

Generalizovaná úzkostná porucha v klinické praxi: diagnostika a současná léčba

Ján Praško / Marie Ocisková / Ijisesan Perryová Racheal Temitope / Ben Eden / Zdeněk Maté

Souhrn

Generalizovaná úzkostná porucha (GAD) patří mezi nejčastější úzkostné poruchy a představuje významnou zátěž pro pacienty i zdravotnický systém. Je charakterizována dlouhodobými a obtížně kontrolovatelnými obavami, které jsou doprovázeny somatickými a kognitivními příznaky, například svalovým napětím, únavou, poruchami koncentrace nebo poruchami spánku. Celoživotní prevalence se v epidemiologických studiích pohybuje přibližně mezi 3–6 % populace.

Cílem článku je podat přehled současných poznatků o diagnostice, etiopatogenezi a léčbě GAD. Článek shrnuje diagnostická kritéria podle DSM-5-TR a MKN-11, diskutuje diferenciální diagnostiku a častou komorbiditu s depresivní poruchou, dalšími úzkostnými poruchami a somatickými onemocněními.

Zvláštní pozornost je věnována léčbě. Největší množství důkazů podporuje využití kognitivně-behaviorální terapie, včetně jejích moderních variant, jako je metakognitivní terapie, Acceptance and Commitment Therapy nebo mindfulness-based přístupy. Farmakologická léčba je založena především na antidepresivech ze skupiny SSRI a SNRI, případně na pregabalínu či buspironu. Článek se věnuje také novým digitálním formám psychoterapie, včetně internetových terapeutických programů.

Kombinace psychoterapie, farmakoterapie a podpůrných intervencí může významně zlepšit dostupnost i účinnost léčby.

Klíčová slova: generalizovaná úzkostná porucha / GAD / úzkost / kognitivně-behaviorální terapie / farmakoterapie / internetová psychoterapie

Summary

Generalized anxiety disorder (GAD) is one of the most common anxiety disorders and represents a significant burden for both patients and healthcare systems. It is characterized by persistent and difficult-to-control worries accompanied by cognitive and somatic symptoms such as muscle tension, fatigue, impaired concentration, irritability, and sleep disturbances. Lifetime prevalence in epidemiological studies is estimated to be approximately 3–6% of the population.

The aim of this article is to provide an overview of current knowledge regarding the diagnosis, etiopathogenesis, and treatment of GAD. Diagnostic criteria according to DSM-5-TR and ICD-11 are summarized, and differential diagnosis as well as common comorbidities with depressive disorders, other anxiety disorders, and somatic conditions are discussed.

Special attention is given to evidence-based treatment. Cognitive behavioral therapy has the strongest empirical support among psychotherapeutic approaches, including newer variants such as Metacognitive therapy, Acceptance and Commitment Therapy, and Mindfulness-based interventions. Pharmacological treatment is primarily based on antidepressants from the SSRI and SNRI classes, with additional options including pregabalin or buspirone. The article also discusses emerging digital therapeutic approaches, including internet-based cognitive behavioral therapy.

Integrating psychotherapy, pharmacotherapy, and digital interventions may significantly improve both accessibility and effectiveness of treatment for patients with generalized anxiety disorder.

Key words: generalized anxiety disorder / GAD / anxiety / cognitive behavioral therapy pharmacotherapy / internet-based psychotherapy

Úvod

Úzkostné poruchy patří mezi nejčastější duševní poruchy v populaci a představují významný klinický i socioekonomický problém. Podle epidemiologických studií postihují během života významnou část populace a jejich dopad se promítá do kvality života, pracovní výkonnosti i zdravotních nákladů.¹ GAD je charakterizována dlouhodobou a obtížně kontrolovatelnou ústáraností a napětím, jež se týkají různých oblastí každodenního života.

Pacienti obvykle popisují téměř neustálé obavy týkající se zdraví, rodiny, financí nebo pracovních povinností. Tyto obavy bývají doprovázeny řadou tělesných symptomů, například svalovým napětím, únavou, poruchami spánku nebo obtížemi se soustředěním.²

Důležitým rysem GAD je vysoká míra komorbidit. Pacienti s touto diagnózou často současně trpí depresivní poruchou, dalšími úzkostnými poruchami nebo somatickými obtížemi. Tyto komorbiditativní mohou zhoršovat průběh poruchy i odpověď na léčbu.³ Některé studie rovněž ukazují, že úzkostné příznaky jsou spojeny se zvýšeným rizikem kardiovaskulárních onemocnění a mohou být spojeny i se zvýšeným rizikem suicidálního chování.²

Kazuistická viněta

Pacientka, 38 let, administrativní pracovníce, byla odeslána praktickým lékařem na psychiatrické vyšetření pro dlouhodobé obtíže se spánkem, únavu a pocit trvalého napětí. V posledních dvou letech popisovala každodenní obavy týkající se práce, zdraví rodičů i finanční situace rodiny. Uváděla, že „hlava se jí večer nedokáže vypnout“ a často několik hodin přemítá o možných problémech následujícího dne.

V posledních měsících se přidaly výrazná únava, snížená motivace a pocit,

že běžné úkoly zvládá jen s velkým úsilím. Spánek byl fragmentovaný, pacientka se opakovaně budila v noci s pocitem napětí a ráno vstávala neodpočatá. Přestože si uvědomovala, že její obavy jsou často přehnané, nedokázala je zastavit.

Psychiatrické vyšetření potvrdilo diagnózu generalizované úzkostné poruchy s komorbidní mírnou depresivní epizodou a chronickou insomnií. V léčbě byla doporučena kombinace kognitivně-behaviorální terapie zaměřené na práci s obavami a spánkovou hygienu spolu s farmakoterapií SSRI.

Klinický obraz a diagnostická kritéria

Základní charakteristika poruchy

Generalizovaná úzkostná porucha (generalized anxiety disorder, GAD) je charakterizována přetrvávajícími a obtížně kontrolovatelnými obavami, které se týkají různých oblastí každodenního života. Typické je, že se pacienti obávají běžných životních situací, například pracovních povinností, zdraví členů rodiny, finanční situace či běžných každodenních problémů. Tyto obavy jsou zpravidla vnímány jako nadměrné nebo neadekvátní, ale pacient je není schopen zastavit nebo významně omezit.³

Klinický obraz GAD je variabilní a zahrnuje psychické i tělesné příznaky. Pacienti často popisují trvalé napětí nebo pocit vnitřního neklidu přítomný po většinu dne. Úzkost bývá doprovázena anticipací negativních událostí a zvýšenou tendencí očekávat nejhorší možné scénáře. Typické je také nadměrné přemítání o možných problémech, které může zabírat velkou část dne a narušovat koncentraci i pracovní výkon.

Vedle kognitivních příznaků se objevují i tělesné projevy úzkosti. Mezi nejčastější patří svalové napětí, pocit únavy,

poruchy spánku nebo obtíže se soustředěním. Někteří pacienti popisují rovněž zvýšenou podrážděnost nebo pocit, že jsou neustále „ve střehu“. Tyto obtíže často vedou k významnému narušení pracovního i osobního fungování.²

Na rozdíl od některých jiných úzkostných poruch nejsou příznaky omezeny na konkrétní situace nebo objekty. Úzkost se objevuje napříč různými životními oblastmi a může přetrvávat mnoho měsíců nebo let. V některých obdobích se intenzita příznaků zvyšuje, například při zvýšené životní zátěži, zatímco v jiných obdobích může být relativně mírnější.

Diagnostická kritéria a rozdíly mezi DSM-5-TR a MKN-11

Ačkoli DSM-5-TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision, Diagnostický a statistický manuál duševních poruch, 5. revize) i MKN-11 (11. revize Mezinárodní klasifikace nemocí) popisují v zásadě stejný klinický syndrom, existují mezi nimi určité rozdíly. DSM-5-TR používá přesně definovaný seznam příznaků a vyžaduje přítomnost minimálního počtu položek.⁴ Tento přístup může zvyšovat diagnostickou reliabilitu zejména ve výzkumném kontextu.

MKN-11 naopak klade větší důraz na klinický obraz a umožňuje flexibilnější posouzení příznaků. Diagnostická kritéria jsou formulována obecněji a ponechávají větší prostor pro klinický úsudek. Tento přístup může být v některých situacích praktičtější, zejména v běžné klinické praxi (**tab. 1**).

Screeningové nástroje v klinické praxi

V klinické praxi mohou být při diagnostice a monitorování průběhu GAD užitečné standardizované screeningové nástroje. Tyto dotazníky nejsou určeny k samotnému stanovení diagnózy, ale mohou pomoci při identifikaci pacientů s pravděpodobnou úzkostnou poruchou a při hodnocení závažnosti příznaků.

Jedním z nejpoužívanějších nástrojů je dotazník **GAD-7**, který byl vyvinut pro screening GAD v primární péči. Obsahuje sedm položek hodnotících frekvenci typických příznaků úzkosti během posledních dvou týdnů. Studie ukazují, že GAD-7 má dobrou senzitivitu i specifitu a je vhodný jak pro screening, tak pro sledování změn během léčby.⁵

Tab. 1 Diagnostická kritéria GAD podle DSM-5-TR a MKN-11

Oblast	DSM-5-TR	MKN-11
Hlavní příznak	Nadměrné obavy a úzkost	Generalizovaná úzkost a obavy
Délka trvání	≥ 6 měsíců	Několik měsíců
Kontrola obav	Obtížná kontrola obav	Implicitně přítomna
Počet příznaků	Alespoň 3 z 6 definovaných příznaků	Není pevně stanoven
Typické příznaky	Neklid, únava, porucha koncentrace, podrážděnost, svalové napětí, porucha spánku	Napětí, vegetativní příznaky, poruchy koncentrace, podrážděnost, poruchy spánku

GAD - generalizovaná úzkostná porucha; **DSM-5-TR** - Diagnostický a statistický manuál duševních poruch, 5. revize; **MKN-11** - 11. revize Mezinárodní klasifikace nemocí

Dalším často používaným nástrojem je **Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)**, který byl původně vyvinut pro pacienty v somatické péči. Dotazník obsahuje dvě subškály hodnotící úzkost a depresi a je využíván zejména v nemocničním prostředí.⁶

Epidemiologie a průběh onemocnění

Celoživotní prevalence

Podle velkých epidemiologických studií se celoživotní prevalence GAD pohybuje přibližně v rozmezí 3–6 % populace. Některé studie uvádějí ještě vyšší hodnoty v závislosti na použité metodologii a diagnostických kritériích.¹ Roční prevalence bývá nižší, obvykle kolem 1–3 %.

Věk nástupu

Generalizovaná úzkostná porucha může vzniknout v různých obdobích života, nicméně nejčastěji začíná v adolescenci nebo v rané dospělosti. Některé studie uvádějí průměrný věk nástupu kolem 30 let, což je o něco později než u některých jiných úzkostných poruch, například sociální úzkostné poruchy.¹ U části pacientů lze zpětně vysledovat zvýšenou úzkostnost nebo temperamentovou citlivost již v dětství. V těchto případech může být nástup poruchy spíše pozvolný a příznaky se postupně zhoršují v průběhu dospívání a rané dospělosti.

Důležitou roli mohou hrát také stresující životní události. U některých pacientů se příznaky rozvinou po období zvýšené zátěže, například při studiu, změně zaměstnání, v období rodičovství nebo při dlouhodobých zdravotních problémech.

Rozdíly mezi pohlavími

Epidemiologické studie opakovaně ukazují, že GAD je častější u žen než u mužů. Poměr výskytu se obvykle pohybuje přibližně mezi 1,5 : 1 až 2 : 1 ve prospěch žen.² Příčiny tohoto rozdílu nejsou zcela jasné, pravděpodobně však zahrnují kombinaci biologických, psychologických i sociálních faktorů. Mezi diskutované mechanismy patří například hormonální vlivy, rozdíly v reaktivitě na stres nebo odlišné copingové strategie. Zároveň je možné, že muži vyhledávají odbornou pomoc méně často

než ženy, což může vést k podhodnocení prevalence u mužské populace.

Typický průběh poruchy

Generalizovaná úzkostná porucha má často chronický průběh. Příznaky mohou přetrvávat mnoho let a jejich intenzita se v průběhu času mění. Typické je střídání období relativního zlepšení a období zhoršení, které bývá často spojeno se zvýšenou životní zátěží. Dlouhodobé studie ukazují, že úplná remise není u všech pacientů pravidlem. Přibližně polovina pacientů dosáhne výrazného zlepšení při adekvátní léčbě, zatímco u části pacientů přetrvávají příznaky i přes léčebné intervence.⁷ Chronický průběh může být spojen také s rozvojem dalších psychických nebo somatických obtíží. Časté jsou například depresivní epizody, poruchy spánku nebo psychosomatické příznaky.

Prognostické faktory

Prognóza GAD je ovlivněna řadou faktorů. Mezi faktory spojené s lepší prognózou patří především včasná diagnostika, dobrá terapeutická spolupráce a dostupnost psychoterapeutické péče.⁷ Naopak nepříznivou prognózu mohou signalizovat například:

- vysoká míra komorbidit s depresí nebo jinými úzkostnými poruchami,
- dlouhodobý průběh obtíží před zahájením léčby,
- výrazné psychosociální stresory,
- přítomnost maladaptivních zvládacích strategií.

Významnou roli hraje také typ léčby. Kombinace psychoterapie a farmakoterapie bývá u středně těžkých a těžších forem poruchy účinnější než samotná farmakoterapie. Moderní terapeutické přístupy, například kognitivně-behaviorální terapie nebo internetové psycho-terapeutické programy, mohou zlepšit dostupnost léčby a přispět k lepším dlouhodobým výsledkům.⁸

Etiopatogeneze

Etiologie GAD je komplexní a zahrnuje kombinaci biologických, psychologických, vývojových a sociálních faktorů. Současné modely se shodují v tom, že žádný jednotlivý faktor nedokáže vznik poruchy plně vysvětlit. GAD je spíše

výsledkem vzájemného působení genetické vulnerability, neurobiologických mechanismů, kognitivních procesů a životních zkušeností.³

Biologické faktory

Genetická predispozice

Rodinné a dvojčecí studie naznačují, že GAD má částečně genetický základ. Heritabilita se odhaduje přibližně na 30–40 %, což znamená, že genetické faktory vysvětlují významnou část variability ve výskytu poruchy.⁹ Genetická zranitelnost se pravděpodobně týká především regulace stresové reakce a emoční reaktivity. Některé studie poukazují na souvislost s polymorfismy genů souvisejících se serotoninergním systémem, nicméně jednotlivé genetické faktory mají obvykle pouze malý efekt a jejich význam se uplatňuje především ve vzájemné interakci s prostředím.

Dysregulace neurotransmiterů

Neurobiologické modely úzkostných poruch předpokládají dysregulaci několika neurotransmiterových systémů.¹⁰ Nejčastěji se diskutuje role serotoninu, noradrenalinu a kyseliny gama-aminomáselné (GABA).

Serotonin je považován za klíčový neurotransmitter regulující náladu a úzkost. Dysfunkce serotoninergního systému může přispívat ke zvýšené emoční reaktivitě a tendenci k negativní interpretaci podnětů.¹⁰ Noradrenergický systém je naopak spojen s aktivací stresové reakce a zvýšenou vigílancí. GABA je hlavním inhibičním neurotransmiterem centrálního nervového systému a jeho snížená aktivita může vést ke zvýšené neuronální excitabilitě a úzkosti.¹⁰

Tyto poznatky jsou v souladu s účinností farmakologické léčby, která často cílí právě na serotoninergní a noradrenergický systémy.

Změny v limbickém systému a prefrontální kůře

Neuroobrazovací studie ukazují, že u pacientů s GAD dochází ke změnám v mozkových strukturách, které se podílejí na regulaci emocí. Významnou roli hraje zejména amygdala, která je součástí limbického systému a zodpovídá za zpracování emočně významných podnětů.

U pacientů s úzkostnými poruchami byla opakovaně popsána zvýšená aktivita

Tab. 2 Hlavní etiopatogenetické faktory GAD

Typ faktorů	Příklady
Biologické	Genetická predispozice, dysregulace serotoninu a GABA, změny v limbickém systému
Psychologické	Intolerance nejistoty, metakognitivní přesvědčení o obavách, kognitivní zkreslení
Vývojové	Temperament, rané rodinné zkušenosti, trauma
Sociální	Chronický stres, pracovní a rodinné faktory

GAD – generalizovaná úzkostná porucha

amygdaly při zpracování hrozivých podnětů. Současně může být snížena regulační funkce prefrontální kůry, která se podílí na kognitivní kontrole emocí.¹¹

Výsledkem této dysbalance může být zvýšená citlivost na potenciální hrozby a obtížnější regulace úzkostné reakce.

Psychologické faktory

Intolerance nejistoty

Jedním z nejdůležitějších psychologických konceptů v etiopatogenezi GAD je intolerance nejistoty. Tento koncept popisuje tendenci vnímat nejisté situace jako ohrožující a obtížně snesitelné. Jedinci s vysokou intolerancí nejistoty mají tendenci přeceňovat pravděpodobnost negativních událostí a současně podceňovat svou schopnost se s nimi vyrovnat.¹²

Obavy mohou paradoxně fungovat jako strategie zvládnání nejistoty. Pacient má pocit, že pokud se na možné problémy dostatečně připraví, dokáže je lépe zvládnout. Ve skutečnosti však tento proces vede k udržování chronické úzkosti.

Metakognitivní model obav

Metakognitivní model zdůrazňuje význam přesvědčení o samotném procesu obav. Podle tohoto modelu pacienti s GAD často věří, že obavy jsou užitečné, protože pomáhají předcházet problémům nebo se na ně připravit. Současně však mohou mít negativní přesvědčení o nekontrolovatelnosti obav, například že „obavy mohou člověka zničit“ nebo že „není možné přestat se obávat“.¹³ Tato kombinace pozitivních a negativních metakognitivních přesvědčení může vést k bludnému kruhu, v němž se obavy postupně zesilují.

Kognitivní zkreslení

Pacienti s GAD často vykazují specifická kognitivní zkreslení při zpracování informací.^{13,14} Patří mezi ně například:

- katastrofizace,
- selektivní pozornost zaměřená na hrozby,
- přeceňování pravděpodobnosti negativních událostí.

Tyto kognitivní procesy mohou zvyšovat vnímání ohrožení a přispívat k udržování úzkosti.

Vývojové faktory

Temperament

Temperamentové charakteristiky, zejména behaviorální inhibice a zvýšená citlivost na stres, mohou zvyšovat riziko rozvoje úzkostných poruch. Děti s tímto temperamentem často reagují na nové situace zvýšenou opatrností a vyhýbáním se potenciálním hrozbám.¹⁴ Tyto charakteristiky mohou v kombinaci s dalšími faktory postupně přispívat k rozvoji chronické úzkosti.

Rané zkušenosti

Významnou roli mohou hrát také rané zkušenosti v rodině. Například nadměrně kontrolující nebo úzkostní rodiče mohou nevědomky podporovat vyhýbavé strategie zvládnání stresu.¹⁴ Naopak nedostatek emoční podpory může vést k pocitu nejistoty a ke zvýšené zranitelnosti vůči stresu.

Stres a trauma

Chronický stres nebo traumatické zkušenosti mohou významně zvýšit riziko rozvoje úzkostných poruch.^{3,14} Stres může ovlivňovat jak psychologické procesy, tak neurobiologické mechanismy regulující stresovou reakci.

Sociální a environmentální faktory

Chronický stres

Dlouhodobý stres patří mezi nejvýznamnější environmentální faktory spojené s rozvojem GAD.^{3,13} Chronický

stres může vést k dlouhodobé aktivaci stresové reakce a postupně snižovat schopnost organismu regulovat úzkost.

Pracovní a rodinné faktory

Mezilidské vztahy a pracovní prostředí mohou významně ovlivňovat průběh úzkostných poruch.³ Konflikty v rodině, nestabilita zaměstnání nebo vysoké pracovní nároky mohou působit jako spouštěče nebo udržující faktory úzkosti. Naopak stabilní sociální vztahy a dostupnost podpory mohou působit protektivně (tab. 2).

Diferenciální diagnostika

Diagnostika GAD může být v klinické praxi někdy obtížná. Úzkost je totiž nespecifický příznak, který se vyskytuje u řady psychických i somatických onemocnění.⁴ Pacienti s GAD navíc často přicházejí nejprve k praktickému lékaři nebo specialistovi pro somatické obtíže, například poruchy spánku, bolesti hlavy, gastrointestinální potíže nebo chronickou únavu. Teprve podrobnější rozhovor může odhalit, že tyto příznaky jsou spojeny s dlouhodobou úzkostí a nadměrným přemítáním.¹⁵

Další úzkostné poruchy

Panická porucha

Panická porucha se vyznačuje náhle vznikajícími, krátkými a intenzivními atakami úzkosti s výraznou vegetativní aktivací, zatímco u GAD je úzkost dlouhodobá, chronická a méně intenzivní.¹⁶

Sociální úzkostná porucha

Sociální úzkostná porucha je charakterizována strachem z negativního hodnocení v sociálních situacích, zatímco u GAD se obavy týkají mnoha různých oblastí života, nejen sociálních.¹⁴

Specifické fobie

Specifické fobie vyvolávají úzkost jen při kontaktu s konkrétním podnětem, zatímco u GAD je úzkost trvalá a neomezená na jednu situaci.

Obsedantně-kompulzivní porucha

Obsese u obsedantně-kompulzivní poruchy (OCD) mohou někdy připomínat nadměrné obavy u GAD. Zásadní rozdíl spočívá v tom, že obsesivní

Tab. 3 Diferenciální diagnostika GAD

Porucha	Charakter úzkosti	Typické příznaky	Rozlišující znak
GAD	Chronická, difuzní	Obavy, svalové napětí, únava, poruchy spánku	Obavy z různých oblastí života
Panická porucha	Epizodická	Panické ataky, palpitace, dušnost	Náhlé ataky intenzivní úzkosti
Sociální úzkostná porucha	Situační	Strach z hodnocení druhými	Omezeno na sociální situace
Specifické fobie	Situační	Intenzivní strach z konkrétního objektu	Úzkost pouze při kontaktu s podnětem
OCD	Vtíravé myšlenky	Obsesivní myšlenky, kompulze	Rituály a nutkavé chování
Depresivní porucha	Sekundární	Smutek, anhedonie, únava	Dominantní depresivní nálada
Tělesná onemocnění	Vegetativní	Palpitace, třes, pocení	Přítomnost somatické příčiny

GAD - generalizovaná úzkostná porucha; OCD - obsedantně-kompulzivní porucha

myšlenky jsou často vnímány jako vtíravé, nepřijatelné nebo absurdní a bývají spojeny s nutkavými rituály.¹⁷ Obavy u GAD jsou naopak obvykle zaměřeny na realistické životní problémy, i když jejich intenzita je nepřiměřená.¹⁴

Afektivní poruchy

Depresivní porucha

Úzkost a deprese se často vyskytují současně. U depresivní poruchy však obvykle dominují smutná nálada, ztráta zájmu a snížená energie. Úzkost může být přítomna, ale není hlavním příznakem. U GAD jsou naopak centrálním příznakem chronická ústavnost a napětí.

Generalizovaná úzkostná porucha se často vyskytuje v komorbiditě s depresivní poruchou, poruchami spánku a dalšími úzkostnými poruchami, což může významně ovlivnit průběh onemocnění i volbu léčby.¹⁸

Bipolární porucha

U bipolární poruchy se úzkost může objevit v rámci depresivních epizod. Důležitým diferenciálním znakem je však přítomnost manických nebo hypomanických epizod v anamnéze.¹⁴

Somatická onemocnění

Řada somatických onemocnění může být provázena příznaky připomínajícími úzkostnou poruchu.¹⁸ Patří mezi ně například:

- hypertyreóza,
- srdeční arytmie,
- některá neurologická onemocnění,
- chronická bolest.

U těchto stavů mohou dominovat vegetativní příznaky, například palpitace, třes nebo pocení. Diferenciální diagnostika proto často vyžaduje základní somatické vyšetření, včetně laboratorních testů nebo kardiologického vyšetření.²

Úzkost vyvolaná látkami nebo léky

Úzkostné příznaky mohou být vyvolány také některými látkami nebo léky. Patří mezi ně například stimulancia, vysoké dávky kofeinu, některé bronchodilatátory nebo kortikosteroidy. Úzkost se může objevit také při odvykacích stavech, například při vysazení alkoholu nebo benzodiazepinů.¹⁸ Při diferenciální diagnostice je proto důležité zjistit podrobnou anamnézu užívaných léků a psychoaktivních látek (tab. 3).

Psychoterapie

Psychoterapie představuje jeden ze základních pilířů léčby GAD. Řada randomizovaných kontrolovaných studií i metaanalýz ukazuje, že psychologické intervence mohou významně snížit intenzitu úzkosti a zlepšit kvalitu života pacientů. Nejvíce empirických důkazů podporuje kognitivně-behaviorální terapii (KBT), která je v současných doporučeních považována za léčbu první volby.¹⁹⁻²¹

Psychoterapeutická léčba se obvykle zaměřuje na několik klíčových oblastí. Patří mezi ně porozumění mechanismům úzkosti, změna maladaptivních myšlenkových vzorců, nácvik adaptivnějších strategií zvládnutí stresu a postupné snižování vyhýbavého chování. V posledních dvou desetiletích se kromě klasické KBT rozvinuly také nové přístupy, například metakognitivní terapie nebo tzv. třetí vlna KBT, která zahrnuje například Acceptance and Commitment Therapy nebo mindfulness-based intervence.²²

Kognitivně-behaviorální terapie (druhá vlna)

Kognitivně-behaviorální terapie je dlouhodobě považována za nejlépe

empiricky podloženou psychoterapeutickou intervencí u pacientů s GAD a její účinnost byla potvrzena řadou recentních metaanalýz a systematických přehledů.^{21,23,24}

Základní předpoklad KBT spočívá v tom, že emoce jsou ovlivňovány způsobem, jakým člověk interpretuje situace. U pacientů s GAD se často objevují kognitivní zkresení, například katastrofizace nebo přeceňování pravděpodobnosti negativních událostí.²⁵ Terapeutická práce proto směřuje k identifikaci těchto vzorců a jejich postupné změně.

Psychoedukace

Prvním krokem terapie bývá psychoedukace, která pacientovi pomáhá porozumět mechanismům úzkosti.²¹ Pacient se učí rozpoznávat souvislosti mezi myšlenkami, emocemi a chováním.²⁶ Součástí psychoedukace bývá také vysvětlení role obav a jejich udržujících mechanismů.

Identifikace obav

Dalším krokem je systematická identifikace typických obav. Pacient se učí zaznamenávat situace, ve kterých se úzkost objevuje, a identifikovat automatické myšlenky, které úzkost spouštějí.²⁵

Kognitivní restrukturalizace

Kognitivní restrukturalizace spočívá ve zpochybňování katastrofických interpretací a hledání realističtějších vysvětlení situace.²⁶ Pacient se učí klást otázky typu „Jaká je pravděpodobnost, že se to skutečně stane?“ nebo „Existuje jiné vysvětlení této situace?“.

Expoziční techniky

U některých pacientů se objevuje tendence vyhýbat se situacím, které vyvolávají úzkost. Expoziční techniky pomáhají postupně konfrontovat tyto situace a snižovat jejich úzkostný náboj.²¹

Řešení problémů

U GAD bývá častým problémem nadměrné přemítání o hypotetických situacích. Nácvik systematického řešení problémů pomáhá pacientům zaměřit se na konkrétní a řešitelné aspekty situace.²⁵

Relaxační techniky

Součástí terapie bývá také nácvik relaxačních technik, například progresivní svalové relaxace nebo dechových cvičení, jež pomáhají snižovat fyziologické napětí.²⁶

Metakognitivní terapie

Metakognitivní terapie vychází z předpokladu, že zásadním faktorem udržujícím úzkost nejsou samotné obavy, ale přesvědčení o jejich významu a kontrolovatelnosti.²⁷ Terapeutická práce se proto zaměřuje na změnu těchto metakognitivních přesvědčení.²⁷ Místo automatických myšlenek pacienti testují svá přesvědčení o nich. Pacienti se učí rozlišovat mezi myšlenkami a realitou a rozvíjet schopnost nechat myšlenky přicházet a odcházet bez nutnosti na ně reagovat.

Výzkumy naznačují, že metakognitivní terapie může být u GAD velmi účinná a v některých studiích dokonce srovnatelných, nebo dokonce lepších výsledků než klasická KBT.²⁷

KBT třetí vlny

V posledních letech se rozvíjejí také přístupy tzv. třetí vlny KBT, zejména Acceptance and Commitment Therapy (ACT), schématerapie a Compassion-focused therapy, které zdůrazňují vztah člověka k vlastním myšlenkám a emocím a podporují psychologickou flexibilitu.²⁴

Acceptance and Commitment Therapy (terapie přijetí a závazku)

Acceptance and Commitment Therapy se zaměřuje na rozvoj psychologické flexibility.^{24,28} Pacienti se učí přijímat nepřijemné myšlenky a emoce, aniž by se jimi nechali ovládat.²⁹ Důraz je kladen na orientaci na osobní hodnoty a smysluplné jednání.²²

Mindfulness-based přístupy

Mindfulness-based intervence (na vímavosti založené) učí pacienty věnovat pozornost přítomnému okamžiku bez hodnocení.^{30,31} Tento přístup může pomoci snížit automatické přemítání a zlepšit regulaci emocí.^{32,33}

Compassion-focused terapie

Compassion-focused terapie (na soucit zaměřená terapie) se zaměřuje na rozvoj soucitého vztahu k sobě samému. U pacientů s úzkostí může pomoci zmírnit sebekritiku a podporovat pocit bezpečí.³⁴

Interpersonální psychoterapie (IPT)

Interpersonální psychoterapie je původně určena především pro léčbu depresivní poruchy, nicméně některé studie ukazují, že může být účinná také u úzkostných poruch.³⁵ Terapie se zaměřuje na identifikaci mezilidských problémů, které mohou přispívat k psychickému stresu.³⁶ V rámci IPT se terapeutická práce často soustředí na čtyři hlavní oblasti:

- konflikty ve vztazích,
- změny životních rolí,
- smutek a ztrátu,
- mezilidské deficity.

Zlepšení kvality mezilidských vztahů může vést ke snížení úzkosti a zvýšení pocitu sociální podpory.

Skupinová psychoterapie

Skupinová psychoterapie představuje další možnost léčby GAD. Výhodou skupinového formátu je možnost sdílení zkušeností s ostatními pacienty, což může snižovat pocit izolace a posilovat motivaci ke změně.³⁷ Některé studie naznačují, že skupinová KBT může být u GAD téměř stejně účinná jako individuální terapie.¹⁹

Digitální a technologické přístupy

Rozvoj digitálních intervencí je motivován několika faktory. V mnoha zemích existuje nedostatek psychologů, čekací doby na terapii mohou být dlouhé a část pacientů má obtíže docházet na pravidelná sezení.³⁷ Online programy mohou tyto bariéry částečně překonat a umožnit pacientům pracovat s terapeutickými materiály v prostředí domova.³⁹

Online KBT programy

Internetové programy založené na principech KBT (internet-based CBT, iCBT) prokázaly v posledních letech srovnatelnou účinnost s tradiční individuální

terapií, zejména u pacientů s mírnou až středně těžkou úzkostí.^{21,38} Programy obvykle obsahují kombinaci psychoedukace, praktických cvičení, domácích úkolů a monitorování příznaků.⁴⁰

Metaanalýzy ukazují, že iCBT může vést ke klinicky významnému snížení úzkostných příznaků a že její efekt je srovnatelný s tradiční terapií.^{8,38}

Digitální psychotherapeutické intervence jsou v současnosti považovány za důležitou součást stepped-care modelu léčby úzkostných poruch a mohou významně zvýšit dostupnost evidence-based psychoterapie.¹⁸

Terapeutem vedené programy

V programech vedených terapeutem je pacientovi poskytována pravidelná zpětná vazba od terapeuta. Tato forma podpory významně zvyšuje adherenci pacientů k programu a zlepšuje terapeutické výsledky.

Self-help programy

Self-help programy jsou plně automatizované a nevyžadují pravidelný kontakt s terapeutem. Výhodou jsou jejich vysoká dostupnost a nízké náklady. Nevýhodou může být nižší míra dokončení programu, protože někteří pacienti mají obtíže udržet motivaci bez externí podpory.

V českém prostředí se postupně rozvíjejí strukturované online psychoedukační a terapeutické programy založené na principech KBT. Příkladem je program Mindwell, který využívá modulární strukturu psychoedukace, kognitivních cvičení a behaviorálních experimentů. Program zahrnuje také pravidelné hodnocení příznaků pomocí standardizovaných škál a poskytuje terapeutickou zpětnou vazbu.⁴⁰

Takové programy mohou být využívány například u pacientů s mírnějšími formami úzkostných poruch nebo jako doplněk klasické psychoterapie.³⁹

Virtuální realita

Virtuální realita (VR) představuje další technologický nástroj, který nachází využití v léčbě úzkostných poruch. VR umožňuje simulovat realistické situace v kontrolovaném terapeutickém prostředí.⁴¹ Nejčastější využití má VR při expoziční terapii. Pacient může být postupně vystavován situacím, které vyvolávají úzkost, například veřejnému vystupování nebo jiným sociálním

situacím. Terapeut může přitom kontrolovat intenzitu expozice a postupně ji zvyšovat.

Výhodou tohoto přístupu je možnost bezpečné simulace situací, které by bylo obtížné vytvořit v reálném prostředí. Studie ukazují, že expoziční terapie ve VR může být účinná u různých úzkostných poruch.^{41,42}

Mobilní aplikace

Mobilní aplikace představují další rychle se rozvíjející oblast digitální podpory duševního zdraví. Tyto aplikace mohou sloužit například k monitorování příznaků, náviku relaxačních technik nebo k připomínání terapeutických cvičení.^{43,44}

Pacienti mohou pomocí aplikací zaznamenávat intenzitu úzkosti, kvalitu spánku nebo spouštěče stresu. Tyto informace mohou být následně využity při terapeutické práci.

Některé aplikace obsahují také strukturované terapeutické moduly, například krátká mindfulness cvičení nebo kognitivní techniky zaměřené na práci s obavami.

Je však důležité upozornit, že kvalita mobilních aplikací je velmi různorodá, a ne všechny aplikace jsou založeny na vědeckých důkazech. Při jejich doporučování by proto měli zdravotníci zohledňovat dostupné evidence a bezpečnostní aspekty.⁴⁵

Farmakoterapie

Farmakoterapie představuje společně s psychoterapií jeden ze základních pilířů léčby GAD. V klinické praxi se často používá kombinace obou přístupů, protože farmakologická léčba může zmírnit biologickou složku úzkosti, zatímco psychoterapie pomáhá pacientovi změnit maladaptivní kognitivní a behaviorální vzorce. Řada klinických doporučení uvádí, že u středně těžkých a těžších forem GAD je vhodné zvážit farmakoterapii, zejména pokud příznaky významně narušují každodenní fungování pacienta.¹⁸

Cílem farmakologické léčby je především snížení intenzity úzkosti, zlepšení kvality spánku a zvýšení schopnosti pacienta zvládat běžné životní situace. U části pacientů dochází při správně zvolené léčbě také ke zmírnění komorbidních příznaků, například depresivní nálady nebo somatických obtíží.

Léky první volby

Současné mezinárodní doporučené postupy se shodují, že farmakoterapie GAD by měla být založena především na antidepresivech ze skupin SSRI a SNRI, jež mají nejlepší poměr účinnosti a bezpečnosti.^{2,15}

SSRI

Selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu (SSRI) patří mezi nejčastěji používané léky v léčbě GAD. Mezi nejvíce studované přípravky patří například citalopram, escitalopram, fluoxetin, fluvoxamin, paroxetin a sertralin.

Randomizované klinické studie ukazují, že SSRI mohou vést k významnému snížení příznaků úzkosti i ke zlepšení celkové kvality života pacientů. Účinek léčby se obvykle rozvíjí postupně během několika týdnů.^{15,46}

Mezi nejčastější nežádoucí účinky patří gastrointestinální obtíže, poruchy spánku nebo sexuální dysfunkce. Tyto příznaky bývají často přechodné a mohou se během léčby zmírnit.

SNRI

Inhibitory zpětného vychytávání serotoninu a noradrenalinu (SNRI) představují další skupinu léků první volby. Nejvíce evidence existuje pro venlafaxin a duloxetin.¹⁵ Klinické studie ukazují, že SNRI mohou být účinné zejména u pacientů, u kterých se kromě úzkosti objevují také somatické příznaky nebo depresivní příznaky.⁴⁷

Léky druhé volby

Pregabalin

Pregabalin je antikonvulzivum, které se používá také v léčbě úzkostných poruch.^{18,48} Pregabalin je považován za účinnou alternativu u pacientů, kteří netolerují antidepresiva nebo u nich není dosaženo dostatečné odpovědi, přičemž jeho účinnost byla potvrzena v několika metaanalýzách.⁴⁸ Některé klinické studie ukazují, že pregabalin může vést k poměrně rychlému zmírnění úzkostných příznaků. U některých pacientů může být výhodou také jeho účinek na poruchy spánku.¹⁸ Mezi časté nežádoucí účinky patří ospalost, závrať nebo přírůstek hmotnosti.

Buspiron

Buspiron je anxiolytikum s parciální agonistickou aktivitou na serotoninových

receptorech typu 5-HT_{1A}. Jeho účinek se rozvíjí postupně a obvykle se projevuje během několika týdnů léčby.⁴⁶ Buspiron má relativně příznivý profil nežádoucích účinků a není spojen s rizikem závislosti. Na druhé straně může být jeho účinnost u některých pacientů nižší ve srovnání s moderními antidepresivy.⁴⁹

Další možnosti

Tricyklická antidepresiva

Tricyklická antidepresiva, například imipramin, byla dříve používána častěji v léčbě úzkostných poruch.⁴⁷ V současnosti se využívají spíše méně, především kvůli méně příznivému profilu nežádoucích účinků.²¹ Tyto léky mohou způsobovat například sedaci, ortostatickou hypotenzi nebo anticholinergní příznaky. Přesto mohou být v některých případech účinné, zejména pokud pacient nereaguje na léčbu první linie.⁴⁸

Benzodiazepiny

Benzodiazepiny mají rychlý anxiolytický účinek a mohou být účinné při akutním snížení úzkosti. Patří mezi ně například alprazolam, diazepam nebo klonazepam.²¹ Dlouhodobé užívání je spojeno s rizikem tolerance, závislosti a kognitivních nežádoucích účinků. V současných doporučeních jsou benzodiazepiny obvykle doporučovány pouze jako krátkodobá doplňková léčba.⁴⁹

Principy farmakologické léčby

Volba léku

Při výběru farmakoterapie je vhodné zohlednit několik faktorů. Patří mezi ně například závažnost příznaků, přítomnost komorbidních poruch, předchozí zkušenosti pacienta s léčbou a profil nežádoucích účinků.^{21,50}

Důležitým faktorem je také preference pacienta, protože adherence k léčbě je významně ovlivněna tím, zda pacient rozumí smyslu léčby a souhlasí s navrženým postupem.

Délka léčby

Po dosažení terapeutického efektu se obvykle doporučuje pokračovat v léčbě alespoň 6 až 12 měsíců, aby se snížilo riziko relapsu.⁵⁰ U pacientů s chronickým průběhem může být vhodná i delší udržovací léčba.

Kombinace s psychoterapií

Kombinace psychoterapie a farmakoterapie je v klinické praxi velmi častá a může být výhodná zejména u pacientů s těžší symptomatikou nebo s nedostatečnou odpovědí na monoterapii.¹⁵ Zatímco léky mohou snížit biologickou složku úzkosti, psychoterapie pomáhá pacientovi změnit maladaptivní strategie zvládnání stresu.³⁰

Moderní doporučené postupy zdůrazňují tzv. stepped-care přístup, kdy jsou nejprve využívány méně intenzivní intervence (psychoedukace, self-help, digitální terapie) a při nedostatečné odpovědi je léčba postupně intenzifikována.¹⁸

Tento integrativní přístup může vést k dlouhodobějšímu zlepšení a snížení rizika relapsu (tab. 4).

Recentní výzkum rovněž zdůrazňuje význam individualizace farmakologické léčby s ohledem na komorbiditu, genetické faktory a preference pacientů, což představuje směr vývoje tzv. precizní psychiatrie.⁷

Další terapeutické možnosti

V současných doporučeních se proto stále více zdůrazňuje význam komplexního přístupu, který kombinuje psychoterapii, farmakoterapii a úpravu životního stylu.¹⁸ Zvláště u pacientů s dlouhodobým stresem nebo sedavým životním stylem může mít změna každodenních návyků významný terapeutický efekt.

Tělesná aktivita

V posledních letech se objevuje stále více důkazů o tom, že pravidelná fyzická aktivita může mít pozitivní vliv na příznaky úzkosti i deprese. Aerobní pohyb, například rychlá chůze, běh, plavání nebo jízda na kole, může přispět ke snížení úzkosti prostřednictvím

několika mechanismů. Fyzická aktivita může zvyšovat produkci endorfinů a ovlivňovat regulaci neurotransmiterů, které se podílejí na regulaci nálad a stresu. Současně může docházet ke zlepšení funkce hypotalamo-hypofyzárně-adrenální osy, která je zapojena do stresové reakce organismu.⁵¹ Tato metaanalýza ukazuje, že pravidelná fyzická aktivita může vést k mírnému až střednímu snížení příznaků úzkosti. U některých pacientů může být pohyb také důležitým nástrojem pro regulaci napětí a zlepšení spánku. Z klinického hlediska se obvykle doporučuje alespoň středně intenzivní aerobní aktivita několikrát týdně. Výběr konkrétní aktivity by měl být přizpůsoben fyzickému stavu pacienta a jeho preferencím.

Relaxační a regulační techniky

Relaxace patří mezi tradiční techniky používané při léčbě úzkostných poruch. Tyto postupy se zaměřují především na snížení fyziologické aktivity, která je u pacientů s úzkostí často zvýšená.

Progresivní svalová relaxace

Princip progresivní svalové relaxace spočívá ve střídání napětí a uvolnění jednotlivých svalových skupin, což pomáhá pacientovi lépe rozpoznávat tělesné napětí a postupně ho snižovat. Některé studie ukazují, že pravidelný nácvik progresivní svalové relaxace může vést ke snížení subjektivního napětí a zlepšení kvality spánku.⁵²

Dechová cvičení

Další často používanou technikou jsou dechová cvičení. Pomalejší a hlubší dýchání do břicha může aktivovat parasympatický nervový systém a přispět k uklidnění organismu.

Lifestyle intervence

Úzkostné poruchy jsou často ovlivňovány životním stylem a každodenními

návyky. V některých případech mohou relativně malé změny v životním stylu přispět k významnému zlepšení psychického stavu.⁵³

Spánek

Poruchy spánku jsou u pacientů s GAD velmi časté. Chronické přemítání může narušovat usínání i kontinuitu spánku. Nedostatečný spánek pak může zpětně zvyšovat citlivost na stres. Součástí léčby proto často bývá edukace o spánkové hygieně.⁵³ Ta zahrnuje například pravidelný spánkový režim, omezení stimulujících aktivit před spaním nebo snížení expozice světlu z elektronických zařízení.

Kofein

Kofein je stimulant centrálního nervového systému, který může u některých jedinců zvyšovat úzkost a nervozitu. Vyšší konzumace kofeinu může být spojena také s poruchami spánku.

U pacientů s úzkostnými poruchami je proto vhodné zvážit omezení příjmu kofeinových nápojů zejména ve večerních hodinách.

Stres management

Důležitou součástí léčby může být také nácvik strategií zvládnání stresu. Ty mohou zahrnovat plánování času, rozdělení náročných úkolů na menší kroky nebo rozvoj aktivit, které podporují psychickou pohodu.⁵³ Z klinické zkušenosti vyplývá, že pacienti, kteří aktivně pracují na regulaci stresu a životního stylu, často lépe reagují na psychoterapii i farmakologickou léčbu.

Prognóza a prevence relapsu

Průběh GAD bývá často dlouhodobý a kolísavý. U části pacientů se

Tab. 4 Přehled farmakoterapie GAD

Skupina léků	Příklady	Postavení v léčbě	Hlavní poznámky
SSRI	Escitalopram, paroxetin, sertralín	První volba	Dobrá evidence účinnosti
SNRI	Venlafaxin, duloxetin	První volba	Účinné také u somatických příznaků
Pregabalin	Pregabalin	Druhá volba	Rychlejší nástup účinku
Buspiron	Buspiron	Druhá volba	Nízké riziko závislosti
Tricyklická antidepressiva	Imipramin	Alternativní léčba	Více nežádoucích účinků
Benzodiazepiny	Alprazolam, diazepam	Krátkodobé použití	Riziko závislosti

GAD - generalizovaná úzkostná porucha; SSRI - selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu; SNRI - inhibitory zpětného vychytávání serotoninu a noradrenalinu

Tab. 5 Praktický postup při podezření na GAD

Krok	Doporučený postup
1	Zhodnocení příznaků úzkosti a somatických obtíží
2	Využití screeningových škál (např. GAD-7)
3	Vyloučení somatických příčin obtíží
4	Zvážení psychoterapie nebo farmakoterapie
5	Odeslání ke specialistovi při komplikovaném průběhu

GAD - generalizovaná úzkostná porucha

příznaky objevují již v mladší dospělosti a mohou přetrvávat řadu let. Charakteristické je střídání období relativní stability a období zhoršení, které bývá často spojeno se zvýšenou zátěží nebo významnými životními změnami.⁴⁹

Prognóza onemocnění je značně individuální. Někteří pacienti reagují dobře na léčbu a mohou dosáhnout dlouhodobé remise, zatímco u jiných přetrvávají reziduální příznaky nebo dochází k opakovaným relapsům. Významným faktorem lepší prognózy je včasná diagnostika a zahájení adekvátní léčby.⁷

Udržovací léčba

Po dosažení zmírnění příznaků se obvykle doporučuje pokračovat v léčbě ještě několik měsíců. U farmakoterapie je často doporučováno pokračovat alespoň 6 až 12 měsíců po dosažení remise, aby se snížilo riziko relapsu.^{46,50} U pacientů s opakovanými epizodami nebo chronickým průběhem může být vhodná dlouhodobější udržovací léčba. Důležitou součástí je také postupné a opatrné vysazování farmakoterapie, které by mělo probíhat pod lékařským dohledem.

Psychoterapeutické strategie

Psychoterapie může hrát významnou roli nejen v akutní léčbě, ale také v prevenci relapsu.⁵³ Pacienti se během terapie učí rozpoznávat časné signály zhoršení úzkosti a využívat strategie, které jim pomáhají zvládat stres.

Důležitou součástí jsou například:

- práce s přemítáním a katastrofickými myšlenkami,
- rozvoj adaptivních strategií zvládnutí stresu,
- nácvik relaxačních technik,
- postupné snižování vyhybavého chování.

Tyto dovednosti mohou pacientům pomoci zvládat budoucí stresové situace bez výrazného zhoršení příznaků.

Prevence chronifikace

Chronifikace úzkostných poruch může být spojena s několika faktory. Patří mezi ně například dlouhodobý stres, komorbidní depresivní porucha nebo nedostatečná léčba v raných fázích onemocnění.

V klinické praxi je proto důležité věnovat pozornost včasné intervenci a pravidelnému sledování pacientů s přetrvávající úzkostí. Včasná léčba může snížit riziko dlouhodobého průběhu a zlepšit kvalitu života pacientů.¹⁵

Praktická doporučení pro lékaře

Generalizovaná úzkostná porucha je jednou z nejčastějších duševních poruch v primární péči. Mnoho pacientů však zůstává nediagnostikováno, protože své obtíže prezentují především jako somatické příznaky, například únavu, bolesti hlavy nebo poruchy spánku.

Praktický lékař často jako první rozpozná úzkostné obtíže a může zahájit základní diagnostiku i léčbu.

Screening v primární péči

Jedním z užitečných nástrojů pro identifikaci úzkostných poruch jsou krátké screeningové škály. Například dotazník GAD-7 může pomoci rychle posoudit přítomnost a závažnost úzkostných příznaků.⁵ Screening je vhodné zvážit zejména u pacientů, kteří opakovaně přicházejí s nespecifickými somatickými obtížemi, poruchami spánku nebo chronickou únavou.



Ilustrační foto. Všechny osoby jsou modelkami. Zdroj: iStock

Indikace psychoterapie

Psychoterapie je doporučována zejména u pacientů s mírnou až středně těžkou formou GAD.⁵³ V mnoha případech může být KBT účinná jako samostatná léčba. Psychoterapie může být také vhodná u pacientů, kteří preferují nefarmakologickou léčbu nebo mají obavy z užívání psychofarmak.

Indikace farmakoterapie

Farmakologická léčba je obvykle indikována u pacientů se středně těžkými nebo těžkými příznaky úzkosti, zejména pokud dochází k významnému narušení každodenního fungování; může být vhodná u pacientů, kteří nereagují dostatečně na psychoterapii anebo trpí výraznými somatickými příznaky.⁵⁰

Kdy odeslat pacienta k psychiatrovi

Odeslání k psychiatrovi je vhodné zvažovat v několika situacích:

- pokud je diagnóza nejasná,
- pokud jsou přítomny závažné komorbidity,
- pokud pacient nereaguje na základní léčbu,

– pokud se objevují suicidální myšlenky.

Včasná spolupráce praktického lékaře a psychiatra může významně zlepšit průběh léčby (tab. 5).

Závěr

Generalizovaná úzkostná porucha patří mezi nejčastější psychické poruchy v klinické praxi a je spojena s významným dopadem na kvalitu života pacientů. Charakteristickým rysem této poruchy je chronická ústaranost, která může být provázena řadou somatických i psychických příznaků.

Včasná diagnostika a léčba mohou významně zlepšit prognózu pacientů s GAD. Nejvíce empirických důkazů podporuje využití KBT a farmakologické léčby pomocí moderních antidepresiv.

V posledních letech se objevují také nové terapeutické možnosti, například digitální psychotherapeutické programy, virtuální realita nebo mobilní aplikace podporující psychickou pohodu.

Optimální léčba GAD by měla být komplexní a přizpůsobená individuálním potřebám pacienta. Kombinace psychoterapie, farmakoterapie a podpůrných intervencí může vést nejen ke zmírnění příznaků, ale i k dlouhodobému zlepšení kvality života.

Prof. MUDr. Ján Praško Pavlov, CSc.¹⁻⁵, PhDr. Marie Ocisková, Ph.D.^{1,2,5},
MUDr. Ijisesan Perryová Racheal Temitope¹, MUDr. Ben Eden², Mgr. Zdeněk Maté^{1,2}

¹Univerzita Palackého v Olomouci, Lékařská fakulta a Fakultní nemocnice Olomouc, Klinika psychiatrie

²Centrum duševní rehabilitace Jessenia, Rehabilitační nemocnice Beroun, Akeso holding

³Univerzita Konstantína Filozofa v Nitre, Fakulta sociálních věd a zdravotnictva, Katedra psychologických věd, Slovensko

⁴Katedra psychoterapie, IPVZ Praha

⁵Mindwalk, s.r.o., Praha

Korespondenční adresa: praskojan@seznam.cz

Literatura

- Kessler RC, Berglund P, Demler O, et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62:593–602. doi: 10.1001/archpsyc.62.6.593. Erratum in: *Arch Gen Psychiatry* 2005;62:768. Merikangas, Kathleen R [added]. PMID: 15939837.
- Baldaçara L, Paschoal AB, Pinto AF, et al. Brazilian Psychiatric Association treatment guidelines for generalized anxiety disorder: perspectives on pharmacological and psychotherapeutic approaches. *Braz J Psychiatry* 2024;46:e20233235. doi: 10.47626/1516-4446-2023-3235. Epub 2023 Nov 13. PMID: 37956131; PMCID: PMC11302992.
- Behar E, DiMarco ID, et al. Current theoretical models of generalized anxiety disorder (GAD): conceptual review and treatment implications. *J Anxiety Disord* 2009;23:1011–1023. doi: 10.1016/j.janxdis.2009.07.006. Epub 2009 Jul 8. PMID: 19700258.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed., text revision (DSM-5-TR). Washington DC: APA; 2022.
- Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Arch Intern Med* 2006;166:1092–1097. doi: 10.1001/archinte.166.10.1092. PMID: 16717171.
- Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983;67:361–370. doi: 10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x. PMID: 6880820.
- Schiele MA, Fagan HA, Baldwin DS, Domschke K. Integrative Systematic Review on Pharmacological, Psychotherapeutic, and Neurostimulatory Treatment Options in Treatment-Resistant Anxiety Disorders. *Psychother Psychosom* 2025 Sep 14:1–34. doi: 10.1159/000547926. Epub ahead of print. PMID: 40946318.
- Andrews G, Basu A, Cuijpers P, et al. Computer therapy for the anxiety and depression disorders is effective, acceptable and practical health care: An updated meta-analysis. *J Anxiety Disord* 2018;55:70–78. doi: 10.1016/j.janxdis.2018.01.001. Epub 2018 Feb 1. PMID: 29422409.
- Hettema JM, Neale MC, Kendler KS. A review and meta-analysis of the genetic epidemiology of anxiety disorders. *Am J Psychiatry* 2001;158:1568–1578. doi: 10.1176/appi.ajp.158.10.1568. PMID: 11578982.
- Nutt DJ, Ballenger JC, Sheehan D, Wittchen HU. Generalized anxiety disorder: comorbidity, comparative biology and treatment. *Int J Neuropsychopharmacol* 2002;5:315–325. doi: 10.1017/S1461145702003048. PMID: 12466031.
- Etkin A, Prater KE, Schatzberg AF, et al. Disrupted amygdalar subregion functional connectivity and evidence of a compensatory network in generalized anxiety disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2009;66:1361–1372. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2009.104. PMID: 19996041; PMCID: PMC12553334.
- Borza L. Cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety. *Dialogues Clin Neurosci* 2017;19:203–208. doi: 10.31887/DCNS.2017.19.2/lborza. PMID: 28867944; PMCID: PMC5573564.
- Wells A. The Metacognitive Model of GAD: Assessment of Meta-Worry and Relationship With DSM-IV Generalized Anxiety Disorder. *Cognit Ther Res* 2005;29:107–121. <https://doi.org/10.1007/s10608-005-1652-0>
- Barlow DH. *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2nd ed.). The Guilford Press, 2002.
- Bandelow B, Michaelis S. Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. *Dialogues Clin Neurosci* 2015;17:327–335. doi: 10.31887/DCNS.2015.17.3/bbandelow. PMID: 26487813; PMCID: PMC4610617.
- Craske MG, Stein MB. Anxiety. *Lancet* 2016;388:3048–3059. doi: 10.1016/S0140-6736(16)30381-6. Epub 2016 Jun 24. PMID: 27349358.
- Abramowitz JS, Jacoby RJ. Obsessive compulsive disorder in the DSM 5. *Clin Psychol Sci Pract* 2014;21:221–235. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12076>
- Bandelow B, Michaelis S, Wedekind D. Treatment of anxiety disorders. *Dialogues Clin Neurosci* 2017;19:93–107. doi: 10.31887/DCNS.2017.19.2/bbandelow. PMID: 28867934; PMCID: PMC5573566.
- Hofmann SG, Asnaani A, Vonk IJ, et al. The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses. *Cognit Ther Res* 2012;36:427–440. doi: 10.1007/s10608-012-9476-1. Epub 2012 Jul 31. PMID: 23459093; PMCID: PMC3584580.

20. Cuijpers P, Cristea IA, Karyotaki E, et al. How effective are cognitive behavior therapies for major depression and anxiety disorders? A meta-analytic update of the evidence. *World Psychiatry* 2016;15:245–258. doi: 10.1002/wps.20346. PMID: 27717254; PMCID: PMC5032489.
21. Carl E, Witcraft SM, Kauffman BY, et al. Psychological and pharmacological treatments for generalized anxiety disorder (GAD): a meta-analysis of randomized controlled trials. *Cogn Behav Ther* 2020;49:1–21. doi: 10.1080/16506073.2018.1560358. Epub 2019 Feb 14. PMID: 30760112; PMCID: PMC7063818.
22. Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, et al. Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behav Res Ther* 2006;44:1–25. doi: 10.1016/j.brat.2005.06.006. PMID: 16300724.
23. Newman MG, Llera SJ. A novel theory of experiential avoidance in generalized anxiety disorder: a review and synthesis of research supporting a contrast avoidance model of worry. *Clin Psychol Rev* 2011;31:371–382. doi: 10.1016/j.cpr.2011.01.008. Epub 2011 Jan 26. PMID: 21334285; PMCID: PMC3073849.
24. Hofmann SG, Hayes SC. The Future of Intervention Science: Process-Based Therapy. *Clin Psychol Sci* 2019;7:37–50. doi: 10.1177/2167702618772296. Epub 2018 May 29. PMID: 30713811; PMCID: PMC6350520.
25. Çınaroğlu M, Yılmaz E, Ülker SV, Hizli Sayar G. Comparative Efficacy of Brief Psychoanalytic Psychotherapy and Cognitive Behavioral Therapy for Generalized Anxiety Disorder: A Randomized Controlled Trial. *J Clin Med* 2026;15:1472. doi: 10.3390/jcm15041472. PMID: 41753159; PMCID: PMC12942468.
26. Clark DA, Beck AT. *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: Science and practice*. The Guilford Press, 2010.
27. Normann N, Morina N. The Efficacy of Metacognitive Therapy: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Front Psychol* 2018;9:2211. doi: 10.3389/fpsyg.2018.02211. PMID: 30487770; PMCID: PMC6246690.
28. Hasheminasab M, Babapour Kheiroddin J, Mahmood Aliloo M, Fakhari A. Acceptance and Commitment Therapy (ACT) For Generalized Anxiety Disorder. *Iran J Public Health* 2015;44:718–719. PMID: 26284220; PMCID: PMC4537636.
29. Ruiz FJ, Peña-Vargas A, Ramírez ES, et al. Efficacy of a two-session repetitive negative thinking-focused acceptance and commitment therapy (ACT) protocol for depression and generalized anxiety disorder: A randomized waitlist control trial. *Psychotherapy (Chic)* 2020;57:444–456. doi: 10.1037/pst000273. Epub 2020 Jan 16. PMID: 31944806.
30. Bommarito S, Stevenson A, Warren R. Self-Compassion Across Anxiety and Mood Disorders: Implications for Treatment. *Curr Psychiatry Rep* 2025;27:134–139. doi: 10.1007/s11920-024-01582-5. Epub 2024 Dec 27. PMID: 39725816.
31. Ma Y, Ge Z, Wu X. Effects of Buspirone Combined with Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Emotional Improvement, Sleep Quality, and Serum Cortisol Level in Patients with Generalized Anxiety Disorder. *Psychiatry Clin Psychopharmacol* 2025 Nov 13. doi: 10.5152/pcp.2025.251242. Epub ahead of print. PMID: 41562592.
32. Haller H, Breilmann P, Schröter M, et al. A systematic review and meta-analysis of acceptance- and mindfulness-based interventions for DSM-5 anxiety disorders. *Sci Rep* 2021;11:20385. doi: 10.1038/s41598-021-99882-w. PMID: 34650179; PMCID: PMC8516851.
33. Tang G, Chen B, Wu M, et al. Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy for treating generalized anxiety disorder and the moderating influence of abuse during childhood: A randomized controlled trial. *J Affect Disord* 2025;379:510–518. doi: 10.1016/j.jad.2025.02.103. Epub 2025 Mar 2. PMID: 40037493.
34. De Herrera JM, Turk CL. Impact of a brief self-compassion intervention on state emotion dysregulation in self-reported generalized anxiety disorder. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2025;87:102012. doi: 10.1016/j.jbtep.2024.102012. Epub 2025 Jan 15. PMID: 39827752.
35. Sun X, Zhang L, Pan Y, et al. Group interpersonal psychotherapy for generalized anxiety disorder: development process and a pilot test. *Clinics (Sao Paulo)* 2025;80:100664. doi: 10.1016/j.clinsp.2025.100664. PMID: 40279951; PMCID: PMC12060518.
36. Markowitz JC, Weissman MM. Interpersonal psychotherapy: principles and applications. *World Psychiatry* 2004;3:136–139. PMID: 16633477; PMCID: PMC1414693.
37. Ramos-García V, Rivero-Santana A, Peñate-Castro W, et al. A Brief Web-Based Person-Centered Care Group Training Program for the Management of Generalized Anxiety Disorder: Feasibility Randomized Controlled Trial in Spain. *JMIR Med Educ* 2025;11:e50060. doi: 10.2196/50060. PMID: 39819759; PMCID: PMC11756839.
38. Philippe TJ, Sikder N, Jackson A, et al. Digital Health Interventions for Delivery of Mental Health Care: Systematic and Comprehensive Meta-Review. *JMIR Ment Health* 2022;9:e35159. doi: 10.2196/35159. PMID: 35551058; PMCID: PMC9109782.
39. Andersson G, Cuijpers P, Carlbring P, et al. Guided Internet-based vs. face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders: a systematic review and meta-analysis. *World Psychiatry* 2014;13:288–295. doi: 10.1002/wps.20151. PMID: 25273302; PMCID: PMC4219070.
40. Bělohřadová K, Praško J, Ocisková M, et al. On-line KBT pro všeobecnou úzkost: pilotní studie. *Psychiatr praxi* 2026;27:E1–E7 | DOI: 10.36290/psy.2026.009
41. Freeman D, Reeve S, Robinson A, et al. Virtual reality in the assessment, understanding, and treatment of mental health disorders. *Psychol Med* 2017;47:2393–2400. doi: 10.1017/S003329171700040X. Epub 2017 Mar 22. PMID: 28325167; PMCID: PMC5964457.
42. Carl E, Stein AT, Levihn-Coon A, et al. Virtual reality exposure therapy for anxiety and related disorders: A meta-analysis of randomized controlled trials. *J Anxiety Disord* 2019;61:27–36. doi: 10.1016/j.janxdis.2018.08.003. Epub 2018 Aug 10. PMID: 30287083.
43. Andersson G. Internet-Delivered Psychological Treatments. *Annu Rev Clin Psychol* 2016;12:157–79. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-021815-093006. Epub 2015 Dec 11. PMID: 26652054.
44. Carlbring P, Andersson G, Cuijpers P, Riper H, Hedman-Lagerlöf E. Internet-based vs. face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders: an updated systematic review and meta-analysis. *Cogn Behav Ther* 2018;47:1–18. doi: 10.1080/16506073.2017.1401115. Epub 2017 Dec 7. PMID: 29215315.
45. Firth J, Torous J, Nicholas J, et al. The efficacy of smartphone-based mental health interventions for depressive symptoms: a meta-analysis of randomized controlled trials. *World Psychiatry* 2017;16:287–298. doi: 10.1002/wps.20472. PMID: 28941113; PMCID: PMC5608852.
46. Baldwin DS, Aitchison K, Bateson A, et al. Benzodiazepines: risks and benefits. A reconsideration. *J Psychopharmacol* 2013;27:967–971. doi: 10.1177/0269881113503509. Epub 2013 Sep 24. PMID: 24067791.
47. Hunot V, Churchill R, Silva de Lima M, Teixeira V. Psychological therapies for generalised anxiety disorder. *Cochrane Database Syst Rev* 2007;2007:CD001848. doi: 10.1002/14651858.CD001848.pub4. PMID: 17253466; PMCID: PMC7025441.
48. Slee A, Nazareth I, Bondaronek P, Liu Y, Cheng Z, Freemantle N. Pharmacological treatments for generalised anxiety disorder: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet* 2019;393:768–777. doi: 10.1016/S0140-6736(18)31793-8. Epub 2019 Jan 31. Erratum in: *Lancet*. 2019 Apr 27;393:1698. doi: 10.1016/S0140-6736(19)30857-8. PMID: 30712879.
49. Stein MB, Sareen J. Clinical practice. Generalized Anxiety Disorder. *N Engl J Med* 2015;373:2059–2068. doi: 10.1056/NEJMcp1502514. PMID: 26580998.
50. Baldwin DS, Anderson IM, Nutt DJ, et al. Evidence-based pharmacological treatment of anxiety disorders, post-traumatic stress disorder and obsessive-compulsive disorder: a revision of the 2005 guidelines from the British Association for Psychopharmacology. *J Psychopharmacol* 2014;28:403–439. doi: 10.1177/0269881114525674. Epub 2014 Apr 8. PMID: 24713617.
51. Stubbs B, Vancampfort D, Rosenbaum S, et al. An examination of the anxiolytic effects of exercise for people with anxiety and stress-related disorders: A meta-analysis. *Psychiatry Res* 2017;249:102–108. doi: 10.1016/j.psychres.2016.12.020. Epub 2017 Jan 6. PMID: 28088704.
52. Manzoni GM, Pagnini F, Castelnuovo G, Molinari E. Relaxation training for anxiety: a ten-years systematic review with meta-analysis. *BMC Psychiatry* 2008;8:41. doi: 10.1186/1471-244X-8-41. PMID: 18518981; PMCID: PMC2427027.
53. National Institute for Health and Care Excellence. Generalised anxiety disorder and panic disorder in adults: management (CG113). London: NICE; 2020.