

Úvod

Generalizovaná úzkostná porucha (GAD) patří mezi nejběžnější úzkostné poruchy s celoživotní prevalencí okolo 5,7 %, 12měsíční prevalence u lidí mladších 65 let je 1,7 %, u jedinců starších 65 let pak 3,4 %. Výskyt GAD je často vyšší u žen než u mužů, přičemž poměr žen k mužům je přibližně 2 : 1 (1). Věková distribuce ukazuje, že GAD může vzniknout v jakémkoli věku, ale častěji se projevuje v rané dospělosti nebo v období dospívání. Je také častější u lidí s rodinnou anamnézou úzkostných poruch nebo jiných duševních onemocnění. Patří mezi heritabilní onemocnění s mírnou zátěží, dědičnost se pohybuje kolem 30 %. Je úzce spjata s nozologickými jednotkami, jako je dětská separační úzkostná porucha, sociální fobie a panická porucha (2). Její výskyt se neustále zvyšuje v důsledku rychlého tempa moderního života, pracovního stresu a sociálních tlaků.

Obecná charakteristika

Generalizovaná úzkostná porucha (GAD) je charakterizována chronickou, nadměrnou a obtížně kontrolovatelnou úzkostí týkající se širokého spektra událostí či aktivit, která je neúměrná jejich reálnému významu či pravděpodobnosti. Obavy u pacientů s GAD většinou nebývají striktně ovlivněné zevními faktory. Úzkost je tzv. volně plynoucí. Typický je pocit, že se „něco špatného stane“. Diagnóza GAD vyžaduje přítomnost úzkosti doprovázené dalšími příznaky, jako je psychomotorický neklid, zvýšená únava, obtíže se soustředěním, podrážděnost, svalová tenze a poruchy spánku (u dětí stačí 1 příznak). GAD se často komorbidně vyskytuje se somatickými stavy, například syndromem dráždivého tračníku či tenzními bolestmi hlavy (3). Generalizovaná úzkostná porucha je rovněž asociována se zvýšeným rizikem suicidálních myšlenek a chování. Klinický obraz GAD zůstává relativně konzistentní napříč věkovými kohortami, přičemž obsah obav se liší podle vývojového období – u dospělých dominuje úzkost související s pracovním výkonem, zdravím či rodinným zázemím, u dětí a adolescentů jde převážně o školní úspěchy a u seniorů o chronická onemocnění či riziko pádů. Na rozdíl od běžné úzkosti jsou obavy u GAD intenzivnější, trvalejší, často vznikají bez specifických spouštěčů a významně narušují psychosociální fungování jedince (4).

Klasifikace

Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN) slouží ke standardizaci diagnostiky a klasifikace nemocí a zdravotních problémů. První verze MKN byla vydána Světovou zdravotnickou organizací (WHO) v roce 1948 a od té doby prošla několika revizemi. MKN-10, desátá revize této klasifikace, byla přijata v roce 1990 a oficiálně publikovaná v roce 1992. Její implementace byla postupná a v mnoha zemích se plně uplatnila až v následujících letech (5).

Historie klasifikace duševních nemocí je složitá a odráží měnící se názory na psychické zdraví. V průběhu 20. století došlo k posunu od psychodynamických teorií, reprezentovaných zejména Sigmundem Freudem, které dominovaly v první polovině století, k biologickým a kognitivním přístupům. Tento vývoj ovlivnil i klasifikaci duševních poruch v MKN. Například v MKN-9 byla Generalizovaná úzkostná porucha (GAD) již zahrnuta mezi úzkostné poruchy, ale její definice a diagnostická kritéria byla v MKN-10 revidována.

V MKN-10 je GAD definována jako chronická porucha charakterizovaná nadměrnou a neovladatelnou úzkostí a obavami, které trvají nejméně šest měsíců. Tato revize reflektovala rostoucí důraz na biologické a psychologické aspekty úzkosti, což vedlo k širšímu uznání GAD jako samostatné diagnózy (6). V této souvislosti se také změnil pohled na léčbu, kdy se začaly více prosazovat kombinované terapeutické přístupy zahrnující psychoterapii a farmakoterapii (7).

Aktuálně je v ČR stále platná a používaná Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. verze (viz tabulka 1).

V MKN-11, která byla oficiálně zavedena 1. ledna 2022, došlo k několika důležitým změnám v klasifikaci duševních poruch, včetně GAD. Doposud ale chybí její oficiální překlad do českého jazyka. GAD je v ní klasifikována pod kódem 6B00. Zařazena je do kategorie 6B00–6B0Z Anxiety or fear related disorders. Tato nová klasifikace klade důraz na dimenzionální přístup oproti předchozímu kategorickému přístupu k diagnostice a léčbě. To znamená, že nad rámec posuzování přítomnosti nebo nepřítomnosti určitého onemocnění MKN-11 zohledňuje také intenzitu, závažnost a trvání symptomů. To vede k lepšímu pochopení variability symptomů u jednotlivých pacientů. Nová klasifikace navíc zdůrazňuje vývojové změny,

pohlavní a genderové rozdíly a také kulturní kontext. MKN-11 lépe reflektuje také častou komorbiditu GAD s dalšími duševními poruchami, jako je depresivní porucha a další úzkostné poruchy, a zlepšuje tak diagnostiku při atypických nebo komplexních projevech onemocnění (8). Srovnání mezi MKN-10 a MKN-11 pro generalizovanou úzkostnou poruchu najdete v tabulce 1.

Po provedené diagnostice by měla být na začátku péče o pacienty trpící GAD zmapována počáteční míra úzkosti. V klinické praxi jde většinou o prosté dotazy specialisty při vstupním pohovoru. Přesto je doporučováno opřít se o validované dotazníky. Pro určení diagnostiky a tíže GAD slouží tzv. 7položková škála generalizované úzkostné poruchy tzv. GAD-7. Tento dotazník vykazuje senzitivitu 89 % (tedy úspěšnost v zachycení jednotlivých případů) a specifitu 82 % (tedy úspěšnost v zachycení negativních výsledků) pro záchyt GAD (9). V praxi i v klinických studiích je nejčastěji používána Hamiltonova škála úzkosti (HAM-A) pro objektivní posouzení psychiatrem a další dotazníky, jako je škála pro subjektivní posuzování Beckův inventář úzkosti (BAI). V klinických studiích je jako odpověď na léčbu standardně považován pokles skóre na škále HAM-A o 50 % a více, jako remise bývá označováno dosažení skóre na škále HAM-A ≤ 7 . Dle validačních studií má škála HAM-A i své limity a zdá se nedostatečná k rozlišení anxiolytického a antidepresivního efektu, navíc je škála somatických obtíží silně spojena s možnými somatickými nežádoucími účinky léčby (10).

Psychofarmakologická léčba

Problematicke psychofarmakologické léčby u GAD se podrobně věnuje přehledová práce z roku 2022 (11). V této části naleznete krátké shrnutí a aktualizaci přístupů ve farmakoterapii.

V léčbě generalizované úzkostné poruchy (GAD) rozlišujeme krátkodobé terapeutické přístupy (dosažení odpovědi na léčbu) a dlouhodobé terapeutické přístupy (prevenci relapsu onemocnění). Mezi farmaka první volby patří antidepresiva, zejména selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu (SSRI) a duálně působící inhibitory noradrenalinu a serotoninu (SNRI), s odhadovanou pravděpodobností odpovědi na terapii 60–75 % (12). Doporučená počáteční dávka antidepresiv je ovšem nižší než u afektivních poruch, z důvodu minimalizace počátečního nárůstu úzkosti a zvládnutí