

Marie Ocisková, Ján Praško

Generalizovaná úzkostná porucha v klinické praxi



KATALOGIZACE V KNIZE - NÁRODNÍ KNIHOVNA ČR

Ocisková, Marie

Generalizovaná úzkostná porucha v klinické praxi /

Marie Ocisková, Ján Praško. -- Vydání 1. -- Praha :

Grada Publishing, 2017. -- 264 stran. -- (Psyché)

ISBN 978-80-247-5822-0

616.89-008.441 * 616-07 * 616-08

- generalizovaná úzkostná porucha
- diagnostika (lékařství)
- terapie
- kolektivní monografie

616.89 - Psychiatrie [14]

Marie Ocisková, Ján Praško

Generalizovaná úzkostná porucha v klinické praxi



Upozornění pro čtenáře a uživatele této knihy

*Všechna práva vyhrazena. Žádná část této tištěné či elektronické knihy nesmí být reprodukována ani šířena v papírové, elektronické či jiné podobě bez předchozího písemného souhlasu nakladatele. Neoprávněné užití této knihy bude **trestně stíháno**.*

PhDr. Marie Ocisková, Ph.D.
prof. MUDr. Ján Praško, CSc.

GENERALIZOVANÁ ÚZKOSTNÁ PORUCHA V KLINICKÉ PRAXI

Vydala Grada Publishing, a.s.
U Průhonu 22, 170 00 Praha 7
tel.: +420 234 264 401, fax: +420 234 264 400
www.grada.cz
jako svou 6544. publikaci

Recenzovala:

prof. MUDr. Klára Látalová, Ph.D.

Odpovědná redaktorka Olga Kopalová
Sazba a zlom Milan Vokál
Zpracování obálky Ondřej Mikulecký

Počet stran 264
Vydání 1., 2017

Vytiskla Tiskárna v Ráji, s.r.o., Pardubice

© Grada Publishing, a.s., 2017
Cover Photo © allphoto.cz

ISBN 978-80-271-9713-2 (ePub)
ISBN 978-80-271-9712-5 (pdf)
ISBN 978-80-247-5822-0 (print)

Obsah

Úvod	9
1. Historie diagnózy a léčby generalizované úzkostné poruchy	14
2. Incidence, prevalence a průběh generalizované úzkostné poruchy	22
2.1 Incidence a prevalence generalizované úzkostné poruchy	22
2.2 Průběh generalizované úzkostné poruchy	23
3. Diagnostika a klasifikace generalizované úzkostné poruchy	25
3.1 Příznaky generalizované úzkostné poruchy	25
<i>Příběh</i>	25
3.2 Klasifikace MKN-10 a DSM-5	38
3.3 Diferenciální diagnóza generalizované úzkostné poruchy	41
<i>Tělesná onemocnění</i>	41
<i>Psychické poruchy</i>	43
3.4 Komorbidita u generalizované úzkostné poruchy	50
<i>Psychické poruchy</i>	50
<i>Tělesná onemocnění</i>	54
3.5 Suicidialita u generalizované úzkostné poruchy	58
3.6 Zvláštní situace	61
<i>GAD u dětí</i>	61
<i>Těhotenství</i>	62
<i>Vyšší věk</i>	68
4. Biologické pohledy na generalizovanou úzkostnou poruchu	70
4.1 Genetika generalizované úzkostné poruchy	70
4.2 Okruhy úzkosti	71
4.3 Neurovizobrazovací nálezy u generalizované úzkostné poruchy	72
<i>Studie morfologie mozku</i>	72
<i>Výzkumy funkce mozku u GAD</i>	72
4.4 Neurochemické nálezy	73

5. Psychosociální pohledy na generalizovanou úzkostnou poruchu	75
5.1 Psychologické pohledy na generalizovanou úzkostnou poruchu	75
<i>Psychoanalytický a psychodynamický pohled na GAD</i>	76
<i>Kognitivní a behaviorální modely GAD</i>	77
<i>Kognitivně-behaviorální model</i>	81
<i>Deficity ve zpracování sociálních situací a emocí u GAD</i>	84
5.2 Sociální aspekty generalizované úzkostné poruchy	84
<i>Interpersonální faktory generalizované úzkostné poruchy</i>	85
<i>Vliv životních událostí</i>	85
5.3 Generalizovaná úzkostná porucha, stigmatizace a sebestigmatizace	86
5.4 Generalizovaná úzkostná porucha a kvalita života	88
5.5 Etologický model	88
 6. Hodnocení generalizované úzkostné poruchy	 90
6.1 Diagnostický rozhovor	90
<i>Explorace pomocí otevřených otázek, empatie a pozitivního posilování</i>	90
<i>Upřesnění pomocí zacílených otázek</i>	91
6.2 Psychologické vyšetření	92
<i>Indikace psychologického vyšetření</i>	92
<i>Psychodiagnostické metody užitečné u pacientů s GAD</i>	94
6.3 Tělesné a laboratorní vyšetření	96
6.4 Formulace (konceptualizace) případu	96
 7. Léčba generalizované úzkostné poruchy	 108
7.1 Základy klinického vedení pacienta s generalizovanou úzkostnou poruchou	108
<i>Klinické vedení</i>	108
<i>Cíle léčby</i>	112
<i>Volba léčebného přístupu</i>	113
7.2 Podpůrná psychoterapie u pacientů s generalizovanou úzkostnou poruchou	113
<i>Vyslechnutí pacienta, empatie</i>	115
<i>Informace o tom, co je generalizovaná úzkostná porucha</i>	117
<i>Povzbuzení a posílení naděje na vyléčení, vysvětlení možností léčby</i>	117
<i>Edukace o tělesných příznacích stresové reakce</i>	118
<i>Nácvik relaxace</i>	119
<i>Ujasnění souvislostí stresujících událostí s rozvojem a udržováním poruchy</i>	124
<i>Podpora adaptivních způsobů řešení problémů v životě</i>	124

8. Psychofarmaka u generalizované úzkostné poruchy	127
8.1 Anxiolytika	130
<i>Praktická doporučení při léčbě benzodiazepiny</i>	131
<i>Nežádoucí účinky při užívání benzodiazepinů</i>	132
8.2 Antidepresiva	132
<i>Praktická doporučení při léčbě antidepresiv</i>	134
<i>Vysazování antidepresiv</i>	135
8.3 Antipsychotika	135
<i>Praktická doporučení při léčbě quetiapinem</i>	135
<i>Nežádoucí účinky antipsychotik</i>	136
8.4 Jiné léky při léčbě generalizované úzkostné poruchy	136
<i>Antikonvulziva</i>	136
<i>Buspiron</i>	137
<i>Antihistaminika</i>	138
<i>Kombinace antidepresiv s benzodiazepiny</i>	138
8.5 Fáze farmakologické léčby	140
<i>Akutní léčba</i>	140
<i>Pokračovací léčba</i>	141
<i>Ukončení léčby</i>	141
<i>Profylaktická léčba a sekundární prevence</i>	141
<i>Postupy při rezistenci na léčbu</i>	142
<i>Léčba GAD u somaticky nemocných pacientů</i>	144
<i>Léčba GAD u dětí</i>	145
<i>Léčba GAD v těhotenství</i>	145
<i>Léčba GAD ve vyšším věku</i>	147
8.6 Srovnávání účinnosti léčby u GAD	148
9. Psychoterapie generalizované úzkostné poruchy	151
9.1 Psychoanalýza	151
<i>Psychodynamická psychoterapie u GAD</i>	151
<i>Skupinová psychodynamická psychoterapie</i>	153
9.2 Kognitivně-behaviorální terapie	157
<i>Praktický přístup v KBT</i>	160
<i>Psychoedukace v rámci kognitivně-behaviorální terapie</i>	160
<i>Monitorování epizod obav a starostí</i>	161
<i>Kognitivní restrukturalizace</i>	163
<i>Relaxace</i>	176
<i>Expozice obavám</i>	181
<i>Behaviorální experimenty</i>	183

<i>Plánování aktivity</i>	186
<i>Akomodace jádrových schémat a podmíněných předpokladů</i>	191
<i>Učení se novému chování a dovednostem</i>	205
<i>Řešení problémů v životě</i>	209
<i>KBT ve skupině</i>	221
<i>Další strategie KBT vhodné u vybraných pacientů</i>	221
9.3 Integrované terapeutické přístupy	224
10. Doporučený postup léčby	226
10.1 Akutní léčba	226
10.2 Pokračovací léčba	227
Závěr	228
Literatura	229
Rejstřík	261

Generalizovaná úzkostná porucha bývala označována za „jádrovou“ úzkostnou poruchu (Rapee, 1991). Lidé trpící GAD mívají nadměrné starosti a obavy z katastrof, které se mohou týkat všech možných oblastí života (financí, zdraví rodiny, vlastního zdraví, vztahů s okolím, jejich přijetí apod.). Příznačné pro ně je zejména opakované očekávání nejhoršího, přehnaný odhad rizika a přehlížení vlastních předností a silných stránek. Emoční doprovod úzkostných myšlenek je u jedinců s touto poruchou méně intenzivní než u paniky a projevuje se spíše celodenními proměnlivými vlnami úzkostného prožívání. Také tělesné příznaky bývají mírné, zato však vytrvalé. Pacient je pociťuje velmi často, někdy kontinuálně po celý den (Praško et al., 2008).

KAZUISTIKA

Paní Vendula pracuje jako úřednice v kanceláři. Má velmi přísnou nadřízenou, která podřízené často napomíná a upozorňuje na chyby, které dělají. Vendula každodenně chodí do práce s obavami, co jí vedoucí řekne. Snaží se plnit své povinnosti co nejlépe, ale nikdy si není jistá, že vše udělala dobře. Běžně se jí už od probuzení objevují myšlenky na to, jak to bude zase v práci nepříjemné: „Zase si něco najde!“ „Bude nepříjemná!“ „Já to už dále nevydržím!“ Vendulu často bolí hlava, hůře se jí dýchá, nadměrně se potí a motá se jí hlava. „Co když jsem vážně nemocná?! Něco mi musí být, ty příznaky z něčeho být musí!“ Neuvědomuje si souvislost s obavami, které se objevují každodenně. Samotné tělesné příznaky stresu se už staly zdrojem obav. Proto i o víkendu, kdy nemusí do práce, často napjatě sleduje své tělesné prožívání a zjišťuje, že i tehdy se příznaky objevují. Už nedokáže vůbec odpočívat. Stále je napjatá, v pozoru, aby se nestalo nic špatného. Doma nervózně popochází po bytě, nedokáže zůstat na místě, stále se vrtí, škrábe, poposedává. Snadno se dostává do konfliktu s manželem, vše ji vydráždí. Pak si to vyčítá, protože si uvědomuje, že vybuchuje pro maličkosti. Zklidní se, když se napije alkoholu nebo když se přejí. Alkohol popíjí už téměř každý večer. Manželovi to začíná vadit...

KAZUISTIKA

Paní Marie je 35letá matka 11leté Evy a 15letého Jakuba. Pracuje jako staniční sestra na chirurgickém oddělení. Před 8 lety, po návratu z mateřské dovolené, se cítila nadměrně unavená, podrážděná, trpěla bolestmi hlavy, závratěmi a hůře spala. Měla obavy, jak zvládne práci na oddělení, nicméně během roku se na přechod z domova do práce adaptovala a dalších 6 let se cítila dobře. Před 2 roky byla povýšena na staniční sestru oddělení. Viděla v tom samé výhody: přestala sloužit na směny, večer se mohla pravidelně věnovat dětem i napláňovat si divadlo s manželem. Nicméně posléze začala být nadměrně podrážděná a neklidná. Každou

chvíli se rozzlobila na sestry, své dřívější kolegyně. Zpočátku měla problémy jim to říci, proto dělala některé věci za ně. Postupně si však dovolila něco jim vytknout a sestry na to reagovaly s nevolí. Od té doby některé věci raději dále dělá za ně. Má dojem, že se dostatečně nevěnují svým povinnostem. Neví, jak jim to má říci, aby se polepšily. Stěžovat vrchní sestře si nechce, nakonec by to vrhlo nepříznivé světlo i na ni, že tam nemá pořádek. Chodí do práce napjatá, už předem doma má obavy, co ji zase čeká. Po práci často myslí na to, co komu řekla, co udělala, co jí kdo řekl a udělal. Má pocit, že jí sestry přerůstají přes hlavu. Obává se, že se z toho brzy složí. Starosti má však také o svoje děti. Neučí se tak dobře, jak by si představovala. Eva má jít nyní na 8leté gymnázium – určitě zkoušky neudělá, protože je líná se učit. Jakub už sice na gymnáziu je, ale také se neučí. A co s gymnáziem, když se nedostane na vysokou školu. Marie se trápí tím, co z nich bude. Co když nedostudují? Co když se dají do party a na drogy? Stále se dívají jen na televizi, je to nezdravé! Nemají žádné zájmy! Jak jednou zvládnou manželství? Rovněž má starosti o své manželství. Trochu přibrala a manžel je stále fešák. Dokonce chodí do posilovny. Jen aby si nenašel jinou! Má stále takový zájem o sex a ona má teď menší chuť a občas ho odmítne. Taký neví, jak to bude s financemi. Dluhy žádné sice nemají, ale nevydělávají dohromady až tak moc. A děti budou mít větší nároky, jak budou starší. A co kdyby nedej bože někdo z nich onemocněl. Nemají žádné peníze v zásobě pro případ náhlých větších výdajů.

Marie nemůže večer usnout. Převaluje se dvě, tři hodiny v posteli a o všem z toho přemýšlí. Vzteká se na muže, který v klidu chrápe. Pak začne uvažovat nad tím, že zítra bude v práci nevyspaná a jak zvládne další den. Zlobí se na sebe, že stále tak přemýšlí. Chtěla by ty myšlenky zastavit, ale nejde to. Stále přicházejí. Někdy má silný strach, že se z toho úplně zhroutí. Nebo onemocní. Ze stresu přece lidé snadno onemocní. A ona je stále ve stresu. Na druhou stranu má pocit, že je dobře, že o tom všem přemýšlí. Manžel si žádné starosti nedělá. Kdyby to bylo na něm, určitě by to dopadlo špatně. Jak může být tak lehkomyslný...

Jsou chvíle, kdy na tyto věci nemyslí. Většinou, když se musí soustředit na něco jiného, když se věnuje šití nebo když se baví s přítelkyní o její rodině. Také v práci, pokud je velký „šrunc“, na obavy zapomene. Ovšem když dělá jakoukoliv rutinní činnost, jako je žehlení nebo práce na zahradě, je obavami a starostmi zaplavená a její mysl přechází z jednoho neštěstí na druhé. Naskakují jí představy, že ji vyhodí z práce, že se dětem nebo manželovi něco stane (třeba spadnou pod auto) nebo že někdo onemocní a ona to nezvládne. Doma jí říkají, že je stále podrážděná, vybuchuje pro maličkosti a vše vidí černě. Nechtějí ji už poslouchat, nebo si z ní dělá manžel legraci. Často se v poslední době hádají. Na její obavy začíná reagovat podrážděně, ale ona nedokáže mu je neříkat.

Úzkost, která je pro tuto poruchu typická, je nepříjemný emoční stav, jehož příčinu není možné přesněji definovat. Je to pocit, jako by se mělo stát něco ohrožujícího, ale člověk jí trpící si neuvědomuje, co by to vlastně mělo být. Je ve stavu připravenosti na nebezpečí a prožívá stresovou reakci. Zato **strach** můžeme definovat jako emoční a fyziologickou reakci na konkrétní nebezpečí. Intenzita úzkosti i strachu může být různá. Může se projevit jen mírnou nepohodou nebo nervozitou, nebo na druhé straně i stavem zahlcující hrůzy a paniky.

Tab. 1 Typické příznaky úzkosti

Psychické příznaky	Somatické příznaky
• pocit ohrožení • pocit napětí • strach • nadměrné obavy a starosti • obtíže s koncentrací pozornosti • nespavost • nadměrná bdělost a ostražitost • ospalost • lekavost • podrážděnost • pocit vnitřního chvění • depersonalizace a derealizace • pocit únavy • neschopnost odpočívat • záchvaty panické hrůzy • anticipační úzkost	• napětí ve svalech • zkrácení dechu, hyperventilace • bolesti hlavy, zad, svalů • třes, cukání, roztřesenost • zvýšená unavitelnost • vegetativní hyperaktivita • tachykardie ▪ pocení ▪ červenání nebo blednutí ▪ studená akra ▪ časté močení ▪ průjem nebo zácpa ▪ meteorismus ▪ sucho v ústech ▪ tlaky v žaludku ▪ regurgitace ▪ nauzea • parestezie • obtíže s polykáním • „knedlík v krku“ • pocit víření v žaludku • píchání u srdce, sevření na hrudi

Úzkost může „volně plynout“ bez omezení na zvláštní okolnosti, nebo se projevovat v záchvatech. Pokud se objeví náhle a bez zjevné příčiny, mluvíme o spontánní úzkosti, případně **spontánním záchvatu paniky**. Pokud se týká konkrétních situací, kterých se běžně lidé nebojí, jde o fobii, a hovoříme tedy o strachu. Pokud se rozvine při očekávání ohrožující situace, mluvíme o **anticipační úzkosti**.

Úzkost má pro organismus adaptivní funkci a podobně jako strach patří k důležitým emocím. Oba pocity vyostřují smysly, mobilizují energii a pomáhají organismu ubránit se, utéct nebo se vyhnout, když se objeví nebezpečí. Problém začíná tam, kde **se úzkost či strach objevují v nepřiměřených situacích nebo příliš často, trvají příliš dlouho a jejich intenzita je vzhledem k situaci, která je spustila, příliš velká**. V těchto případech zpravidla negativně zasahují do života jedince. Mírné obavy a úzkost jsou tedy zcela normální a prožívá je v životě každý. Jsou užitečné a důležité, pokud nepřekročí určitý práh.

KAZUISTIKA

Lucie a Mirka jsou spolužačky a kamarádky. Obě jsou chytrá děvčata a nyní jsou na vysoké škole – studují medicínu. Mají podobné zájmy a rozumí si. Lucie byla vždy perfekcionistická

a mívala na základní i střední škole samé jedničky. Přestože nemusela, učila se vždy spíše až moc. Mirka se učivala hůře a odjakživa byla spíše „pohodář“. Znamky mívala rovněž slušné, ale často „se štěstím“. Nyní mají obě před zkouškou z anatomie.

Mirka se během roku příliš neučí, když jí však začne „hořet“ termín zkoušky, má obavy, že to nemusí zvládnout. Tyto obavy ji aktivují a motivují k vyššímu výkonu, takže nakonec se toho stihne v krátké době dost naučit a zkoušku zvládne docela dobře.

Lucie má obavy ze zkoušky celý semestr. Snaží se učit, ale obavy jí brání se plně soustředit. Přesto během semestru látku docela umí. Na začátku zkouškového období se začíná učit jen nejjednodušší otázky, doufá, že se její soustředění zlepší, ty těžší nechává na konec. To, že nemá naučené ty nejtěžší, ji udržuje v obrovském napětí. S blížícím se termínem zkoušky napětí i obavy rostou. Čtrnáct dnů před termínem přestává v noci spát a je naprosto vyčerpaná. Učit se už téměř nedokáže. Protože ví, že na zkoušku neumí perfektně, odloží termín o čtrnáct dnů. To znamená dalších čtrnáct dnů téměř beze spánku a na pokraji vyčerpání. Lucie váhá, zda nepřerušit ročník.

Generalizovaná úzkostná porucha (GAD) je chronická a vysoce komorbidní porucha charakterizovaná nadměrnými a nekontrolovatelnými obavami. Zpravidla začíná později než ostatní typy úzkostných poruch (Kessler et al., 2005) a je spojena s výkyvy v závažnosti příznaků v čase a stupni narušení, které přináší (Wittchen et al., 2000). Neléčená může s kolísavou intenzitou probíhat celý život (Schweizer, 1995). Pouze třetina jedinců trpících GAD bývá adekvátně léčena. Často je nacházíme mezi klientelou kardiologů, neurologů, otorinolaryngologů či jiných specialistů. K psychiatrovi se pacient dostane spíše až tehdy, když rozvine komorbidní úzkostnou poruchu nebo depresi, než když má jen příznaky GAD (Wittchen et al., 2002).

Pro tuto poruchu je typická relativně nízká pravděpodobnost spontánní remise (32–58 %) a vysoká pravděpodobnost recidivy i po zlepšení stavu (45–52 %) v hodnocených obdobích 2–12 let (Rodriguez et al., 2006). GAD je spojena s významným zdravotním postižením a narušením fungování v životě srovnatelnými s depresivní poruchou (Hoffman et al., 2008). Může být více postihující než závislost na návykových látkách, většina úzkostných poruch a poruchy osobnosti, a to dokonce i po odfiltrování vlivu sociodemografických proměnných a komorbidních poruch (Grant et al., 2005).

Jedinci s GAD zpravidla nečelí svým stálým obavám zcela bezmocně, ale snaží se posílit pocit kontroly nad situací a svou připravenost na očekávané negativní důsledky nebo scénáře nejhoršího možného vývoje. Skenují prostředí na možná nebezpečí a interpretují neutrální nebo dvojznačné podněty jako ohrožující a nebezpečné (Mathews a MacLeod, 1994). Protože se špatně soustředí na přítomný okamžik, mají sklony ignorovat informace z bezprostředního okolí nebo situace, které by mohly zkorrigovat zkreslené myšlení (Borkovec a Newman, 1998). To je také součástí jejich emocionálního strádání. Prožívaná emocionální tíseň je spojená s řadou doprovodných somatických projevů, jako jsou neklid, únava, podrážděnost, obtíže s koncentrací pozornosti, svalové napětí, vegetativní příznaky a poruchy spánku. Celkově lze říci, že GAD je vážná a nákladná

psychická porucha, protože kromě úzkosti souvisí se závažným zdravotním postižením, zhoršením produktivity práce, častou invaliditou a významně sníženou kvalitou života (Newman, 2000).

V této monografii budeme diskutovat o několika empiricky zavedených přístupech k léčbě GAD, včetně farmakoterapie, konvenční kognitivně-behaviorální terapie (KBT), psychodynamické psychoterapie a integrativní psychoterapie.

1. Historie diagnózy a léčby generalizované úzkostné poruchy

Zkušenost strachu a úzkosti je pro lidský druh v průběhu historie všech kultur univerzální. Snad první literární popisy stavů úzkosti jsou zaznamenány v sumerském eposu *O Gilgamešovi* (3. tisíciletí před Kristem), kde jsou popsány obavy ze smrtelnosti. Ve starověké literatuře se však jinak objevují výrazy vyjadřující úzkost a strach vzácně. Snad proto, že odvaha byla pokládána za jednu z největších ctností. Naproti tomu v Bibli se lze dočíst o strachu, hrůze a úzkosti poměrně často. Bibličtí hrdinové nejsou tak odvážní jako ti antičtí. Spíše mají pocity úzkosti a viny, trpí bázni a strachem z Boha (Vymětal et al., 1999). Biblická úzkost je spojena s hříchem, neschopností vyrovnat se s odpovědností a vědomím vlastní malosti ve srovnání s Bohem (Berrios a Link, 1995).

Řada myslitelů zařadila úzkost a strach mezi centrální zkušenosti lidského života a existence. Dánský myslitel a teolog S. Kierkegaard (1813–1855) ve svých dílech *Strach a děs* (1843) a *Pojem úzkosti* (1844) zdůraznil, že člověk, který je vytrháván z věčnosti do času, z nekonečnosti do konečnosti a z nevyhnutelnosti do svobody, se ocitá nad propastí, která ho plní neustálou úzkostí a vede k nábožnosti. V náboženství však nespatořoval dostatečné řešení této úzkosti, protože v něm jen prohlubuje vědomí úzkosti vyplývající z nemožnosti překročit propast, oddělující časovou konečnost člověka od věčné nekonečnosti. Aby člověk zapomněl na věčnost, zaměřuje pozornost na záležitosti své individuální existence a nalézání v nich odůvodnění svého konání. Později na jeho myšlenky navázali existencialisté, jako jsou Nietzsche, Heidegger, Jaspers, Sartre, Marcel a u nás Patočka, v psychoterapii pak daseinsanalýza.

V druhé polovině 19. století už byly úzkostné stavy rozeznány, zejména jejich intenzivní a perzistentní formy, a našly si své místo v psychiatrické nozologii. V Německu Wilhelm Griesinger (1817–1868) vnímal psychické a somatické nemoci jako kontinuum. Předpokládal neuropatologické příčiny psychických poruch. Byl však také přesvědčen, že pro rozvoj psychické poruchy je důležitá zranitelná osobnost, jejíž součástí je nevyrovnaný temperament. Na jedné straně předpokládal, že i úzkostné stavy musí vycházet z „organické“ podstaty, na druhé straně sdílel romantickou představu svých předchůdců, že silné afekty jsou schopny spustit psychickou nemoc. Ta se objevuje kvůli konfliktu, který souvisí s potlačováním sexuálních pudů (Griesinger, 1861). Podobnou teorii, která o generaci před Freudem předznamenávala vznik psychoanalýzy, ve stejné době vyslovil

Heinrich Wilhelm Neumann (1814–1884). Neumann se díval na psychickou poruchu jako na dynamický proces. Za normálních okolností se osobnost rozvíjí směrem k větší svobodě, a to díky postupnému rozvoji svých schopností. V patologii je harmonický rozvoj narušován neklidem pudů, obzvláště sexuálních. Pokud pudy nejsou saturovány, dochází k rozvoji úzkosti. Pokud jsou navíc ohroženy některé životní funkce, instinktivní potřeby se začnou objevovat ve vědomí zamaskované jako nadměrné obavy a starosti nebo zdánlivě bezdůvodné tělesné projevy. Neumannova teorie tak předchází Freudově teorii úzkosti z roku 1923, kdy Freud poprvé hovořil o „signální úzkosti“.

Sigmund Freud (1856–1939), zakladatel psychoanalýzy, se zabýval nevědomými procesy a psychickými obrannými mechanismy (např. vytěsněním, racionalizací nebo popřením). Základní motivace člověka podle něj vychází z hlubin nevědomí, kde jsou lokalizovány základní pudové síly – pud sexuální (libido) a pud destruktivní (thanatos). Zpočátku Freud chápal úzkost jednoduše jako fyziologický následek nevybitého sexuálního napětí. Později ji spojil se separací od matky. Nakonec ji začal vnímat jako reakci těla na zvýšené pudové nebo emoční napětí pocházející z vnitřního konfliktu. Podle Freuda vývoj libida prochází řadou fází (orální, sadisticko-anální, falickou, Oidipovým/Elektřiným komplexem, obdobím latence a normální genitální sexualitou). Člověk se v prvních letech života socializuje ve vztahu k nejbližším, a to tím, že se učí zvládat své pudové potřeby. Nevědomé potřeby vedou k vytváření napětí – puzení, které se dostává do konfliktu s požadavky okolí. Primárně máme tendenci vyhledávat příjemné a libé (princip slasti) a vyhnout se nepříjemnému, což podléhá kontrole okolí (hrozbě trestu za tato přání). Proto se postupně učíme sytit své pudy společensky přijatelným způsobem.

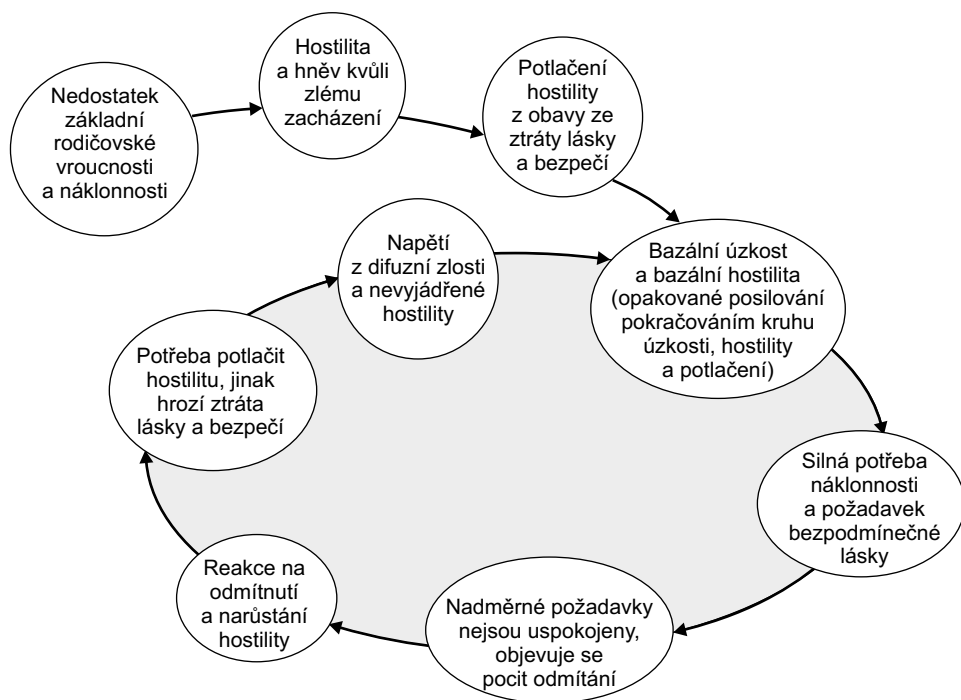
Libido a požadavky vyplývající ze sexuálního pudu se dostávají do konfliktu se společenskými, mravními a estetickými normami společnosti. Proto je vědomé já musí pomocí cenzury ovládnout a vytěsnit zpět do nevědomí. Pro souhrn norem zavedl Freud pojem Superego, pudový základ nazval Id a regulující instanci, komunikující s realitou, Egem. Freud pokládal vnitřní konflikt mezi nevědomými pudovými, zvláště sexuálními, tendencemi a zvnitřněnou morálkou (tedy mezi Superegem a Id) za zdroj napětí, úzkosti a neuróz vůbec.

Freud použil termín „úzkostná neuróza“ poprvé roku 1895. Sám upozornil, že tento termín už dva roky předtím použil Ewald Hecker. Freud však odlišil úzkostnou neurózu a neurastenii jako dvě odlišné entity, což jeho předchůdce neudělal. Do Freudovy koncepce úzkostné neurózy patřila: a) všeobecná podrážděnost, b) úzkostné očekávání, které může mít formu pedanterie, skrupulóznosti nebo váhavosti, c) celkové napětí, d) rudimentární úzkostné záchvaty, e) nespavost a noční můry, f) závratě, g) fobie z hadů, tmy apod. Kromě toho do ní zařadil i h) agorafobii, i) trávící potíže, j) parestzie a konečně k) chronické stavy, jako je stálý pocit únavy. Úzkostnou neurózu a neurastenii počítal mezi tzv. aktuální neurózy. Mezi psychoneurózy naopak zařadil hysterii, fobickou neurózu a obsedantní neurózu. Popsal také dva základní typy příznaků úzkostné neurózy: příznaky úzkostného očekávání a přemílání starostí (dnešní generalizovaná úzkostná porucha) a příznaky úzkostných atak charakterizované náhlým vznikem strachu, naru-

šením dechových funkcí, kardiálními příznaky, tremorem, vertigem, průjmy, nespavostí nebo pocením (dnešní panická porucha). Freud si také povšiml, že se u některých pacientů oba typy příznaků vyskytují současně (dnes mluvíme o komorbiditě), častěji se však objevují odděleně. Popsal i další znaky úzkostné neurózy, jako jsou vyhýbavé chování a vysoký stupeň komorbidity s depresí a „hysterií“. Předpokládal, že hereditární a biologické faktory u těchto lidí interagují s osobní historií, zejména s vývojem v raném dětství.

Podle Karen Horneyové (1895–1952) je úzkostné chování podmíněno poruchami v lidských vztazích v dětství, ale i širšími sociálními a kulturními faktory. Na rozdíl od ortodoxních psychoanalytiků, od kterých se oddělila, položila důraz na naučené chování. Za základní potřeby člověka považovala reakce mající vztah k uspokojení a bezpečí a snahu po „vnitřní jednotě individua“. Byla přesvědčena, že „láska a teplo domova“ umožní člověku vyhnout se neurotickým konfliktům a úzkosti. Podle Horneyové všichni zažíváme to, co němečtí filozofové nazývali *Angst der Kreatur* (strach živé bytosti). Jde o poznání, že tváří v tvář obrovským a nekontrolovatelným silám přírody se v zásadě cítíme bezmocní a zranitelní. Tento normální typ úzkosti často zažíváme v dětství. Láskyplná péče rodičů nám pomáhá se s ní vyrovnat. Bez optimální péče se však může rozvinout bazální úzkost a bazální hostilita. Podle Horneyové jsou neurózy způsobené vzorci chování, které se dítě naučilo v rodině – v přísném nebo odmítavém chování rodičů k dítěti. To vede k bezmoci, pocitům izolace a úzkosti. Pokud dítě nedostává potřebné množství lásky, uznání a vřelosti, objevují se u něj agresivní pocity, které vedou k pocitům viny. Dítě se totiž zároveň bojí ztráty rodičů, pokud by dalo hněvu volný průchod. Konflikt těchto ambivalentních tendencí nakonec vede k vytvoření třech možných neurotických postojů: a) podrobnosti, b) stažení se do sebe, c) útočnosti. Tyto neurotické postoje vedou k chování, které ústí do dalších konfliktů a vzniku problémů, čímž se bludný kruh opakuje a udržuje i v dospělém vztahu. Úzkost a hostilita vedou k tomu, že lidé, kteří jimi trpí, věří, že se musí chránit a opatrovat své bezpečí. Projevit strach znamená ukázat svou slabost. Dát najevo hněv přináší riziko potrestání, ztráty lásky a bezpečí. Potlačováním agresivních emocí dále roste bazální napětí, které vede k intenzivní potřebě náklonnosti. To se projevuje mj. požadováním bezpodmínečné lásky a opakovaným testováním lásky a oddanosti druhého. Pokud požadavek absolutní a nekolísající lásky není uspokojen (a potřeba je tak nadměrná, že ani uspokojena být nemůže), narůstá tenze i hostilita. Hostilita však musí být potlačena pro riziko ztráty vztahu. Napětí tak dále roste.

Podle Horneyové nejsou konflikty ani zdaleka neurotické. Lidé často mají různá přání. Musí se rozhodovat mezi protichůdnými touhami, mezi několika druhy hodnot (Horneyová, 1945). Člověk, který byl láskyplně vychováván, tyto konflikty zvládá bez větší úzkosti. Bazální úzkost a hostilita však u neurotické osoby vytvářejí vlastní konflikt navíc – konflikt mezi potřebou bezpečí a potřebou projevení základních emocí a myšlenek, potřebou přežít versus potřebou být. Proto se lidé s neurotickými rysy pokoušejí zvládnout bazální anxieta a hostilitu různými strategiemi.



Obr. 1 Základní bludný kruh neurózy

Zdroj: podle Horneyové, 1945.

Jednou z možností je rozvoj idealizovaného sebeobrazu. Většinou jde o nevědomý obraz sebe samého jako nositele neohrazených sil a nadřazených kvalit. Nositel zpravidla opovrhne svým skutečným Já, protože to selhává při plnění excesivních požadavků idealizovaného sebeobrazu. Systém sebevědomí se pak skládá ze dvou fenoménů: neurotické hrdosti a sebenenávisti. Neurotická hrdost je falešná hrdost, protože ji jedinec investuje do věcí, které podporují idealizovaný sebeobraz. V chování se projevuje zbytečnými konflikty v situacích, v nichž jsou spíše destruktivní než řešící. Místo naplnění potřeby přijetí pak člověk zažívá odmítání. Pocit nedostatečnosti způsobený nároky idealizovaného sebeobrazu vede k nenávisti sebe samého. Každé selhání sebenenávist zvyšuje a navíc zvětšuje tlak na dosažení idealizovaného sebeobrazu. V dalším úsilí o podporu idealizovaného sebeobrazu si tyto lidé obvykle vytvářejí sérii přesvědčení „měl bych“, tj. řadu přehnaných požadavků na sebe. To, že tyto požadavky pak nejsou schopni zvládnout, je dále frustruje a vrací do úzkosti.

Jinou možností je externalizace – připisování vlastních selhání jiným osobám, které působí domnělé potíže. Doprovodným jevem je odcizení Self, kdy je idealizovaný sebeobraz nepodobný skutečnému Já a externalizace je jeho popřením. Lidé skrze externalizaci věří, že jsou za jejich těžkosti zodpovědní druhí. Na jejich přátelské projevy nemohou

reagovat, i když někdy vnímají, že by to bylo správné. O co více energie je investováno do systému „neurotické hrdosti“, o to méně je k dispozici pro konstruktivní směřování k seberealizaci. Neurotická hrdost zabraňuje rozpoznání, že jedinec je sám iniciátorem vlastního chování, neumí za ně převzít odpovědnost, ale ani ho není schopen změnit.

Podle Horneyové (1945) si lidé vytvářejí vztah k jiným lidem třemi základními způsoby: a) držením se v pozadí za účelem dosáhnout lásky, b) expanzí za účelem získání dominance, c) rezignovaným odtahováním od druhých při hledání samostatnosti. Lidé používají všechny tyto styly, i když některý v určitých situacích preferují. Jedinci, kteří nedokážou zvládnout bazální anxieta, si však rigidně osvojí jeden z těchto stylů, který se pak stává „jejich jediným řešením“ neurotického konfliktu.

Harry Stack Sullivan (1892–1949) se díval na úzkost jako na „základní příznak“, na kterém může vzniknout další psychopatologie, jako jsou poruchy chování. Vznik úzkosti chápe v kontextu vztahů mezi lidmi. Tenze vytváří kontinuum, kde na jednom konci je úplná relaxace a na druhém totální napětí. Tenze mobilizuje energii k získávání základních potřeb. K základním potřebám podle Sullivana patří potřeba uspokojení (spíše biologicky daná) a potřeba bezpečí (spíše interpersonálně podmíněná). Při jejich konfliktu dochází k úzkosti. Úzkost se podle Sullivana přenáší na dítě z jeho matky. Pokud je matka sama úzkostná, a může se to projevit verbálně i mimoverbálně (pohledem, gestem, tónem hlasu), dítě se pokouší vyhnout se všemu, co by úzkost mohlo vyprovokovat. Může unikat do spánku (somnolentní odloučení), přizpůsobovat se v chování přáním a požadavkům rodičů, nebo se snažit zbavit úzkosti tzv. „selektivní nepozorností“, kdy jsou zážitky vyvolávající úzkost z vědomí vytěšňovány. Tato selektivní nepozornost může být užitečná, pokud jde o věci, na kterých moc nezáleží, ale pokud ignorujeme takové, na kterých záleží, postupně se můžeme naučit vyřazovat více a více informací, až můžeme ztratit schopnost učit se ze zkušeností. Tím ztrácíme předvídatost a schopnost směřovat chování adaptivním způsobem. To vede k novým konfliktům, které selektivně nechceme vidět, a k dalšímu narůstání úzkosti, jejímž kořenům pak nedokážeme rozumět.

Horneyová i Sullivan byli praktikující psychoterapeuti a své koncepte stavěli na základě vlastních pozorování a závěrů s pacienty. Nevytvářeli hypotézy, které by pak testovali v experimentech. Proto tyto koncepte nemají výzkumnou verifikaci. Na druhé straně upozornili na sociální zakotvenost člověka a souvislost úzkostných stavů s maladaptivní sociální interakcí. Tím předznamenal další systematictější terapeutické přístupy, zejména pak interpersonální psychoterapii. Jejich koncepte výrazně ovlivnily také zakladatele kognitivní terapie A. T. Becka a Youngovu terapii orientovanou na schémata.

Výzkum, který přispěl k alespoň částečnému potvrzení některých koncepcí psychoanalýzy, se týkal **připoutání** či **rané vazby** (*attachment*). Většina původních prací na tomto poli byla vykonána psychoanalytikem Johnem Bowlbym v padesátých a šedesátých letech minulého století. Podle této teorie souvisí selhání dítěte při utváření bezpečného připoutání v raném věku s potížemi ve vytváření blízkých vztahů v dospělosti. Připoutáním je myšlena tendence dítěte (nebo mláděte) k vyhledávání určitých lidí a pocit větší jistoty v jejich blízkosti. Tato tendence byla prokázána u různých živočišných druhů

(i u těch, kde mládě není závislé na výživě přímo od matky, jako jsou kuřata). Pokusy s opicemi ukázaly, že mládě k matce připoutávají i jiné okolnosti než jen potřeba výživy (Harlow a Harlow, 1969). Mláďata byla například záhy po narození separována od svých matek a umístěna u dvou umělých „matek“ (z drátů). Tělo jedné „matky“ bylo jenom z drátů, tělo druhé bylo navíc pokryto pěnovou gumou a froté látkou (měkkčí a lepší pro uchopení). Obě dvě „matky“ měly láhve připevněné na hrudi, ze kterých se mláďata mohla krmit. Pokus měl ukázat, jestli ta „matka“, která byla vždy zdrojem potravy, bude tou, na kterou bude mládě šplhat a držet se jí. Mláďata však vždy šplhala na „měkkou“ matku. Tato „matka“, i když byla pasivní, ale příjemná na dotek, byla zdrojem bezpečí. Také strach, který mládě pociťovalo v cizím prostředí, byl zmírněn, jestliže se mládě mohlo dostat do kontaktu s „měkkou“ matkou. Pokud se mládě drželo této matky, mělo zájem zkoumat předměty, kterých se jinak bálo. Podobné reakce je možné pozorovat u jednoročních až dvouletých dětí, které jsou schopny zkoumat cizí prostředí jenom v tom případě, že je jim matka nablízku. Další studie odhalily i jiné vlastnosti, které mláďata opic hledala u svých matek. Mláďata dávala přednost umělé matce, která se kolébala, oproti nehybné a dávala přednost teplé matce před studenou. Jestliže si mláďata mohla vybrat mezi oblečenou a drátěnou matkou, které byly stejně teplé, vždy dávala přednost oblečené. Pokud však byla drátěná matka ohřátá, novorozenci jí dávali do svých prvních dvou týdnů života přednost před oblečenou, ale studenou matkou.

Připoutání opičího mláděte k matce je tedy vrozenou odpovědí na určité podněty, které poskytuje. Teplo, kolébání se a potrava jsou důležité, ale **příjemnost kontaktu** – možnost přichytit se a přimknout se k něčemu měkkému – se zdá být pro opice nejdůležitější vlastností. Přestože kontakt s měkkou umělou matkou poskytuje důležitý rys „mateřské péče“, není to dostačující pro uspokojivý vývoj. Opičí mláďata, která byla u umělých matek a oddělená od ostatních opic v prvních 6 měsících života, později zřídka navazovala normální vztahy s ostatními opicemi (buď se krčila strachy, nebo se chovala nepřírozeně agresivně) a jejich sexuální chování bylo nepřiměřené. Opičí samičky, které byly ochuzené o raný sociální kontakt, byly špatnými matkami, s tendencí zanedbávat své potomky nebo jim ubližovat. Ukázalo se tedy, že pro opice je interakce s ostatními členy jejich druhu v průběhu prvních 6 měsíců života rozhodující pro normální sociální vývoj.

Přestože je potřeba opatrnosti v přenesení výsledků výzkumů z opic na člověka, zdá se, že připoutání dítěte k matce sleduje stejný účel. Matka poskytuje dítěti jistotu nezbytnou ke zkoumání jeho okolí a utváří základy pro interpersonální vztahy v pozdějších letech. Mary Ainsworthová, jedna z Bowlbyho spolupracovnic, vyvinula laboratorní postup pro hodnocení jistoty připoutání dětí přibližně od 12 do 18 měsíců věku. Postup nazvala „neznámá situace“. Je v něm sledována reakce dítěte na odchod pečující osoby a její následný příchod. Tímto testem lze děti rozdělit do čtyř hlavních skupin:

- **Jistě připoutané.** Nezávisle na rozrušení při odchodu, při návratu matky navazují kontakt. Některé zareagují na její návrat a přitom si hrají dál. Jiné usilují o tělesný

kontakt s matkou. Další jsou zcela zaujaty matkou a projevují úzkost, když odejde. Do této kategorie bylo zařazeno přibližně 60–65 % amerických dětí.

- **Nejistě připoutané: vyhýbavé.** Po návratu matky se vyhýbají interakci s ní. Buď si matky téměř vůbec nevšímají, nebo se střídavě pokoušejí o interakci s matkou a o vyhnutí se vzájemné interakci. Vyhýbavé děti mohou matce věnovat malou pozornost, když je v místnosti, a často nevypadají úzkostně, když odejde. Jestliže jsou úzkostné, nechají se snadno utiшит jak matkou, tak cizí ženou. Do této kategorie bylo zařazeno přibližně 20 % amerických dětí.
- **Nejistě připoutané: ambivalentní.** Vzdorují matce v situaci s opětovným shledáním. Vyhledávají tělesný kontakt, a zároveň se mu brání. Mohou například plakat, aby je matka vzala do náruče, a pak se vztekle kroutit, aby je položila na zem. Některé se chovají velmi pasivně, pláčou po matce, ale když se matka vrátí, tak se k ní nesnaží přiblížit, a když se matka přiblíží, tak jí vzdorují. Do této kategorie bylo zařazeno přibližně 10 % amerických dětí.
- **Dezorganizované děti.** Protože některé děti nelze zařadit do žádné z těchto kategorií, autoři novějších studií zavedli kategorii čtvrtou, kterou označili termínem dezorganizované děti. Děti z této kategorie se často chovají rozporuplně. Mohou se například přibližovat k matce a přitom dávat pozor, aby se na ni nedívaly, přibližovat se k ní, a potom jí unikat, nebo náhle vykřiknout potom, co je položí na zem. Některé se jeví zmatené, otupělé nebo depresivní. Do této kategorie bývá nyní řazeno až 10–15 % dětí, a to s vyšším procentuálním výskytem u dětí, jež jsou zanedbané nebo pocházejí z rodin, ve kterých se některý z rodičů léčí na psychiatrii.

Ve snaze vysvětlit rozdíly mezi dětmi v připoutání věnovali výzkumníci největší pozornost chování primárního pečovatele, obvykle matky. Zjistili, že formu jistého připoutání vytváří citlivost pečovatele vůči potřebám dítěte (Clarke-Stewart, 1973). Je to zřejmé již ve 3 měsících života dítěte. Matky jistě připoutaných dětí například obvykle reagují okamžitě, když je dítě přivolává, a láskyplně je berou do náruče. Rovněž jejich reakce více odpovídají potřebám dítěte. Například při započetí a ukončení krmení dítěte se řídí jeho signály, věnují pozornost tomu, co dítěti chutná, a rychlost krmení regulují podle toho, jak rychle dítě jí. Naproti tomu matky „nejistě připoutaných“ dětí reagují spíše na základě svých vlastních potřeb nebo nálad než na základě signálů dítěte. Jestliže například dítě pláče, aby na sebe upoutalo pozornost, reagují na ně pouze tehdy, když se chtějí s dítětem pomazlit, ale jindy neberou pláč na vědomí. Matky nejistě připoutaných dětí s vyhýbavým chováním v neznámé situaci drží své děti stejně jako matky dětí s jistým připoutáním, ale zdá se, že z blízkého tělesného kontaktu nemají takovou radost a občas se chovají odmítavě. Často odmítají kontakt, když je dítě nešťastné a potřebuje utěšit. Rovněž mají tendenci k rigidnímu a nutkavému chování, často o dítě pečují spíše „podle knihy“, než aby se řídily potřebami dítěte. Zdá se, že takové chování má za následek konflikt mezi potřebou přiblížit se matce a potřebou vyhnout se kontaktu s ní. Matky nejistě připoutaných dětí, které se v „neznámé situaci“ chovají ambivalentně, jsou

ve své péči nesoustavné. Někdy na své dítě reagují citlivě, jindy jsou naopak nepřístupné a ještě jindy jsou vtíravé, narušují činnost dítěte. Podobně jako u matek s vyhýbavými dětmi problém nespočívá v tom, že se jim věnují příliš málo nebo příliš mnoho, ale že charakter a časování jejich interakce nejsou soustavně přizpůsobovány potřebám dítěte. Výsledkem je, že takové děti jsou ve svých pokusech vyhledávat kontakt frustrovány. To vytváří směs hledání kontaktu a vzteku pozorovanou v „neznámé situaci“. Takové děti se ve srovnání s jistě připoutanými dětmi stávají mnohem úzkostnější při drobných každodenních separacích.

Ne všichni vývojoví psychologové souhlasí s tím, že citlivost pečovatele je hlavní příčinou chování připoutaného dítěte. Upozornili na vrozený temperament dítěte. Například děti s „klidným“ temperamentem se mohou stát jistěji připoutanými než děti s „neklidným“ temperamentem. Mimoto reakce rodiče na dítě je často funkcí chování dítěte. Vzorce připoutání mohou odrážet interakci mezi dětským temperamentem a senzitivitou rodiče. Data ze studií však podporují hypotézu senzitivity pečovatele. Bylo například zjištěno, že pláč dítěte se v prvním roce jeho života změnil více než senzitivita matky k pláči. Kromě toho senzitivita během tříměsíčního období predikuje pláč dítěte během následujících tří měsíců významně lépe než pláč dítěte senzitivitu matky k pláči. Stručně vyjádřeno zdá se, že matka ovlivňuje pláč dítěte více než dítě senzitivitu matky k pláči (Isabella a Belsky, 1991).

Jednotlivé znaky úzkostných poruch byly v první polovině 20. století tedy velmi podrobně popsány různými názvy a různými mechanismy. Psychopatologické popisy však byly natolik různorodé, že nebylo možné vymezit jednotlivé diagnostické jednotky. Změna postojů se objevila až po uveřejnění prací Kleina a Finka (1962), kteří ukázali, že pacienti s panickými atakami dobře reagují na léčbu imipraminem, zatímco pacienti s úzkostnou poruchou bez panických atak nikoliv. Klein a Rabkin (1981) předpokládali, že panická úzkost je kvalitativně odlišná od všeobecné úzkosti či úzkosti z očekávání. Tento názor se prosadil i při vytváření diagnostického manuálu DSM-III (APA, 1980), kde se poprvé objevilo rozčlenění jednotlivých úzkostných poruch, jak je známe dnes.

2. Incidence, prevalence a průběh generalizované úzkostné poruchy

2.1 Incidence a prevalence generalizované úzkostné poruchy

Generalizovaná úzkostná porucha je v populaci relativně častá. Nálezy o roční prevalenci GAD ve Spojených státech amerických kolísají mezi 3–8 %, u celoživotní prevalence jde o 5 a 15 %. Poměr mezi muži a ženami bývá 1 : 2 (Weissman et al., 1997; Judd et al., 1998; Grant et al., 2005). Roční prevalence poruchy v Evropě je 1,2–1,9 %, celoživotní pak 4,3–5,9 % (ESEMEd/MHEDEA 2000 investigators, 2004; Wittchen a Jacobi, 2005).

Porucha se častěji objevuje u rozvedených, vdov, nezaměstnaných a žen v domácnosti. Jedná se o pátou nejčastější psychiatrickou poruchu a v primární péči je nejčastější úzkostnou poruchou (Barrett et al., 1988). V psychiatrické péči jde však pouze o 8–14 % pacientů doporučených k léčbě pro úzkost (Wittchen et al., 2002; Kroenke et al., 2007; Barrett et al., 1988). Pacienti s GAD se tedy v psychiatrických ambulancích neobjevují příliš často. Důvodem je, že řada jedinců s GAD je přesvědčena, že úzkostnost je jejich trvalý povahový rys, který nelze změnit. Dalším důvodem je skutečnost, že porucha často v primární péči nebývá správně diagnostikována. Často také dominují tělesné příznaky, a tak pacient odmítá uvěřit tomu, že trpí psychickou poruchou, a odmítá pak i léčbu na psychiatrii. Například Kane et al. (1988) zjistili, že touto poruchou trpělo 50 % z 216 pacientů s bolestí na hrudi bez koronarografického nálezu. Jinou obvyklou somatickou prezentací poruchy je syndrom dráždivého tračníku a hyperventilační syndrom. Ve studii de Ruitera et al. (1989) splňovalo 82 % pacientů trpících GAD kritéria pro hyperventilační syndrom. V současnosti bývá přiměřeně léčena pouze třetina z pacientů, kteří by léčbu potřebovali.

2.2 Průběh generalizované úzkostné poruchy

Oproti relativně častému a mylnému přesvědčení, že úzkostné poruchy jsou málo závažné a není třeba jim věnovat větší pozornost, bývá generalizovaná úzkostná porucha chronickým a handicapujícím stavem. Neléčená může s kolísavou intenzitou probíhat celý život (Schweizer, 1995). Zároveň je spojena s vysokou mírou psychiatrické komorbidity (Kroenke et al., 2007; Romera et al., 2011) a závažnými osobními ztrátami, významnými sociálními dopady a ekonomickými náklady (Ballenger et al., 2001; Wittchen, 2002). Jedinci s GAD také vykazují významně nižší kvalitu života ve srovnání s lidmi bez této poruchy (Comer et al., 2011). Pacienti se do léčby často dostávají až při rozvoji komorbidní deprese.

Tito pacienti jsou častými pacienty v primární péči, nápadně často však nejsou správně diagnostikováni (Terluin et al., 2009). Jedním z vysvětlení je, že lékař nemá moc času na rozhovor s pacientem a ten si zpravidla stěžuje jen na tělesné příznaky, nebo naopak se lékař dozví o psychosociálním stresu a příznaky bere jako reakci na něj. V prvním případě je pacient opakovaně nákladně vyšetřován, dostává pochybné nicneříkající diagnózy, ve druhém případě lékař ujistí pacienta, že se nejedná o tělesnou nemoc, ale „jen“ o projevy stresu a dále se jeho léčbou nezabývá. To, že jde o závažnou psychickou poruchu, která potřebuje přiměřenou léčbu, v obou případech unikne. K psychiatrovi se pacient často dostává v době, kdy rozvine komorbidní úzkostnou poruchu nebo depresi (Wittchen et al., 2002).

Začátek projevů GAD bývá nejčastěji kolem 16. až 25. roku, ale porucha může vzniknout v kterémkoliv věku (Blazer et al., 1991). Průměrný věk pacientů je 39 let (Wittchen et al., 1994). Příznaky se nejčastěji objevují nenápadně a pozvolna, ale může také dojít k rychlému vzniku potíží v souvislosti se **stresujícími životními událostmi**. Jedná se zejména o hrozbu krize v blízké budoucnosti (tzv. ohrožující události) nebo během významných změn v životě (odchod od rodičů, narození dítěte, propuštění z práce nebo rozvod). Někdy předchází rozvoji GAD jiná úzkostná porucha, zejména sociální fobie (Brown et al., 2001). To, že se porucha nezřídka objevuje už od dětství a přetrvává celý život, vedlo k tomu, že někteří autoři uvažují, zda nejde spíše o rys osobnosti, který pak disponuje k jiným úzkostným poruchám a depresi (Sanderson a Wetzler, 1991; Stein, 2004).

Intenzita příznaků může být různá, od mírné intenzity s lehkým postižením fungování v životních rolích a mírným distresem až po extrémně závažnou s těžkým postižením rolí a subjektivně nesnesitelným prožíváním distresu. Rozšířeným mýtem je, že pacienti trpící GAD jsou, na rozdíl od jiných psychických poruch, méně handicapováni ve svém životě. Výzkum však ukazuje opak. Studie Wittchena et al. (1994) ukázala, že 28 % pacientů trpících samotnou GAD a 51 % jedinců s komorbidní GAD má příznaky,

které výrazně narušují jejich schopnost pracovat a sociálně fungovat. Postižení je stejně závažné jako u depresivní poruchy, pravděpodobnost úzdravy je však podstatně nižší (Huppert a Rynn, 2004; Stein, 2004; Wittchen et al., 2000; Yonkers et al., 2000). Pouze o něco více než polovina pacientů je zaměstnaná a skoro třetina musí být sociálně podporovaná společností. U pacientů s GAD také hrozí zvýšené riziko vzniku závislosti na alkoholu nebo anxiolytikách.

3. Diagnostika a klasifikace generalizované úzkostné poruchy

3.1 Příznaky generalizované úzkostné poruchy

Základními rysy poruchy jsou nadměrné a nekontrolovatelné starosti a obavy, které se týkají více než jedné oblasti života, a fyziologické příznaky, které obavy a starosti doprovázejí. Jedná se zejména o příznaky vegetativního podráždění, příznaky týkající se oblasti hrudníku nebo břicha, psychické známky úzkosti, celkové příznaky (tělesné napětí a třes), pocit neklidu a další nespecifické symptomy. Jedinec je přesvědčený, že obavy a starosti nedokáže kontrolovat a že naopak ony ovládají jeho. Pro stanovení diagnózy je potřeba, aby tyto příznaky trvaly nejméně 6 měsíců a příčinně nesouvisely s tělesnou chorobou nebo jinou psychickou poruchou.

Pacienti s GAD se ustavičně zabývají budoucím ohrožením. To vede k úzkosti, podrážděnosti, zhoršenému soustředění, únavě a nepříjemným tělesným pocitům. Z tělesných příznaků dominuje svalové napětí, roztřesenost, závratě, nevolnost, bolesti hlavy, pocit sevření na hrudi a v krku, bušení srdce, nadměrné pocení nebo zažívací potíže s průjmy. Většinou je zhoršený spánek, zejména usínání. Lidé trpící GAD mívají problém se uvolnit, odpočívat, vypnout. Tyto potíže se často zhoršují v době, kdy má člověk zdánlivě více klidu a volnosti – o samotě, o víkendech a dovolených.

Příběh

Při probírání pacientova příběhu často nacházíme četné úzkostné projevy již od dětství. Ty lze zpravidla pochopit z kontextu jeho životní historie.

KAZUISTIKA

Pan František poprvé navštívil psycholožku, když mu bylo 40 let. „Všichni mi říkají, že se pořád něčeho bojím a neumím se uvolnit. Prý je to se mnou horší a horší. No, já myslím, že mám

prostě takovou povahu. Ale Ludmila, moje žena, chtěla, ať to začnu řešit, tak jsem tady,“ sdělil překotně, ale s přesnou dikcí, zatímco intenzivně pozoroval nezajímavý květináč na parapetu. Sem tam nervózně zatékal pohledem směrem k psycholožce, pátraje, co ona na to. Trhavě se pohupoval z nohy a nohu, křečovitě svíral bundu a vrhal nesmělé sociální úsměvy ve smyslu „*je mi trapně, že jsem tady*“. Po povzbuzení se nepatrně uvolnil, napjatý však zůstal i dále. Po zevrubném pohovoru, při kterém se ukázalo, že pan František trpí nadměrnými obavami a starostmi z každodenních situací v práci i v rodinném prostředí (má například strach, zda zvládne pracovní úkoly, zda se na něj nadřizený nenaštve, zda jej berou kolegové, také strach, aby někdo z rodiny neonemocněl, aby sám neonemocněl apod.), se s ním psycholožka domluvila na psychologickém vyšetření a dle výsledků na následné systematické psychoterapii. František tiše hlesl, že souhlasí. Pak stísněně opustil ordinaci.

František se záhy dostavil k psychologickému vyšetření. Psycholožka mu administrovala Rorschachovu metodu a zadala dva dotazníky. Rorschachova metoda poukázala na několik jevů, které korespondovaly s klinickým dojmem i sdělenými informacemi. V průběhu snímání metody vykazoval zvýšenou defenzivitu a snahu neudělat chybu, perfekcionista tendence. Ukázalo se, že má sklony vyhledávat složité a nejednoznačné situace, které dlouze rozebírá. Vykazoval dlouhodobě sníženou kapacitu pro zvládání zátěže běžného života. Prožívání bylo zabarveno úzkostí a myšlení se při úzkosti stávalo méně jasným, katatymním. Zdálo se také, že má potíže s asertivitou a zdravým vyjadřováním agrese. Kromě toho se potýkal s negativním sebehodnocením.

Inventář Cope, který slouží k identifikaci frekvence užívání různých strategií zvládání stresu, byl další metodou, kterou František absolvoval. Vyšlo najevo, že se v zátěži nejvíce ze všeho obracel k víře (byl sice přesvědčený, že Bůh je přísný a vzdálený, ale říkal si, že je také velmi dobrý a „*myslí to s námi dobře*“ – proto se na něj neváhal obracet). Hodně se také snažil nepříjemnou situaci pozitivně přerámovat a usilovně vyhledával sociální oporu. Příliš se mu nedařilo soustředit se při řešení na jeden hlavní problém a další dočasně upozadit. To vedlo k častému pocitu zahlcení a absenci systematického řešení problémů. Projevila se i preference vyhýbavého chování a opomíjení aktivního řešení problémů.

Třetí metodou, která byla Františkovi zadána, byla Beckova škála úzkosti. V ní dosáhl 17 bodů, které zhruba odpovídají středně těžké úzkosti. Potýkal se především s palpitací a vnímáním zrychleného tepu, celkovým neklidem a nervozitou. Popisoval také značný „*strach z nejhorší události*“ (tj. rozličné katastrofické scénáře), silnou anticipační úzkost a celkový neklid. S výsledky psychodiagnostických metod, které svědčily pro problematiku GAD a anankastické osobnostní rysy, pak psycholožka seznámila Františka. Ten byl překvapený, kolik toho na něj ukázalo pár skvrn Rorschachovy metody.

Po třech týdnech se pak František dostavil na první psychoterapeutické sezení. Přišel pro jistotu dříve a více než půl hodiny před domluveným začátkem sezení nervózně popocházel před dveřmi ordinace. Vstoupil do místnosti, jako by šel do jámy lvové. Posadil se do nabídnutého křesla, ale jen na krajíček, a ztuhle vyčkával, co se bude dít. Úzkostně očekával, kterým směrem psycholožka povede rozhovor. Ta se zeptala na jeho potíže a požádala, jestli by mohl blíže popsat, jak to vypadá s těmi potížemi s uvolněním a častým „*strachováním*“. František