

ODDÁLENÍ LÉČBY U PACIENTŮ S PANICKOU PORUCHOU

původní práce

Katarína Adamcová
Ján Praško
Michal Raszka

Psychiatrické centrum Praha

Korespondenční adresa:

MUDr. Katarína Adamcová
Psychiatrické centrum Praha
Ústavní 91
181 03 Praha 8-Bohnice
e-mail: adamcova@pcp.lf3.cuni.cz

SOUHRN

Adamcová K, Praško J, Raszka M. Oddálení léčby u pacientů s panickou poruchou

Pacienti trpící panickou poruchou a agorafobií s panickou poruchou jsou často léčeni až po dlouhém časovém odstupu od vzniku prvních příznaků. Na oddálení začátku léčby se pravděpodobně podílí více faktorů: obava z nálepkování psychiatrickou diagnózou, přisuzování tělesných příznaků somatické nemoci nebo snaha vyléčit se vlastními silami a vůlí. Zdá se, že toto oddálení může mít vliv na úspěšnost léčby. Oddalování přiměřené terapie je spojeno s chronifikací potíží.

Cílem této práce bylo zjistit, zda dochází k opoždění léčby u pacientů léčených pro panickou poruchu a agorafobii v Psychiatrickém centru Praha a zda toto opoždění může souviset s efektivitou léčby. Dalším úkolem bylo zjistit, v jaké míře se pacienti obávají značkování psychiatrickou nálepkou, a pokud ano, zda tato obava má vliv na vyhledání adekvátní léčby.

Jedná se o retrospektivní studii u pacientů s diagnózou F41.0 Panická porucha a F40.01 Agorafobie s panickou poruchou. Sledovali jsme jak souvislost mezi demografickými údaji a oddálením léčby, tak efektivitu léčby měřenou hodnotami v Beckových stupnicích úzkosti a deprese. Pomocí dotazníku rozeslaného mezi pacienty byly získány údaje o jejich subjektivním pohledu na značkování a o obavách z odsouzení okolím.

Data ukazují, že pacienti trpící panickou poruchou odloží léčbu v průměru o 2,66 roku od objevení se prvních příznaků poruchy. Z toho 90 % pacientů,

SUMMARY

Adamcová K, Praško J, Raszka M. Treatment delay in patients with panic disorder

Patients suffering from panic disorder and agoraphobia with panic disorder are often being treated only after a long period of time since the onset of the first symptoms. There are a few factors that probably contribute to this treatment delay: fear of being labelled with a psychiatric diagnosis, attributing the physical symptoms to a somatic disease, or an attempt to treat themselves with their own force of will. It appears that this delay could have an impact on the treatment success. Delay of adequate treatment is connected to chronification of the problems.

The goal of this study was to determine whether there is a treatment delay present in the patients treated for panic disorder and agoraphobia at the Psychiatric Centre Prague and whether this delay could be connected to the treatment effectivity. Another goal was to find out whether the patients were afraid of being labelled by a psychiatric diagnosis, and if so, whether this fear has any influence on seeking adequate treatment.

This is a retrospective study of patients with diagnosis F41.0 Panic disorder and F40.01 Agoraphobia with panic disorder. We observed the correlation between demographic data and treatment delay, as well as treatment effectivity measured in Beck's scale of anxiety and depression. Using patient questionnaires we acquired data about their subjective view on stigmatization and fear of social isolation.

Data show that patients with panic disorder delay treatment approximately

kteří odpověděli na dotazník, uvádí, že má strach ze stigmatizace psychickou poruchou. Skutečné značkování v dotazníku popisuje až jedna třetina všech dotázaných pacientů.

Klíčová slova: panická porucha, agorafobie, oddálení léčby, stigmatizace.

2,66 yrs from the appearance of first symptoms. 90% of the patients who filled in the questionnaire state they have fear of stigmatization by mental illness. 1/3 of the patients describe real stigmatization.

Key words: panic disorder, agoraphobia, treatment delay, stigmatisation.

ÚVOD

Cílem práce bylo zjistit, zda se (případně o kolik) opožďuje adekvátní léčba u pacientů trpících panickou poruchou a agorafobií. V klinické praxi se u těchto pacientů často setkáváme s tím, že před vyhledáním pomoci u psychiatra a před započítím adekvátní terapie uplynula od prvních příznaků značná doba. Za adekvátní terapii jsme při vyhodnocování považovali léčbu serotonergními antidepresivy a/nebo psychoterapií.

Na oddálení léčby se pravděpodobně podílí více aspektů:

Jedním z nich bývá obava z psychiatrické diagnózy a odsouzení ze strany okolí, obava ze *stigmatizace*. Naši pacienti se se značkováním setkávají ve svém nejbližším okolí, kdy se rodinní příslušníci snaží rodinu ochránit před „hanbou“, omezují sociální kontakty pacientů a izolují je. Jindy mají tendence nemocné příbuzné nadměrně opečovávat a ochraňovat, což se může spolupodílet na udržování úzkostné poruchy.¹⁸ Kromě rodinných příslušníků mají tendenci značkovat pacienty i někteří somatičtí lékaři a zdravotnický personál. Při vyšetřeních na pohotovostech nebo jednotkách intenzivní péče mají zdravotníci tendenci příznaky panické poruchy zlehčovat, nebo dokonce zesměšňovat. Přitom ošetření pacientových psychologických potřeb, mezi které patří redukce úzkosti, je jedním ze základních profesionálních úkolů zdravotníka.⁴ Pacienti se brání nálepku psychiatrického pacienta přijmout, upínají se k somatickým steskům a hledají pomoc u dalších somatických lékařů.^{20,18} Přitom jen asi každý třetí pacient primární péče, který vykazuje příznaky panické poruchy, dostává adekvátní farmakoterapii nebo psychoterapii.²¹

Podle zahraničních studií 28 % pacientů trpících panickou poruchou vyhledá neurologa, 8 % kardiologa a až 20 % navštíví pohotovost.¹⁹ Až 29,6 % ambulantních pacientů, vyšetřených pro bolesti na hrudi, vykazuje příznaky panické poruchy.⁵

Časté jsou i příznaky týkající se respiračního systému. Proto až 44 % pacientů s panickou poruchou navštíví plícní a ORL specialisty.¹³

Pacienti s panickou poruchou se často dostávají do finančních potíží, až 60 % z nich je nezaměstnaných, zvyšuje se u nich riziko sebevraždy, častěji selhávají v sociálních rolích.¹⁶

Navíc panická porucha, ale i další úzkostné poruchy zvyšují postižení pacientů; pokud už trpí nějakou somatickou nemocí, jsou spojeny s vyšší mortalitou, zejména u kardiovaskulárních chorob.¹⁷

Z nových metod terapie se v poslední době zkouší kognitivně-behaviorální terapie pomocí internetu, kdy ve výsledcích některých studií dochází k vymizení příznaků panické poruchy až u 77 % pacientů.⁶ Jeví se to jako možná cesta právě pro ty pacienty s panickou poruchou, kteří mají obavu z vyhledání psychiatra.

Většina populace považuje léčbu psychofarmaky za stigmatizující, zatímco psychoterapie tolik značkována není.¹

Kromě značkování druhými dochází často k sebeznačkování. Pacient má strach, že se zblázní, izoluje se od ostatních a má tendence své příznaky automaticky hodnotit jako tělesné. Somatické příznaky bývají obecně lépe přijímané než skutečnost psychické poruchy. První ataka panické poruchy je doprovázena výraznými tělesnými příznaky a strachem ze smrti, což je většinou utvrzuje v přesvědčení o somatickém podkladu potíží. Pacienti pak neustále putují mezi somatickými odborníky („doctor-shopping“). Pokud toto přesvědčení přetrvává i po vyloučení organické příčiny, může nevyhledání psychiatra a oddálení adekvátní léčby vést k udržování poruchy a rozvoji vyhýbavého a zabezpečovacího chování.

V naší práci jsme se proto rozhodli sledovat, nakolik obava ze stigmatizace nebo samotného značkování ovlivnila léčbu a další průběh poruchy. Stigmatizace psychicky nemocných může vést k oddálení nasazení adekvátní léčby, oslabuje compliance a zvyšuje riziko chronifikace potíží.¹⁰

Předkládaná práce je retrospektivní studií, jejímž cílem bylo ověřit následující hypotézy:

- 1) Vyšší úroveň vzdělání bude souviset s časnějším vyhledáním psychiatrické pomoci a zahájením adekvátní léčby.
- 2) Doba trvání potíží a doba oddálení adekvátní léčby přímo souvisí s mírou psychopatologie při začátku léčby.
- 3) Doba trvání potíží a doba oddálení adekvátní léčby nepřímou úměrně souvisí s efektivitou léčby.

METODIKA

Populace

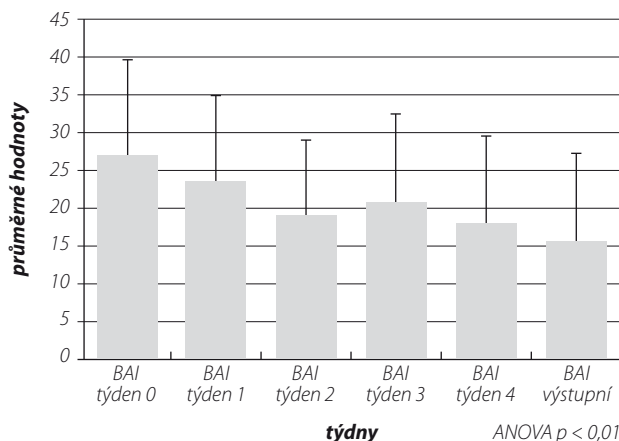
Jedná se o retrospektivní výzkumnou práci vycházející ze záznamů a údajů 86 pacientů s diagnózami F41.0 Panická porucha a F40.01 Agorafobie s panickou poruchou, kteří byli hospitalizováni nebo ambulantně léčeni v Psychiatrickém centru Praha v době od srpna 2004 do srpna 2007. Ze studie byli vyloučeni pacienti, kteří měli jiné komorbidní psychiatrické poruchy na ose I mimo úzkostné poruchy, dále organickou psychickou poruchu, abusus alkoholu, těžká somatická onemocnění. Z dokumentace byly vybírány demografické údaje (věk pacientů, pohlaví, dokončené vzdělání), délka trvání potíží, doba, za jakou pacienti vyhledali pomoc psychiatra, a doba, za jakou byla zahájena adekvátní léčba. Za adekvátní jsme považovali léčbu serotonergními antidepresivy a/nebo léčbu pomocí psychoterapie.

Hodnocení psychopatologie a stigmatizace

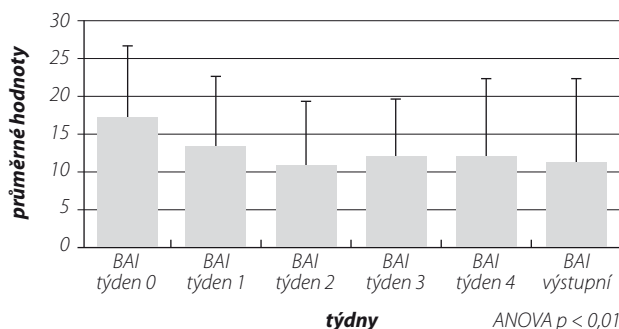
Sledovali jsme míru psychopatologie na začátku léčby, její změny během pobytu a míru psychopatologie při ukončení léčby. Tyto informace jsme získávali z hodnotících škál „Beckova stupnice pro hodnocení úzkosti“ (BAI, Beck Anxiety Inventory; graf 1)² a „Beckova stupnice pro hodnocení deprese“ (BDI-II, Beck Depression Inventory-II; graf 2).³

Toto sledování bylo možné provést z dokumentace hospitalizovaných pacientů, kteří tyto škály vyplňovali během léčby jedenkrát týdně. Jednalo se celkem o 43 pacientů ze souboru 86 pacientů zařazených do výzkumného sledování.

Dále jsme pacientům léčeným pro panickou poruchu a agorafobii rozeslali dotazník zkoumající obavy ze stigmatizace (obr. 1). Otázky se týkaly toho, zda se pacienti někdy setkali se značkováním a znehodnocováním kvůli



Graf 1: Beckova stupnice pro hodnocení úzkosti



Graf 2: Beckova stupnice pro hodnocení deprese

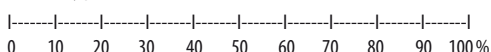
DOTAZNÍK

JMÉNO:

ROK NAROZENÍ:

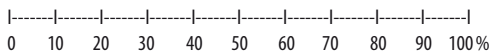
1. V kolika letech se u Vás poprvé objevily příznaky panické poruchy?
Před kolika lety to bylo?
2. Za jak dlouhou dobu od objevení se potíží jste zjistil/a, že se jedná o psychické problémy?
3. Za jak dlouhou dobu od objevení se potíží jste vyhledal/a pomoc psychiatra/psychologa?
4. Měl/a jste někdy v minulosti obavy z negativních reakcí druhých kvůli tomu, že se léčíte na psychiatrii?

Míru obavy prosím naznačte na škále 0–100%:

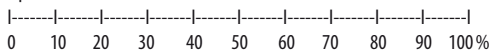


Pokud ano, tyto obavy se objevily:

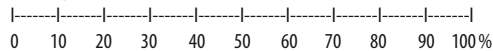
v rodinném kruhu



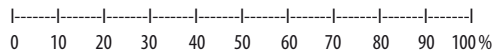
v práci



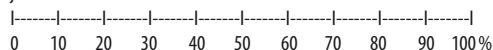
v kruhu přátel



ve zdravotnickém zařízení



jinde – kde?



5. Setkal/a jste se někdy se znehodnocováním kvůli tomu, že se léčíte na psychiatrii?

Pokud ano, toto znehodnocování se dělo:

v rodinném kruhu

v práci

v kruhu přátel

ve zdravotnickém zařízení

jinde – kde?

6. Bránily Vám obavy ze znehodnocování nebo ze značkování v tom, abyste vyhledal/a pomoc psychiatra?

7. Pokud ano, jak dlouho jste odkládal/a pomoc odborníka?

Obr. 1: Dotazník obav ze stigmatizace

tomu, že mají psychiatrickou diagnózu. Dotazník byl vyplněn a zaslán zpět 30 pacienty.

Statistika

Pro analýzu dat byla použita lineární regrese v programu Prism 3, T-testy a program ANOVA. Sledovali jsme jak vývoj psychopatologie, tak vztahy mezi demografickými údaji a jednotlivými parametry hodnotícími oddálení léčby. Také nás zajímal vztah mezi přítomností agorafobie a mírou psychopatologie. Cílem bylo také vyhodnotit vztah mezi oddálením adekvátní léčby a efektivitou léčby u panické poruchy a agorafobie.

VÝSLEDKY

Tab. 1. Popisná statistika – demografické a klinické údaje

Počet subjektů (ženy : muži)	62 : 24
Věk (roky)	35,42 ± 10,8
Vzdělání (základní : SŠ : VŠ)	6 : 63 : 17
Délka trvání potíží (roky)	4,51 ± 4,1
Doba do 1. návštěvy psychiatra (roky)	2,45 ± 3,2
Doba do zahájení adekvátní léčby (roky)	2,63 ± 3,2

Při hodnocení vztahů demografických ukazatelů nebyl nalezen žádný signifikantní vztah mezi věkem pacientů, oddálením léčby ani vyhledáním včasné adekvátní terapie. Nenašel se ani významný vztah mezi pohlavím pacientů, oddálením léčby a zahájením psychiatrické léčby.

Podařilo se potvrdit 1. hypotézu, podle které platí pozitivní korelace mezi vzděláním pacientů a vyhledáním adekvátní léčby jejich potíží. Výsledkem byl významný, nepřímý úměrný lineární vztah ($p < 0,0001$), a to jak mezi úrovní dosaženého vzdělání a délkou trvání potíží, tak mezi úrovní vzdělání a délkou doby od počátku potíží do vyhledání odborné pomoci u psychiatra a započítání adekvátní terapie. Dosažené vzdělání také souvisí s přítomností agorafobie. Pacienti s nižším vzděláním častěji rozvinuli vyhubavé chování a agorafobii.

Posuzování 2. hypotézy: podle získaných dat nesouvisí doba trvání potíží ani čas do vyhledání pomoci psychiatra a zahájení adekvátní léčby s mírou symptomatologie na začátku léčby. Oddálení nástupu léčby tedy nemělo vliv na míru intenzity úzkostných a depresivních příznaků, které jsme měřili pomocí Beckovy stupnice úzkosti a Beckovy stupnice deprese, což jsme původně předpokládali.

S pozdějším vyhledáním léčby a s délkou potíží ovšem pozitivně koreluje výskyt agorafobie. Zdá se tedy, že čím déle pacienti odkládají léčbu, tím je pravděpodobnější, že se u nich vyvine agorafobie. Tato je spojena i s vyšším výskytem depresivních příznaků.

Léčba pacientů s agorafobií byla v průměru delší než u pacientů bez agorafobie. Lze tedy předpokládat, že přítomnost agorafobie vede k prodloužení léčby a ke zvýšenému výskytu depresivní symptomatologie u pacientů s panickou poruchou.

Výsledky zkoumání 3. hypotézy původní předpoklad nepotvrdily. Oddálení adekvátní léčby a pozdní vyhledání psychiatrické pomoci nemělo vliv ani na délku léčby, ani na efektivitu léčby v naší skupině pacientů s panickou poruchou. Příznaky měřené Beckovými stupnicemi pro úzkost a deprese, které byly v této studii pokládány za markery efektivitu léčby, neodezdvíhaly v závislosti na včasnosti vyhledání adekvátní pomoci, a tím se nepodařilo prokázat, že by pacienti s včasným příchodem k psychiatrovi mohli profitovat z lepší účinnosti léčby.

Tab. 2. Obavy ze znehodnocování

	Počet pacientů	Průměr v %
Obavy ze znehodnocování	27	60,33
– v rodinném kruhu	19	33,00
– v práci	26	59,16
– mezi přáteli	24	45,00
– ve zdrav. zařízení	18	28,16
– jinde	5	12,50

Soubor 30 pacientů s panickou poruchou a agorafobií, kteří odpověděli na dotazník.

Tab. 3. Zázitek znehodnocování

	Počet pacientů	Pacienti v %
Znehodnocování	10	33,33
– v rodinném kruhu	5	16,66
– v práci	5	16,66
– mezi přáteli	2	6,66
– ve zdrav. zařízení	1	3,33
– jinde	0	0
– zabránilo v léčbě	10	33,33

Zázitek znehodnocování pacientů s panickou poruchou a agorafobií pro jejich psychiatrickou diagnózu. Soubor 30 pacientů, kteří odpověděli na dotazník.

Tab. 4. Odklad léčby

Počet pacientů	10
Průměrná doba odkladu léčby	5,01 roku
Maximální doba odkladu léčby	19 let
Minimální doba odkladu léčby	1 měsíc

Odklad léčby z důvodu znehodnocování. Soubor 30 pacientů, kteří odpověděli na dotazník.

Při vyhodnocení dotazníků jsem dospěla k těmto výsledkům:

Až 90 % všech pacientů uvádělo, že mělo v určité míře obavy z toho, že budou svým okolím značkování nebo jinak negativně hodnoceni pro fakt, že se léčí na psychiatrii. Míru intenzity obav hodnotili průměrně až na 60,33 %.

Nejčastější obava ze znehodnocování byla popisována v zaměstnání – až u 26 pacientů ze všech 30, kteří dotazník vyplnili. Dále následovala obava ze znehodnocování mezi přáteli, v rodině a ve zdravotnickém zařízení.

Se samotným znehodnocováním se setkala až jedna třetina všech dotázaných – a to nejčastěji v rodinném kruhu a v zaměstnání. Celá jedna třetina pacientů také uváděla, že právě značkování u ní způsobilo obavu z vyhledání pomoci psychiatra, a tuto pomoc také odkládala – v průměru až o 5,01 roku.

DISKUSE

Průměrná doba oddálení léčby u našeho souboru pacientů byla 2,63 roku. V porovnání s údaji z literatury, kde je tento odsun až 6–14 let od propuknutí potíží,¹⁴ jsou naši pacienti pravděpodobně lépe informovaní, a přicházejí tak k adekvátní léčbě dříve. Se včasnejším příchodem k léčbě souvisí i vyšší vzdělání pacientů. Může to být důsledek široké kampaně psychiatrů, kteří prostřednictvím masmédií a edukačních brožurek v posledních letech usilují o větší informovanost o duševních poruchách v české populaci.

Z výsledků studie vyplývá, že i přes oddalování léčby u pacientů s panickou poruchou a agorafobií a i přes jejich obavy ze stigmatizace nevíme, nakolik toto má vliv na úspěšnost léčby. Nicméně délka trvání potíží má vliv na rozvoj agorafobie a depresivních příznaků, což vede k obtížnější a déletrvající léčbě. To odpovídá údajům z dalších výzkumů, kdy délka trvání potíží výrazně ovlivňuje kvalitu života a psychosociální fungování.¹⁵ Jen správná farmakoterapie a psychoterapie mohou opět navrátit plné fungování a plnohodnotný život těmto pacientům. Míra oddálení léčby v souboru našich pacientů souvisí s dosaženým vzděláním. Ti vzdělanější přicházejí k léčbě dříve. Podobně i v literatuře nacházíme studie, které popisují větší funkční postižení pacientů s panickou poruchou při nižším vzdělání, výskytu depresivních příznaků a ve vyšším věku.¹²

Většina pacientů trpících příznaky panické poruchy má obavu ze stigmatizace a z tohoto důvodu až jedna třetina z nich oddaluje léčbu u psychiatra. To znamená, že přicházejí k adekvátní léčbě později. To, jak byli před vyhledáním psychiatrické pomoci léčeni, nebylo v této studii statisticky zpracováno. Z dokumentace ale vyplynulo, že většina z nich vyhledávala somatické lékaře. Mnohdy se pacienti s panickou poruchou stávají klienty jednotek intenzivní péče a pohotovostí. Přitom již krátká psychologická intervence a edukace o panické poruše vede ke snížení opakovaného kontaktu s těmito akutními odděleními a vede k vyhledání adekvátní terapie.⁸ Podle některých autorů^{9,11} až 25 % pacientů přicházejících na urgentní oddělení s bolestmi na hrudi vykazuje příznaky panické poruchy. Tito pacienti většinou vykazují také příznaky poruchy osobnosti, takže často potřebují intenzivnější léčbu.⁷ Včasnou intervencí lze zabránit chronifikaci jejich potíží a rozvoji agorafobických příznaků. To se shoduje s výsledky studie našich pacientů, kde právě délka trvání potíží a oddálení léčby korelovaly s rozvojem agorafobie. Právě včasná intervence by však tomuto mohla zabránit.

Do budoucna by bylo vhodné pracovat na větší informovanosti a edukaci o úzkostných poruchách, což by mohlo napomoci dalšímu zkrácení doby, kdy pacienti přicházejí k adekvátní léčbě. Vhodná by byla edukace nejen laické veřejnosti, ale i mezi zdravotnickým personálem a lékaři somatických oborů.

LITERATURA

1. Angermeyer MC, Matchinger H. Public attitude towards psychiatric treatment. *Acta Psychiatr Scand* 1996; 94: 324–336.
2. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol* 1998; 56: 893–897.
3. Beck AT, Steer RA, Ball R, Ranieri W. Comparison of Beck Depression Inventories -IA and -II in psychiatric outpatients. *J Pers Assess* 1996; 67: 588–597.
4. Beran J. *Základy psychoterapie pro lékaře*. Praha: Grada; 2000: 120–123.
5. Bringager CB, Dammen T, Friis S. Nonfearful panic disorder in chest pain patients. *Psychosomatics* 2004; 45: 69–79.
6. Carlbring P, Bohdan S, Brunt S, Buhrman M, Westling BE, Ekselius L, Anderson G. Remote treatment of panic disorder: A randomized trial of internet-based cognitive behavior therapy supplemented with telephone calls. *Am J Psychiatry* 2006; 163: 2119–2125.
7. Dammen T, Ekerberg O, Arnesen H, Friis S. Personality profiles in patients referred for chest pain. *Psychosomatics* 2000; 41: 269–276.
8. Dyckman JM, Rosenbaum RL, Hartmayer RJ, Walter LJ. Effects of psychological intervention on panic attack patients in the emergency department. *Psychosomatics* 1999; 40: 422–427.
9. Fleet RP, Marchand A, Dupuis G, Kaczorowski J, Beitman BD. Comparing emergency department and psychiatric settings patients with panic disorder. *Psychosomatics* 1998; 39: 512–518.
10. Hinterhuber H. Stigma schizofrenie: snaha o jeho překonání. *Psychiatrie pro praxi* 2001; 5: 216–220.
11. Hoffman J, Pollack MH. Predicting panic disorder among patients with chest pain: An analysis of the literature. *Psychosomatics* 2003; 44: 222–236.
12. Hollifield M, Katon W, Skipper B, Chapman T, Ballenger JC, Mannuzza S, Foyer AJ. Panic disorder and quality of life: variables predictive of functional impairment. *Am J Psychiatry* 1997; 154: 766–772.
13. Kennedy BL. Panic disorder and respiratory tract symptoms. *Am J Psychiatry* 2002; 159: 1438.
14. Kessler RC, Olfson M, Berglund PA. Patterns and predictors of treatment contact after first onset of psychiatric disorders. *Am J Psychiatry* 1998; 156 (5): 62–69.
15. Mendlowicz MV, Stein MB. Quality of life in individuals with anxiety disorders. *Am J Psychiatry* 2000; 157: 669–682.
16. Nutt D, Ballenger J. *Anxiety disorders*. Oxford: Blackwell Publishing; 2005: 102–103.
17. Praško JP. Úzkostné poruchy. In: Herman E, Praško J, Seifertová D. *Konziliární psychiatrie*. Praha: Medical Tribune; 2007: 94–100.
18. Praško JP. Stigmatizace u „psychogenních poruch“. *Psychiatrie* 2001; 5 (1): 32–37.
19. Rosenberg R. et al. Panic disorder. The pattern of somatic contacts in patients. *Ugeskr Laeger* 1993; 155 (16): 1195–1198.
20. Shape M, Wessley S. *Chronic fatigue syndrom*. New Oxford Textbook of psychiatry. Oxford: Oxford University Press; 2000: 1112–1121.
21. Stein MB, Shebourne CD, Drasle MG, Menas-Chrisensen A, Bystritsky A, Katon W, Sullivan G, Roy-Birne PP. Quality of care for primary care patients with anxiety disorders. *Am J Psychiatry* 2004; 161: 2230–2237.