

- Zintenzivněte KBT: zvýšte frekvenci (např. krátké intenzivní období 2× týdně), přidejte/posilte interoceptivní a *in-vivo* expozice s důrazem na zadávání domácích úkolů; u výrazné agorafobie zvažte VR-expozici jako kominovaný doplněk (Rabasco et al., 2022; Planert et al., 2022; Jung et al., 2024).
- Optimalizujte farmakoterapii: titrujte na terapeutické rozmezí (pokud je tolerance), vyřešte NÚ a edukujte o časné aktivaci; pokud běžela pouze psychoterapie, přidejte SSRI/SNRI (NICE, 2020; Guaiana et al., 2023).
- iKBT / tele-KBT: při omezené dostupnosti prezenční KBT využijte vedeného iKBT, která vykazuje srovnatelnou účinnost napříč formáty (Papola et al., 2023).

3.4 Nedostatečná odpověď

- Switch farmakoterapie:
 - SSRI → jiný SSRI nebo SSRI ↔ SNRI (venlafaxin XR) po 8–12 týdnech adekvátní dávky bez odpovědi (NICE, 2020; Guaiana et al., 2023).
 - Na TCA (imipramin/klomipramin) u vybraných pacientů s tolerancí a EKG monitoringem (DGPPN S3, 2021; Guaiana et al., 2023).
- Doplněte chybějící modalitu: pokud selhala samotná farmakoterapie, přidejte vysoko-intenzivní CBT; pokud selhala samotná CBT, přidejte antidepressivum (NICE, 2020; Papola et al., 2023).
- Benzodiazepiny ne jako dlouhodobé řešení: u PP nejsou doporučeny; při akutní krizi lze výjimečně krátce (max. 3–7 dnů) v rámci bezpečného plánu (WHO mhGAP, 2023).

Komentář:

Kroková péče a měření výsledků jsou standardem u PP; po 8–12 týdnech je vhodné rozhodnout o zvýšení/změně léčby (NICE, 2020; Kampman et al., 2020). DGPPN S3 (2021) zdůrazňuje přiměřenou délku a adekvátní dávku farmakoterapeutického pokusu a u agorafobie dostatečnou intenzitu expozic (Bandelow et al., 2021). Nové syntézy potvrzují účinnost SSRI/SNRI a roli KBT napříč formáty; iKBT/tele-KBT a VR mohou usnadnit pokrok u částečných respondentů (Papola et al., 2023; Jung et al., 2024). BZD dlouhodobě ne, v krizích jen krátce a výjimečně (WHO mhGAP, 2023).



DOPORUČENÉ POSTUPY PSYCHIATRICKÉ PÉČE 2025

Okénko 4 – Druhá linie a kombinace (switch, TCA, kombinace CBT+farmaka, krátkodobé krizové intervence)

Kdy přecházíme do 2. linie: po 8–12 týdnech adekvátní dávky/intenzity a slušné adherence bez dostatečné odpovědi (NICE, 2020; Bandelow et al., 2022). (Viz Okénko 3.) (NICE, 2020; Bandelow et al., 2022).

4.1 Switch farmakoterapie (racionální postup)

Princip: střídat v rámci SSRI nebo přejít na SNRI (venlafaxin XR); u vybraných pacientů zvážit TCA (imipramin/klomipramin) dle tolerance, komorbidit a bezpečnosti. Síťová metaanalýza (Cochrane) potvrzuje účinnost SSRI, venlafaxinu a TCA u PP; volba se řídí profilem NÚ a preferencí (Guaiana et al., 2023). (Guaiana et al., 2023; NICE, 2020; Bandelow et al., 2022).

Praktická tabulka – jak střídat:

Odkud	Kam	Proč a kdy	Poznámky bezpečnosti
SSRI (neodpovídá / netoleruje)	Jiný SSRI	Často rozumný první krok při částečné toleranci/odpovědi (NICE; RANZCP). (NICE, 2020; Andrews et al., 2018).	Krátký wash-out dle t _{1/2} a rizik serotoninového syndromu.
SSRI	SNRI (venlafaxin XR)	Odlišný mechanismus; evidence účinnosti v NMA (Guaiana et al., 2023).	Kontrolujte TK, aktivaci úzkosti při titraci.
SSRI/SNRI	TCA (imipramin/klomipramin)	Účinná „rezervní“ volba; horší tolerance, vyšší zátěž NÚ (Bandelow et al., 2022; Guaiana et al., 2023).	EKG před zahájením a při titraci; pozor na předávkování a interakce.

4.2 Kombinace KBT + farmakoterapie

- Pokud dosud probíhala jen jedna modalita, přidejte chybějící (NICE; DGPPN). Kombinace je racionální u středně těžké/těžké PP, výrazné agorafobie či selhání monoterapie; recentní syntézy a guideline kombinaci doporučují (Rabasco et al., 2022; Bandelow et al., 2022; RANZCP).

DOPORUČENÉ POSTUPY PSYCHIATRICKÉ PÉČE 2025

- iKBT/tele-KBT mají srovnatelnou účinnost s prezenční KBT při dostatečném vedení (*guided*) a jsou vhodné jako kombinační/step-up strategie (Papola et al., 2023).

4.3 Řešení agorafobie: cílené expozice + VR podpora

- Vytvořte hierarchii situací a realizujte in-situ (in-vivo) expozice + interoceptivní expozici; navyšujte frekvenci/intenzitu v „booster“ blocích (Rabasco et al., 2022).
- Virtuální realita (VR) může expozici urychlit a zvýšit dostupnost; rané a novější práce u PP/agorafobie (vč. digitálních/blended formátů) ukazují klinicky významná zlepšení a dobrou proveditelnost (Planert et al., 2022; Jung et al., 2024; Shin et al., 2021). Zvažte, pokud je *in-vivo* logisticky či motivačně obtížná.

4.4 Krátkodobé benzodiazepiny (jen výjimečně)

- NICE: pro PP nedoporučuje BZD; dlouhodobé podávání je spojeno s horšími dlouhodobými výsledky. (NICE, 2020).
- WHO mhGAP (2023): ne pro léčbu PP/GAD; pouze pro akutní krizi 3–7 dní, a to se silným důrazem na plán vysazení. (WHO, 2023).
- RANZCP: pokud užity, tak krátce, pravidelně (ne jen PRN), nikoli dlouhodobě; vyhnout se u osob s anamnézou SUD. (Andrews et al., 2018/RANZCP).
- Bezpečnostní minima: neindikovat při neléčené OSA/COPD či v kombinaci s opioidy, zvýšené riziko respirační deprese; vždy individuální risk–benefit a informovaný souhlas (souhrn WHO 2023 + recentní přehledy). (WHO, 2023; Chai et al., 2024).

Komentář:

Kroková péče u PP podporuje po neúspěchu první linie switch v rámci SSRI / na SNRI, případně TCA u vybraných pacientů (Guaiana et al., 2023; NICE, 2020; DGPPN S3) a kombinaci CBT + farmakoterapie, pokud dosud byla jen jedna modalita (Rabasco et al., 2022; Bandelow et al., 2022). BZD nejsou doporučeny pro dlouhodobou léčbu PP (NICE, 2020), WHO 2023 připouští pouze krátkou krizovou intervenci. U agorafobie je klíčová intenzivní expozice; VR-podpora může zvýšit proveditelnost a adherenci tam, kde *in-vivo* naráží na bariéry (Planert et al., 2022; Jung et al., 2024).

Okénko 5 – Rezistence a komplexní případy

5.1 Definice léčebné rezistence (TR-PP)

- Pracovní definice (pro klinickou praxi i výzkum): TR-PP = nedostatečná odpověď po ≥ 2 adekvátních léčebných pokusech (např. dva různé SSRI/SNRI v terapeutické dávce po ≥ 8 týdnech nebo adekvátní farmakopokus + adekvátní kurikulum CBT) při dobré adherenci a kontrole komorbidit (Domschke et al., 2024). ([PMC](#))

5.2 Krok 1: Re-assessment před eskalací

DOPORUČENÉ POSTUPY PSYCHIATRICKÉ PÉČE 2025

- Revidujte diagnózu a diferenciální dg., vyhodnoťte komorbidity (deprese, SUD, PTSD), adherenci, dávkování/titraci a intenzitu expozic; zopakujte standardizované měření (PDSS/PDSS-SR, funkční dopad). Doporučení souzní se stepped-care přístupem (NICE, 2020; Gray et al., 2024).
- Zvažte i iatrogenní faktory (např. BZD tlumící učení v expozicích) a kontraindikace (QTc, kardiální rizika) před plánovanou změnou léčby. (NICE, 2020; WHO mhGAP, 2023).

5.3 Krok 2: Intenzifikace psychoterapie (preferenční u TR-PP)

- Zesílená KBT zaměřená na paniku: zvýšit frekvenci, důsledně pracovat s interoceptivní i in-vivo expozicí; u výrazné agorafobie zvážit koncentrované formáty (např. Bergen 4-Day Treatment, B4DT) s dobrými krátkodobými až střednědobými výsledky, včetně vedených/tele variant (Hjelle et al., 2023; Eide et al., 2024–25).
- „Zaplavení“/intenzivní KBT a zhuštěné internetové programy mohou usnadnit dosažení expozic v reálných situacích; data podporují proveditelnost a účinnost u PD/AGO (Stech et al., 2020).

5.4 Krok 3: Farmakologické strategie po selhání 1.–2. linie

- Switch v rámci antidepresiv: po adekvátním pokusu zvažte SSRI → jiný SSRI nebo SSRI/SNRI cross-switch; síťová metaanalýza (Cochrane 2023) potvrzuje účinnost několika antidepresiv, volba se řídí tolerancí a profilem NÚ (Guaiana et al., 2023).
- TCA (imipramin/klomipramin): možnost u vybraných pacientů (účinné, ale horší tolerance); nutný EKG a opatrnost vzhledem k anticholinergním/kardiálním NÚ (DGPPN S3, 2021; Guaiana et al., 2023).
- MAOI/moklobemid (off-label v ČR): evidence pro PD existuje, ale pochází převážně ze starších studií; u rezistentních případů lze zvážit ve specializované péči se zřetelem k interakcím a dietním omezením (souhrny novějších guideline/přehledů zmiňují limitovanou roli) (Guaiana et al., 2023; Gray et al., 2024).
- Mirtazapin (off-label pro PD): důkazy u PD jsou omezené (malé/otevřené studie); u části pacientů s nespavostí/úbytkem hmotnosti či intolerancí SSRI/SNRI lze zvážit individuálně, s vědomím slabé evidence (Guaiana, 2024; Hassanein et al., 2023; klinické přehledy 2021–24).
- Co NE: antipsychotika/augmentace nejsou u PD rutinně doporučeny (slabá/nekonzistentní evidence; rizika NÚ) a benzodiazepiny nejsou doporučeny pro léčbu PD (WHO mhGAP 2023; Gray et al., 2024).

5.5 Krizové intervence a bezpečnost

- BZD jen výjimečně a krátce (akutní krize, 3–7 dní max., s pevným plánem vysazení, mimořádná opatrnost u SUD/OSA/respirační zátěže) (WHO mhGAP, 2023).
- Při těžké symptomatologii/kolapsu funkce zvažte denní stacionář nebo krátký hospitalizační program s intenzivní expozicí a case-managementem (NICE, 2020; B4DT data naznačují proveditelnost koncentrace intervence).

5.6 Case-management (multidisciplinárně)

- Krizový plán (co dělat při atace, kdy volat pomoc), práce s vyhýbáním/bezpečnostními chováními, návrat do práce/studia, řešení SUD, spánková hygiena a redukce kofeinu. Standard stepped-care rámec (NICE, 2020; Gray et al., 2024).

DOPORUČENÉ POSTUPY PSYCHIATRICKÉ PÉČE 2025

- Zvážit cílené doplňky: VR-expozice jako facilitátor *in-vivo* u silné agorafobie; genetické/farmakogenetické testování v TR-PD má zatím nejistý přínos – užívat spíše výzkumně/individuálně (Fidry et al., 2024).

Komentář:

Moderní rámec pro rezistentní PP staví na pečlivém re-assessmentu a intenzifikaci expozičních KBT (včetně koncentrovaných a kombinovaných formátů), zatímco farmakologicky postupuje od switchů v rámci antidepresiv k TCA a teprve výběrově zvažuje MAOI/moklobemid či mirtazapin – s vědomím, že evidence po roce 2020 je pro tyto „třetí-linie“ limitovaná (Guaiana 2023; Gray 2024). Antipsychotika pro PD rutinně nedoporučujeme a benzodiazepiny pouze krátce pro akutní krizi (WHO mhGAP 2023). Koncentrované programy (B4DT) a masivní KBT nabízejí účinnou a logisticky proveditelnou cestu, zejména u agorafobie či při selhání standardních frekvencí (Hjelle 2023; Eide 2024–25; Stech 2020).

Okénko 6 – Dlouhodobá léčba a prevence relapsu

Cíl: udržet remisi, snížit riziko relapsu a bezpečně plánovat případné vysazování léčby; upevnit dovednosti (*expoziční, práce s tělesnými signály, redukce bezpečnostních chování*).

6.1 Farmakoterapie – délka kontinuity a vysazování

- Délka pokračovací léčby: po dosažení remise pokračujte v účinné dávce min. 12 měsíců (často 12–18 měsíců), zejména u těžkého průběhu a/nebo recidivující PP. Doporučení je v souladu s evropskou S3 (DGPPN) a klinickými přehledy (Bandelow et al., 2021; Medscape, 2024).
- Plán vysazování: po období stabilní remise snižujte dávku postupně v krocích po týdnech až měsících, s častým sledováním (PDSS/PDSS-SR, funkce). Stupňovitá redukce (NICE QS8) a u citlivých pacientů „hyperbolické“ vysazování (zmenšující se procenta dávky) mohou minimalizovat NÚ z vysazení (NICE QS8, 2023; Horowitz & Taylor, 2019).
- Příznaky z vysazení vs. relaps: nová metaanalýza (Lancet Psychiatry 2024) odhaduje ~15 % výskyt příznaků z vysazení, těžké ~3 %; vyšší riziko je u venlafaxinu/paroxetinu a imipraminu → u těchto molekul pomalejší vysazování a pečlivé rozlišení od relapsu (Henssler et al., 2024).

Praktická „tabulka vysazování“ (orientační):

- Standardní SSRI: po 12–18 měs. remise –10–25 % aktuální dávky každé 2–4 týdny; zpomalit při potížích. (NICE QS8; Medscape 2024).
- Vyšší riziko vysazení (paroxetin/venlafaxin/TCA): menší kroky (5–10 %) a delší intervaly (NICE QS8; Henssler et al., 2024).
- Při výrazných příznacích dočasně vrátit předchozí „dobře snášenou“ dávku a zpomalit vysazování. (RCPsych 2023).

6.2 Psychoterapie – prevence relapsu a „booster“ plán

- KBT relapse-prevence: po akutním kurzu naplánujte 3–6 „booster“ sezení během 6–12 měsíců (krátké expoziční, práce s katastrofickými interpretacemi, redukce bezpečnostních chování).

DOPORUČENÉ POSTUPY PSYCHIATRICKÉ PÉČE 2025

Přehledy a síťová metaanalýza potvrzují trvalý efekt CBT u PP napříč formáty (Rabasco et al., 2022; Papola et al., 2023).

- iKBT/tele-KBT jako udržovací/„blended“ podpora (sledování a domácí úkoly), zejména pokud je prezenční péče limitovaná (Papola et al., 2023).
- VR-expozice: u přetrvávající agorafobie může zvyšovat proveditelnost a adherence k expozicím; použijte jako doplněk stávajícího plánu (Planert et al., 2022; Jung et al., 2024).

6.3 Self-management (pacientská „domácí výbava“)

- Expozice „nízká dávka – vysoká frekvence“: krátké, časté in-vivo a interoceptivní expozice (schodiště/rychlá chůze, CO₂-like dýchání přes brčko, jízda MHD apod.) s monitoringem vyhýbání a zabezpečovacího chování. (Rabasco et al., 2022; NICE CG113).
- Práce s tělesnými signály: normalizace palpitací, závratí a dušnosti (psychoedukace + dovednosti zvládnutí). (NICE CG113).
- Životní styl: pravidelný spánek, omezit alkohol/kofein/stimulancia, pravidelný pohyb; jasný krizový plán (kdy kontaktovat tým). (AAFP, 2022; NICE CG113).
- Digitální podpora: aplikace/DTx mohou pomoci udržet dovednosti a monitorovat spouštěče (Cuyler et al., 2022).

6.4 Benzodiazepiny – prevence závislosti a relapsu

- Dlouhodobě neindikovat: u PP nejsou doporučeny; pro akutní krizi pouze 3–7 dní se striktním plánem vysazení (WHO mhGAP, 2023).
- Rizikové skupiny: anamnéza SUD, OSA/respirační onemocnění – vyhnout se. (WHO mhGAP, 2023).

6.5 Kontroly a měření výstupů v pokračovací fázi

- Intervaly kontrol: zpočátku každé 4–8 týdnů, při vysazování 2–4 týdny; vždy měřte PDSS/PDSS-SR a funkční dopad (WSAS). (NICE CG113; Medscape 2024).
- Červené praporky: rychlé zhoršení, nová vyhýbání, výrazná aktivace při snižování dávky → zpomalení vysazování, krátký návrat na předchozí dávku, re-edukace a zesílení expozic. (NICE QS8; RCPsych, 2023; Henssler et al., 2024).

Komentář

Kontinuace a pomalé vysazování významně snižují riziko relapsu; NICE doporučuje *postupné vysazování* s průběžným hodnocením, DGPPN S3 doporučuje pokračovat v medikaci 6–12 měsíců po dosažení remise a poté individuálně zvažovat další postup. Nová evidence o příznacích z vysazení (Lancet Psychiatrie 2024) pomáhá lépe kalibrovat tempo vysazování – zvláštní opatrnost u venlafaxinu/paroxetinu/TCA. KBT „booster“ a pravidelné expozice jsou jádrem dlouhodobé prevence relapsu; iKBT/VR mohou zlepšit adherenci a dostupnost péče. BZD ponechává WHO pouze pro krátké krizové použití.

DOPORUČENÉ POSTUPY PSYCHIATRICKÉ PÉČE 2025

Okénko 7 – **Specifické skupiny**

7.1 Senioři

- Preferovaná farmakoterapie: SSRI s nízkým interakčním potenciálem (např. sertralin; méně kardiálních NÚ a interakcí s kardiologií), u CHD je sertralin považován za první volbu (SPS, 2025). (*Dávkovat „start low, go slow“.*) (SPS, 2025).
- Vyhnout se dlouhodobým BZD: zvyšují riziko pádů, kognitivního poškození a závislosti; AGS Beers 2023 je uvádí jako PIM u seniorů (American Geriatrics Society, 2023; Gray et al., 2024).
- Hyponatrémie: vyšší riziko hlavně v prvních týdnech a při kombinaci s thiazidy; monitorujte Na⁺ po nasazení/zvýšení dávky (Li et al., 2025; Mo et al., 2024; Matsuura et al., 2025).
- Riziko pádu u psychofarmak: antidepresiva a BZD jsou mezi FRID; minimalizujte polyfarmakoterapii a titrujte pozvolna (Molino et al., 2024).
- QTc/kardiální bezpečnost: u TCA a citalopramu/escitalopramu vyšší riziko QTc → zvažte EKG před léčbou a při titraci/komedikaci; u CHD jsou TCA a escitalopram/citalopram méně preferované (SPS, 2025; Christensen et al., 2024; Moraczewski et al., 2023).
- KBT – úpravy: pomalejší tempo, více somatické edukace, kratší a častější expozice; KBT zůstává u pozdního věku účinná (Chand & Grossberg, 2022; Johnco et al., 2025).

7.2 Těhotenství a kojení

- Preferovaná volba: při potřebě farmakoterapie jsou SSRI první volbou; ACOG 2023 doporučuje sdílené rozhodování a zvažování léčby i přínosů neléčení. Sertralin patří mezi preferované v těhotenství a je lékem volby při kojení (ACOG, 2023; SPS, 2023; LactMed, 2025; UKTIS, 2023).
- Psychoterapie první volby u lehčích stavů: CBT je doporučena jako primární intervence; farmaka při středně těžkém/těžkém průběhu nebo selhání psychoterapie (ACOG, 2023).
- Bezpečnostní poznámky: řízené vysazování před porodem obvykle není doporučeno (riziko relapsu); sledovat PNA (poor neonatal adaptation) u novorozence; při kojení je sertralin/paroxetin preferován, escitalopram je rovněž akceptovatelný (ACOG, 2023; SPS, 2023; LactMed, 2025).
- Co ne: benzodiazepiny v těhotenství a laktaci minimalizovat/krátkodobě jen výjimečně; preferovat psychoterapii a SSRI dle rizik/benefit (ACOG, 2023; WHO mhGAP, 2023).

7.3 SUD (poruchy užívání návykových látek)

- Vyvarovat se BZD: u PP nejsou doporučeny; u SUD riziko závislosti/interakcí, preferujte KBT a farmaka bez abúzního potenciálu (SSRI/SNRI) (WHO mhGAP, 2023; Gray et al., 2024).
- Pokud jsou BZD již užívány: plán řízeného vysazování; nejnovější ASAM 2025 doporučuje začít redukcí 5–10 % každé 2–4 týdny (Brunner et al., 2025; ASAM, 2025).
- Integrovaná péče: propojení s adiktologickou léčbou, psychoedukace o cravingu a relapsovém riziku; vyhnout se kombinaci s opioidy/alkoholem (WHO mhGAP, 2023).

7.4 Kardiometabolická komorbidita (CHD, hypertenze, DM, obezita)

- Volba antidepresiva v CHD: sertralin první volba; vyhnout se TCA (kardiotoxičita, hypotenze) a být opatrný s venlafaxinem/duloxetinem (TK, arytmie) (SPS, 2025).

DOPORUČENÉ POSTUPY PSYCHIATRICKÉ PÉČE 2025

- QTc a věk: citalopram/escitalopram – dávková omezení nad 65 let a kontraindikace s jinými QT-prodloužujícími léčivými; zvážit EKG před nasazením a při komedikaci (SPS, 2025; SPS risk factors, 2023).
- TCA: u pacientů ≥ 50 let či kardiálně rizikových doporučeno EKG před zahájením a při zvyšování dávek (Moraczewski et al., 2023).
- Krevácení při SSRI: u současné antiagregační/antikoagulační léčby zvažte PPI gastroprotektci (SPS, 2025).

Komentář:

V seniorském věku a při CHD preferujte sertralin s opatrnou titrací, sledujte Na^+ (hyponatrémie) a riziko pádů; BZD se u PP dlouhodobě nedoporučují (American Geriatrics Society, 2023; WHO 2023; Gray et al., 2024). V těhotenství/kojení je psychoterapie první volbou u lehčích stavů; při potřebě farmakoterapie je sertralin dobře podložený a preferovaný (ACOG, 2023; SPS, 2023; LactMed, 2025). U SUD vždy plán vysazování BZD (pokud již jsou), integrace adiktologické péče; ASAM 2025 doporučuje pomalý, individualizovaný postup vysazování. U kardiometabolických komorbidit se vyhýbejte TCA a QTc-rizikovým volbám, zvažte EKG a PPI při kombinaci SSRI + antiagregancia/antikoagulancia (SPS, 2025).

Okénko 8 – Somatika a lékové interakce (kardiologie / neurologie)

Cíl: bezpečný výběr a kombinace léčiv u pacientů s kardiovaskulárními a neurologickými komorbiditami; prevence QTc-prodloužení, krvácení a serotoninového syndromu; rozpoznání rizikových kombinací.

8.1 QTc a kardiální bezpečnost

- Citalopram/escitalopram – dávková omezení a QTc: obě léčiva mají na dávce závislé prodloužení QTc; držte se limitů (senioři, jaterní dysf., lékové interakce) a vyvarujte se kombinací s dalšími QTc-prodloužujícími látkami. EKG před nasazením a při komedikaci/riziku (SPS 2025; HPFT 2025; citalopram SmPC 2023). (SPS, 2025; HPFT, 2025; HPRa SmPC, 2023).
- TCA (imipramin/klomipramin): účinná, ale více kardiotoxická (QTc, převody, ortostatická hypotenze) → EKG před zahájením a při titraci, opatrnost u CHD a polymorbidních (StatPearls 2023; NICE/DGPPN). (Moraczewski, 2023; NICE 2020; DGPPN 2021).
- Kdo má mít EKG navíc: CHD, věk >65 let, přívod diuretik (hypoK/Mg), polyfarmakoterapie s QTc-riziky; nefarmakologické faktory (věk, elektrolyty) predikují QT změny silněji než samotná „riziková“ preskripce (Christensen, 2024).

Tip: U CHD je sertralin preferovanou volbou; citalopram/escitalopram a TCA jsou méně preferované (SPS 2025).

8.2 Serotoninový syndrom (SS) – rizikové kombinace

- Silné kontraindikace / varování:

DOPORUČENÉ POSTUPY PSYCHIATRICKÉ PÉČE 2025

- SSRI/SNRI + linezolid (reverzibilní MAOI) → riziko závažných CNS reakcí/SS; pokud je linezolid nutný, postupujte dle bezpečnostní komunikace (FDA 2017) a monitorujte (FDA 2017; kazuistiky). (FDA, 2017; Khoury, 2018).
- SSRI/SNRI + MAOI/MAO-B (rasagilin/selegilin) → riziko SS; řiďte se kontraindikacemi/odstupy v SPC (Azilect – DailyMed 2023; selegilin SmPC 2023). (DailyMed, 2023; HPRA SmPC, 2023).

- Opioidy se serotonergní aktivitou: tramadol, pethidin, dextromethorfan + SSRI/SNRI → vysoké riziko SS; kombinacím se vyhněte, hlavně s MAOI (Medsafe 2022; přehledy 2022–23). (Medsafe, 2022; Naismith, 2023).
 - Triptany + SSRI/SNRI: nízké absolutní riziko SS (velká kohorta), kombinace je v praxi běžná; přesto edukovat o příznacích SS (Orlova, 2018). (Orlova, 2018).
- Upozornění: V mnoha SPC je triptan + SSRI popsán jako nedoporučená kombinace; klinická data však ukazují na velmi nízké riziko SS — rozhodujte individuálně a edukujte (HPRA SmPC 2023; Orlova, 2018).

8.3 Antiagregancia / antikoagulancia a krvácení

- SSRI/SNRI a OAC (warfarin/DOAC): vyšší riziko velkého krvácení, nejsilnější v prvních 30 dnech kombinační léčby; zvažte gastroprotekcii, monitorujte Hb/stolici, vysvětlete pacientovi varovné příznaky (Rahman, 2024; shrnutí Psych News 2024). (Rahman, 2024; D'Arrigo, 2024).
- ASA / DAPT: současná doporučení podporují PPI gastroprotekcii u antitromboticky léčených s rizikem GIT krvácení (věk, vřed v anamnéze, současná SSRI/SNRI/NSAID) (WJG Cardiol 2023; NICE CKS; Notts ICS 2024–25). (Abrignani, 2023; NICE CKS, 2023; Notts ICS, 2025).
- Clopidogrel + silné inhibitory CYP2C19 (fluoxetin, fluvoxamin): možné snížení účinku clopidogrelu (signál v kohortách/metaanalýzách) → preferujte sertralin/citalopram/escitalopram nebo zvažte jiný P2Y12 inhibitor dle kardiologa (Bykov, 2017; přehled 2025). (Bykov, 2017; ECR Rev., 2025).

8.4 Neurologická léčiva – interakce a útlum

- Antiepileptika (ASM): enzymové induktory (karbamazepin, fenytoin, fenobarbital) mohou snižovat hladiny některých antidepresiv; naopak SSRI (fluoxetin/fluvoxamin) mohou zvyšovat hladiny některých ASM (CYP-zprostředkovaně) → sledujte klinický efekt a NÚ; novější ASM mají menší potenciál interakcí (Zaccara, 2023; Tallarico, 2023). (Zaccara, 2023; Tallarico, 2023).
- Práh pro křeče: SSRI mohou snižovat záchvatový práh; opatrně u epilepsie, titrace „low–slow“, volit příznivější SSRI a vyhnout se polyfarmakoterapii se snižováním prahu (citalopram SmPC 2023; SPS 2021). (HPRA SmPC, 2023; SPS, 2021).
- Tramadol + SSRI/SNRI/TCA: nejen SS, ale i synergický útlum a vyšší riziko křečí → preferujte ne-serotonergní analgetika (Medsafe 2022; citalopram SmPC 2023). (Medsafe, 2022; HPRA SmPC, 2023).
- Sedace / útlum CNS: kombinace BZD/antipsychotika/antihistaminika s SSRI obvykle bezpečná, ale může zvyšovat útlum; posuzujte řízení strojů a riziko pádů u seniorů (SmPC; DGPPN). (HPRA SmPC, 2023; DGPPN, 2021).

8.5 „Rychlá pravidla“ pro praxi



DOPORUČENÉ POSTUPY PSYCHIATRICKÉ PÉČE 2025

1. QTc: u citalopramu/escitalopramu držte maximální dávky a EKG při riziku/komedikaci; TCA jen po EKG a spíše mimo CHD. (SPS, 2025; HPFT, 2025; StatPearls 2023).
2. SS rizika: linezolid/MAOI/MAO-B—vyhnout se; tramadol/dextromethorfan—pozor; triptany—riziko malé, ale edukovat. (FDA, 2017; Medsafe, 2022; Orlova, 2018).
3. Krvácení: při SSRI + OAC/ASA/DAPT zvažte PPI a časně kontroly; vyhnout se fluoxetinu/fluvoxaminu s clopidogrelem, pokud možno. (Rahman, 2024; Abrignani, 2023; Bykov, 2017).
4. ASM: hlídejte enzymové indukce/inhibice (karbamazepin, fenytoin, fenobarbital; fluoxetin/fluvoxamin); preferujte režimy s nízkým interakčním potenciálem. (Zaccara, 2023).

Komentář: Tato pravidla odpovídají rámcům NICE a DGPPN (stepped-care s důrazem na bezpečnost, vyhýbání se TCA bez EKG, preference SSRI s nízkým interakčním potenciálem u CHD; důsledná práce s komedikací a somatickými riziky). (NICE, 2020; DGPPN, 2021).

Literatura:

Abrignani MG, Lombardo A, Braschi A, Renda N, Abrignani V. Proton pump inhibitors and gastroprotection in patients treated with antithrombotic drugs: A cardiologic point of view. *World J Cardiol.* 2023 Aug 26;15(8):375-394. doi: 10.4330/wjc.v15.i8.375. PMID: 37771340; PMCID: PMC10523195.

American Society of Addiction Medicine (ASAM). Joint Clinical Practice Guideline on Benzodiazepine Tapering. 2025. ([downloads.asam.org](https://www.asam.org/downloads))

Bandelow B, Brunner E, Broocks A, Beinroth D, Hajak G, Pralle L, Rüter E. The use of the Panic and Agoraphobia Scale in a clinical trial. *Psychiatry Res.* 1998 Jan 16;77(1):43-9. doi: 10.1016/s0165-1781(97)00118-2. PMID: 10710174.

Bandelow B, Werner AM, Kopp I, Rudolf S, Wiltink J, Beutel ME. The German Guidelines for the treatment of anxiety disorders: first revision. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2022 Jun;272(4):571-582. doi: 10.1007/s00406-021-01324-1. Epub 2021 Oct 5. PMID: 34609587; PMCID: PMC8490968.

Brunner E, Chen CA, Klein T, Maust D, Mazer-Amirshahi M, Mecca M, Najera D, Ogbonna C, Rajneesh KF, Roll E, Sanders AE, Snodgrass B, VandenBerg A, Wright T, Boyle M, Devoto A, Framnes-DeBoer S, Kleykamp B, Norrington J, Lindsay D; Clinical Guideline Committee (CGC) Members; ASAM Staff and Contractors. Joint Clinical Practice Guideline on Benzodiazepine Tapering: Considerations When Risks Outweigh Benefits. *J Gen Intern Med.* 2025 Sep;40(12):2814-2859. doi: 10.1007/s11606-025-09499-2. Epub 2025 Jun 17. PMID: 40526204; PMCID: PMC12463801.

By the 2023 American Geriatrics Society Beers Criteria® Update Expert Panel. American Geriatrics Society 2023 updated AGS Beers Criteria® for potentially inappropriate medication use in older adults. *J Am Geriatr Soc.* 2023 Jul;71(7):2052-2081. doi: 10.1111/jgs.18372. Epub 2023 May 4. PMID: 37139824; PMCID: PMC12478568.



DOPORUČENÉ POSTUPY PSYCHIATRICKÉ PÉČE 2025

Bykov K, Schneeweiss S, Glynn RJ, Mittleman MA, Bates DW, Gagne JJ. Updating the Evidence of the Interaction Between Clopidogrel and CYP2C19-Inhibiting Selective Serotonin Reuptake Inhibitors: A Cohort Study and Meta-Analysis. *Drug Saf.* 2017 Oct;40(10):923-932. doi: 10.1007/s40264-017-0556-8. PMID: 28623527.

Chai A, Csoma B, Lazar Z, Bentley A, Bikov A. The Effect of Opioids and Benzodiazepines on Exacerbation Rate and Overall Survival in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease on Long-Term Non-Invasive Ventilation. *J Clin Med.* 2024 Sep 22;13(18):5624. doi: 10.3390/jcm13185624. PMID: 39337111; PMCID: PMC11433445.

Chand SP, Grossberg GT. Adapting cognitive behavioral therapy for older adults with anxiety and depression. In: *Evidence-Based Treatment for Anxiety Disorders and Depression*. Cambridge Univ Press; 2022. ([Cambridge University Press & Assessment](#))

Christensen JFMM, Jürgens-Lahnstein JH, Iljazi A, Andersen SE, Dahl M, Jürgens G. Assessing the Risk of QT Prolongation in a Psychiatric Inpatient Cohort: A Retrospective Cross-Sectional Study. *Pharmaceuticals (Basel)*. 2024 Oct 16;17(10):1373. doi: 10.3390/ph17101373. PMID: 39459013; PMCID: PMC11510743.

Cuyler RN, Katdare R, Thomas S, Telch MJ. Real-world outcomes of an innovative digital therapeutic for treatment of panic disorder and PTSD: A 1,500 patient effectiveness study. *Front Digit Health.* 2022 Nov 17;4:976001. doi: 10.3389/fdgth.2022.976001. PMID: 36465089; PMCID: PMC9712796.

D'Arrigo T. Combining SSRIs With Oral Anticoagulants May Increase Bleeding. *Psychiatric News*. 2024. ([psychiatryonline.org](#))

DailyMed. Azilect (rasagiline) – US label. Accessed 2023. ([DailyMed](#))

de Godoi Rezende Costa Molino C, Forster CK, Wiecek M, Orav EJ, Kressig RW, Vellas B, Egli A, Freystaetter G, Bischoff-Ferrari HA; DO-HEALTH Research Group. Association of fall risk-increasing drugs with falls in generally healthy older adults: a 3-year prospective observational study of the DO-HEALTH trial. *BMC Geriatr.* 2024 Nov 29;24(1):980. doi: 10.1186/s12877-024-05557-2. PMID: 39614147; PMCID: PMC11606022.

DeGeorge KC, Grover M, Streeter GS. Generalized Anxiety Disorder and Panic Disorder in Adults. *Am Fam Physician.* 2022 Aug;106(2):157-164. PMID: 35977134.

Domschke K, Seuling PD, Schiele MA, Bandelow B, Batelaan NM, Bokma WA, Branchi I, Broich K, Burkauskas J, Davies SJC, Dell'Osso B, Fagan H, Fineberg NA, Furukawa TA, Hofmann SG, Hood S, Huneke NTM, Latas M, Lidbetter N, Masdrakis V, McAllister-Williams RH, Nardi AE, Pallanti S, Penninx BWJH, Perna G, Pilling S, Pini S, Reif A, Seedat S, Simons G, Srivastava S, Steibliene V, Stein DJ, Stein MB, van Ameringen M, van Balkom AJLM, van der Wee N, Zwanzger P, Baldwin DS. The definition of treatment resistance in anxiety disorders: a Delphi method-based consensus guideline. *World*



DOPORUČENÉ POSTUPY PSYCHIATRICKÉ PÉČE 2025

Psychiatry. 2024 Feb;23(1):113-123. doi: 10.1002/wps.21177. PMID: 38214637; PMCID: PMC10785995.

Du Y, Du B, Diao Y, Yin Z, Li J, Shu Y, Zhang Z, Chen L. Comparative efficacy and acceptability of antidepressants and benzodiazepines for the treatment of panic disorder: A systematic review and network meta-analysis. *Asian J Psychiatr*. 2021 Jun;60:102664. doi: 10.1016/j.ajp.2021.102664. Epub 2021 May 3. PMID: 33965693.

Eide TO, Hjelle KM, Sætre IU, Solem S, Olsen T, Sköld RO, Kvale G, Hansen B, Hagen K. The Bergen 4-day treatment for panic disorder: implementation in a rural clinical setting. *BMC Psychiatry*. 2023 May 1;23(1):305. doi: 10.1186/s12888-023-04812-x. PMID: 37127598; PMCID: PMC10152771.

Eide TO, Olsen T, Hansen H, Hansen B, Solem S, Hagen K. The Bergen 4-Day Treatment for panic disorder patients in a rural clinical setting: a long-term follow-up study. *BMC Psychiatry*. 2025 Jan 2;25(1):3. doi: 10.1186/s12888-024-06445-0. PMID: 39748386; PMCID: PMC11697728.

FDA. Drug Safety Communication: Linezolid and serotonergic psychiatric medications. 2017. ([U.S. Food and Drug Administration](#))

Fidry M, Zugliani MM, do Cabo MC, Martins RM, Gomez MA, Faria CGF, Nardi AE, Freire RC. Pharmacogenetic Testing in Treatment-resistant Panic Disorder: a Preliminary Analysis. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*. 2024 Dec 3;20:e17450179337258. doi: 10.2174/0117450179337258241031035148. PMID: 39839219; PMCID: PMC11748058.

First MB, Williams JBW, Karg RS, Spitzer RL. Structured Clinical Interview for DSM-5 Disorders (SCID-5). Arlington, VA: American Psychiatric Association Publishing; 2015–2016. ([apsychoserver.psychofizz.psych.arizona.edu](#))

Furukawa TA, Katherine Shear M, Barlow DH, Gorman JM, Woods SW, Money R, Etschel E, Engel RR, Leucht S. Evidence-based guidelines for interpretation of the Panic Disorder Severity Scale. *Depress Anxiety*. 2009;26(10):922-9. doi: 10.1002/da.20532. PMID: 19006198; PMCID: PMC2760657.

Gray B, Asrat B, Brohan E, Chowdhury N, Dua T, van Ommeren M. Management of generalized anxiety disorder and panic disorder in general health care settings: new WHO recommendations. *World Psychiatry*. 2024 Feb;23(1):160-161. doi: 10.1002/wps.21172. PMID: 38214633; PMCID: PMC10785994.

Guaiana G, Meader N, Barbui C, Davies SJ, Furukawa TA, Imai H, Dias S, Caldwell DM, Koesters M, Tajika A, Bighelli I, Pompoli A, Cipriani A, Dawson S, Robertson L. Pharmacological treatments in panic disorder in adults: a network meta-analysis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2023 Nov 28;11(11):CD012729. doi: 10.1002/14651858.CD012729.pub3. PMID: 38014714; PMCID: PMC10683020.

Hassanein EHM, Althagafy HS, Baraka MA, Abd-Alhameed EK, Ibrahim IM. Pharmacological update of mirtazapine: a narrative literature review. *Naunyn Schmiedebergs Arch Pharmacol*. 2024



DOPORUČENÉ POSTUPY PSYCHIATRICKÉ PÉČE 2025

May;397(5):2603-2619. doi: 10.1007/s00210-023-02818-6. Epub 2023 Nov 9. PMID: 37943296; PMCID: PMC11074035.

Henssler J, Schmidt Y, Schmidt U, Schwarzer G, Bschor T, Baethge C. Incidence of antidepressant discontinuation symptoms: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry*. 2024 Jul;11(7):526-535. doi: 10.1016/S2215-0366(24)00133-0. Epub 2024 Jun 5. Erratum in: *Lancet Psychiatry*. 2024 Sep;11(9):e11. doi: 10.1016/S2215-0366(24)00253-0. PMID: 38851198.

Hertfordshire Partnership NHS (HPFT). Guideline for Prescribing Tricyclic Antidepressants. 2017. (hpft.nhs.uk)

Hertfordshire Partnership NHS FT. Guidelines on choice and selection of antidepressants (v2.0). 2 Feb 2025. (hpft.nhs.uk)

Horowitz MA, Taylor D. Tapering of SSRI treatment to mitigate withdrawal symptoms. *Lancet Psychiatry*. 2019 Jun;6(6):538-546. doi: 10.1016/S2215-0366(19)30032-X. Epub 2019 Mar 5. PMID: 30850328.

Houck PR, Spiegel DA, Shear MK, Rucci P. Reliability of the self-report version of the panic disorder severity scale. *Depress Anxiety*. 2002;15(4):183-5. doi: 10.1002/da.10049. PMID: 12112724.

Johnco CJ, Dickson SJ, Seaton A. A Systematic Review and Meta-analysis of Diagnostic Remission, Treatment Response, Attrition and Relapse Following Cognitive Behavior Therapy (CBT), Other Psychological Therapies and Pharmacological Treatments for Anxiety Disorders in Older Adults. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2025 Jun 10:S1064-7481(25)00356-2. doi: 10.1016/j.jagp.2025.05.010. Epub ahead of print. PMID: 40581526.

Jung HW, Jang KW, Nam S, Ahn ME, Lee SK, Kim YJ, Shin JK, Park JH, Roh D. Personalized virtual reality exposure for panic disorder and agoraphobia: A preliminary neurophysiological study. *Compr Psychiatry*. 2024 Feb;129:152447. doi: 10.1016/j.comppsy.2023.152447. Epub 2023 Dec 18. Erratum in: *Compr Psychiatry*. 2025 Feb;137:152537. doi: 10.1016/j.comppsy.2024.152537. PMID: 38134553.

Kampman M, van Balkom AJLM, Broekman T, Verbraak M, Hendriks GJ. Stepped-care versus treatment as usual in panic disorder: A randomized controlled trial. *PLoS One*. 2020 Aug 13;15(8):e0237061. doi: 10.1371/journal.pone.0237061. PMID: 32790718; PMCID: PMC7425947.

Khoury A, Runnstrom M, Ebied A, Penny ES. Linezolid-associated serotonin toxicity after escitalopram discontinuation: concomitant drug considerations. *BMJ Case Rep*. 2018 Oct 30;2018:bcr2018226597. doi: 10.1136/bcr-2018-226597. PMID: 30381307; PMCID: PMC6214389.

Lenders JW, Duh QY, Eisenhofer G, Gimenez-Roqueplo AP, Grebe SK, Murad MH, Naruse M, Pacak K, Young WF Jr; Endocrine Society. Pheochromocytoma and paraganglioma: an endocrine society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab*. 2014 Jun;99(6):1915-42. doi: 10.1210/jc.2014-



DOPORUČENÉ POSTUPY PSYCHIATRICKÉ PÉČE 2025

1498. Erratum in: J Clin Endocrinol Metab. 2023 Apr 13;108(5):e200. doi: 10.1210/clinem/dgad064. PMID: 24893135.

Li Y, Du X, Wu H. The risk of hyponatremia induced by SSRIs and SNRIs antidepressants: a systematic review and meta-analysis. BMC Pharmacol Toxicol. 2025 Aug 5;26(1):144. doi: 10.1186/s40360-025-00977-1. PMID: 40764948; PMCID: PMC12323117.

Matsuura T, Tawfik AG, Ben-Umeh KC, Hansten PD, Malone DC. Evaluation of hyponatremia among older adults exposed to selective serotonin reuptake inhibitors and thiazide diuretics. Pharmacotherapy. 2025 Mar;45(3):169-176. doi: 10.1002/phar.70004. Epub 2025 Mar 4. PMID: 40035448; PMCID: PMC11905335.

McKetin R, Leung J, Stockings E, Huo Y, Foulds J, Lappin JM, Cumming C, Arunogiri S, Young JT, Sara G, Farrell M, Degenhardt L. Mental health outcomes associated with the use of amphetamines: A systematic review and meta-analysis. EClinicalMedicine. 2019 Oct 17;16:81-97. doi: 10.1016/j.eclinm.2019.09.014. PMID: 31832623; PMCID: PMC6890973.

Medsafe. Opioids and serotonergic medicines: some combinations may increase risk of serotonin syndrome. 2022. ([Medsafe](#))

Medscape. Panic Disorder Guidelines & Differential Diagnosis. Updated 2024. ([Medscape](#))

Mo H, Channa Y, Ferrara TM, Waxse BJ, Schlueter DJ, Tran TC, Awan AH, Goleva SB, Williams A, Babbar A, Stubblefield O, Keaton JM, Larson EA, Wilke RA, Denny JC. Hyponatremia Associated with the Use of Common Antidepressants in the All of Us Research Program. Clin Pharmacol Ther. 2025 Feb;117(2):534-543. doi: 10.1002/cpt.3484. Epub 2024 Nov 14. PMID: 39540435; PMCID: PMC11739749.

Moraczewski J, et al. Tricyclic Antidepressants. *StatPearls* [Internet]. 2023 update. ([NCBI](#))

Mundt JC, Marks IM, Shear MK, Greist JH. The Work and Social Adjustment Scale: a simple measure of impairment in functioning. Br J Psychiatry. 2002 May;180:461-4. doi: 10.1192/bjp.180.5.461. PMID: 11983645.

Naismith RT, Cohen JA, Bar-Or A, Comi G, Selmaj KW, Hartung HP, Sheffield JK, Krakovich A, Tatosian D, Cheng CY, Reardon J, Khaychuk V, Riolo JV, Silva D, Cree BA. Concurrent administration of serotonergic antidepressants and ozanimod in participants with relapsing multiple sclerosis from the open-label extension DAYBREAK trial. Mult Scler. 2024 Feb;30(2):177-183. doi: 10.1177/13524585231216854. Epub 2023 Dec 21. PMID: 38130041; PMCID: PMC10851643.

National Institute for Health and Care Excellence (NICE). CG113: Generalised anxiety disorder and panic disorder in adults. 2011; surveillance update 2020. ([nice.org.uk](#))

National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Quality statement 4: Stopping antidepressants. Quality standard QS8; updated Jun 29, 2023. ([NICE](#))



DOPORUČENÉ POSTUPY PSYCHIATRICKÉ PÉČE 2025

Nottinghamshire APC. Gastroprotection (with PPI) for patients on NSAID or antiplatelet. 2025.
(nottsapc.nhs.uk)

Orlova Y, Rizzoli P, Loder E. Association of Coprescription of Triptan Antimigraine Drugs and Selective Serotonin Reuptake Inhibitor or Selective Norepinephrine Reuptake Inhibitor Antidepressants With Serotonin Syndrome. *JAMA Neurol.* 2018 May 1;75(5):566-572. doi: 10.1001/jamaneurol.2017.5144. PMID: 29482205; PMCID: PMC5885255.

Papola D, Ostuzzi G, Tedeschi F, Gastaldon C, Purgato M, Del Giovane C, Pompoli A, Pauley D, Karyotaki E, Sijbrandij M, Furukawa TA, Cuijpers P, Barbui C. CBT treatment delivery formats for panic disorder: a systematic review and network meta-analysis of randomised controlled trials. *Psychol Med.* 2023 Feb;53(3):614-624. doi: 10.1017/S0033291722003683. Epub 2022 Dec 9. PMID: 37132646; PMCID: PMC9975966.

Planert J, Machulska A, Hildebrand AS, Roesmann K, Otto E, Klucken T. Self-guided digital treatment with virtual reality for panic disorder and agoraphobia: a study protocol for a randomized controlled trial. *Trials.* 2022 May 21;23(1):426. doi: 10.1186/s13063-022-06366-x. PMID: 35597959; PMCID: PMC9123669.

Rabasco A, McKay D, Smits JA, Powers MB, Meuret AE, McGrath PB. Psychosocial treatment for panic disorder: An umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *J Anxiety Disord.* 2022 Mar;86:102528. doi: 10.1016/j.janxdis.2022.102528. Epub 2022 Jan 12. PMID: 35063924.

Rahman AA, Platt RW, Beradid S, Boivin JF, Rej S, Renoux C. Concomitant Use of Selective Serotonin Reuptake Inhibitors With Oral Anticoagulants and Risk of Major Bleeding. *JAMA Netw Open.* 2024 Mar 4;7(3):e243208. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2024.3208. PMID: 38517440; PMCID: PMC10960200.

Raj SR. Postural tachycardia syndrome (POTS). *Circulation.* 2013 Jun 11;127(23):2336-42. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.112.144501. PMID: 23753844; PMCID: PMC3756553.

Raju NN, Naga Pavan Kumar KSVR, Nihal G. Clinical Practice Guidelines for Assessment and Management of Anxiety and Panic Disorders in Emergency Setting. *Indian J Psychiatry.* 2023 Feb;65(2):181-185. doi: 10.4103/indianjpsychiatry.indianjpsychiatry_489_22. Epub 2023 Jan 30. PMID: 37063628; PMCID: PMC10096212.

Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists (RANZCP). Clinical practice guidelines for anxiety disorders (PD/SAD/GAD). *Aust N Z J Psychiatry.* 2018. PDF for reference (accessed 2024).
([RANZCP](http://www.ranzcp.org))

Schmid Y, Scholz I, Mueller L, Exadaktylos AK, Ceschi A, Liechti ME, Liakoni E. Emergency department presentations related to acute toxicity following recreational use of cannabis products in Switzerland. *Drug Alcohol Depend.* 2020 Jan 1;206:107726. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2019.107726. Epub 2019 Nov 7. PMID: 31735534.



DOPORUČENÉ POSTUPY PSYCHIATRICKÉ PÉČE 2025

Shear MK, Brown TA, Barlow DH, Money R, Sholomskas DE, Woods SW, Gorman JM, Papp LA. Multicenter collaborative panic disorder severity scale. *Am J Psychiatry*. 1997 Nov;154(11):1571-5. doi: 10.1176/ajp.154.11.1571. PMID: 9356566.

Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, Hergueta T, Baker R, Dunbar GC. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry*. 1998;59 Suppl 20:22-33;quiz 34-57. PMID: 9881538.

Shin B, Oh J, Kim BH, Kim HE, Kim H, Kim S, Kim JJ. Effectiveness of Self-Guided Virtual Reality-Based Cognitive Behavioral Therapy for Panic Disorder: Randomized Controlled Trial. *JMIR Ment Health*. 2021 Nov 22;8(11):e30590. doi: 10.2196/30590. PMID: 34813486; PMCID: PMC8663599.

Specialist Pharmacy Service (SPS). Choosing an antidepressant for people with coronary heart disease. 29 Apr 2025. ([SPS - Specialist Pharmacy Service](#))

Specialist Pharmacy Service (SPS). Identifying risk factors for developing a long QT interval. NHS; 2023. ([SPS - Specialist Pharmacy Service](#))

Specialist Pharmacy Service (SPS). Using SSRI antidepressants during breastfeeding. NHS; 2023. ([SPS - Specialist Pharmacy Service](#))

Stech EP, et al. Intensive one-week internet-delivered CBT for anxiety disorders: feasibility and outcomes (includes PD). *Internet Interventions*. 2020;20:100307. ([ScienceDirect](#))

Tallarico M, Pisano M, Leo A, Russo E, Citraro R, De Sarro G. Antidepressant Drugs for Seizures and Epilepsy: Where do we Stand? *Curr Neuropharmacol*. 2023;21(8):1691-1713. doi: 10.2174/1570159X20666220627160048. PMID: 35761500; PMCID: PMC10514547.

Treatment and Management of Mental Health Conditions During Pregnancy and Postpartum: ACOG Clinical Practice Guideline No. 5. *Obstet Gynecol*. 2023 Jun 1;141(6):1262-1288. doi: 10.1097/AOG.0000000000005202. PMID: 37486661.

Varma A, et al. The ABCs of Cardiac Screening and Electrocardiography for Psychiatrists. *Psychiatric Times*. 2021. ([Psychiatric Times](#))

Warner CH, Bobo W, Warner C, Reid S, Rachal J. Antidepressant discontinuation syndrome. *Am Fam Physician*. 2006 Aug 1;74(3):449-56. PMID: 16913164.

WHO mhGAP Evidence Centre. *Benzodiazepines in treatment of adults with GAD and/or Panic Disorder*. 2023. ([who.int](#))

World Health Organization. mhGAP guideline, 3rd ed.: Anxiety module (benzodiazepines in adults with GAD/PD). Geneva: WHO; 2023. ([Světová zdravotnická organizace](#))



PSYCHIATRICKÁ SPOLEČNOST
České lékařské společnosti J. E. Purkyně

PSYCHIATRIC ASSOCIATION
of the Czech Medical Association J. E. Purkyně



DOPORUČENÉ POSTUPY PSYCHIATRICKÉ PÉČE 2025

Zaccara G, Franco V. Pharmacokinetic Interactions Between Antiseizure and Psychiatric Medications. *Curr Neuropharmacol.* 2023;21(8):1666-1690. doi: 10.2174/1570159X20666220524121645. PMID: 35611779; PMCID: PMC10514545.