

celkové horší tolerance medikace u pacientů s GAD. Dlouhodobá prevence relapsu by měla trvat 6–18 měsíců, avšak adherence pacientů k léčbě je často nízká. Až 46 % pacientů vysazuje medikaci po prvotním zlepšení příznaků, tedy předčasně. Mezi nejčastější důvody vysazení medikace patří nežádoucí účinky, a to zejména sexuální dysfunkce, poruchy spánku a přibývání na váze (12).

Efektivita některých farmak, užívaných v ČR jako 1. volba, tedy escitalopramu, paroxetinu, sertralinu, venlafaxinu, byla již dobře zdokumentována. Dalším nadějným lékem je duloxetin, jehož preskripce byla pro psychiatry uvolněna teprve nedávno. Na krátkodobou symptomatickou léčbu se nadále používají benzodiazepinová anxiolytika, která jsou však spojena s vysokým rizikem závislosti. Hydroxyzin, nebenzodiazepinové anxiolytikum, je využíván jako lék 2. volby, avšak jeho doporučení ke klinickému použití je omezeno kvůli nedostatečné kvalitě studií zkoumajících jeho efekt v léčbě GAD (13).

Pregabalin má poměrně dobře dokumentovanou efektivitu u pacientů s GAD, a to ve

studiích kontrolovaných placebem, ve srovnání s benzodiazepiny i venlafaxinem (14, 15, 16). Jeho nástup účinku je poměrně rychlý, přibližně jeden týden. Mezi jeho časté nežádoucí účinky patří závratě, ospalost a bolest hlavy, nicméně nejčastější překážkou v jeho dlouhodobém užívání je nárůst hmotnosti, který se zdá být úměrný dávce (14). Dalším problémem spojeným s užíváním pregabalínu je jeho návykový potenciál, v dávkách přesahujících terapeutické nebo při alternativním podání intranasálně nebo intravenózně může způsobovat euforii nebo disociativní stavy (17). Doporučuje se proto opatrnost při jeho podávání pacientům s historií závislosti a v některých zemích patří mezi kontrolované látky.

Nové přípravky, jako agomelatin a buspiron, se ukazují jako slibné alternativy. Agomelatin, selektivní agonista melatonergních receptorů, je již doporučován jako první volba v zahraničí, a to zejména u starších pacientů. Výhodou je jeho nízké kardiiovaskulární riziko, a u mladší populace i nízké riziko sexuálních dysfunkcí (18). Další nebenzodiazepinové anxiolytikum, buspi-

ron, vykazuje v komparativních analýzách vyšší účinnost v porovnání s benzodiazepiny (19).

Antipsychotika druhé generace, jako risperidon a kvetiapin, jsou zvažována v augmentační léčbě, přičemž kvetiapin prokázal určitou efektivitu i v monoterapii (20).

Fytofarmaka, jako Silexan a Kava, jsou mezi pacienty stále populárnější. Silexan, derivát levandulového oleje, prokázal srovnatelnou účinnost s lorazepamem a paroxetinem bez závažných nežádoucích účinků. Je však potřeba upozornit, že levandulový olej byl asociován s narušením signalizace pohlavních steroidních hormonů a zvýšené působení estrogenu na prsní žlázu může u prepubertálních dětí vést k rozvoji gynekomastie (21). Naopak Kava, ač často používaná, neprokázala signifikantní účinnost v léčbě GAD a byla spojena s nežádoucími účinky (22). Celkově se ukazuje, že i přes existenci různých terapeutických možností je léčba GAD komplexní a vyžaduje pečlivou individualizaci přístupu.

V souhrnu lze dle současných doporučených postupů pro léčbu GAD dle Světové fe-

Tab. 1. Generalizovaná úzkostná porucha dle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN)

Verze MKN	10. revize (MKN-10) (5)	11. revize (MKN-11) (8)	Hlavní rozdíly
Kód	F41.1	6B00	
Definice GAD	Po období alespoň 6 měsíců výrazné napětí, obavy a zlé předtuchy u každodenních událostí a problémů.	Výrazné příznaky úzkosti, které přetrvávají po dobu nejméně několika měsíců a jsou přítomny většinu dní.	Zjednodušení definice, zaměření na chroničnost a nadměrné obavy, spíše než na trvalý pocit úzkosti.
Diagnostická kritéria	A) Nadměrná úzkost a obavy přítomné většinu dní po dobu alespoň 6 měsíců B) Přítomnost příznaků vegetativní aktivity a alespoň tří z následujících kategorií příznaků: ■ Příznaky týkající se hrudi a břicha ■ Příznaky týkající se duševního stavu ■ Příznaky napětí ■ Všeobecné příznaky – jiné nespecifické (např. zvýšená ostražitost)	A) Přítomnost výrazné úzkosti projevující se buď obecnou obavou nebo nadměrných a obtížně kontrolovatelných obav a úzkostí v několika oblastech života, přítomné většinu dní po dobu alespoň několika měsíců B) Přítomnost dalších charakteristických příznaků: ■ Svalové napětí a motorický neklid ■ Vegetativní příznaky ■ Subjektivní pocit nervozity, neklidu nebo „napětí“ ■ Kognitivní příznaky – potíže se soustředěním. ■ Podrážděnost ■ Poruchy spánku C) Příznaky způsobují významné obtíže nebo významné narušení osobních, rodinných, sociálních vztahů, ve vzdělávání, v zaměstnání nebo jiných důležitých oblastech fungování	Podobnost v kritériích, MKN-10 explicitně uvádí tělesné (vegetativní) symptomy spojené s úzkostí, a zachovává podobnou časovou osu. MKN-11 klade důraz na funkční postižení.
Doplňující charakteristiky	—	Klasifikace zahrnuje také: ■ Popis změn závažnosti příznaků během života ■ Vývojové charakteristiky u dětí a dospívajících ■ Kulturně-relevantní specifika ■ Charakteristiky související s pohlavím a/nebo genderem	MKN-11 klade větší důraz na kulturní, vývojové a další faktory, které mohou ovlivnit projev GAD.