

Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky podľa § 45 ods. 1 písm. c) zákona 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov vydáva štandardný postup:

Komplexný manažment adolescentného a dospelého pacienta s generalizovanou úzkostnou poruchou

Číslo ŠP	Dátum predloženia na Komisiu MZ SR pre ŠDTP	Status	Dátum účinnosti schválenia ministrom zdravotníctva SR
0098	13. február 2020	schválené	1. apríl 2020

Autori štandardného postupu

Autorský kolektív:

doc. PhDr. Miloš Šlepecký, CSc.; prof. MUDr. Ján Praško, CSc.; Mgr. Miroslava Grendelová; PhDr. Katarína Jandová, PhD.

Odborná podpora tvorby a hodnotenia štandardného postupu

Prispievatelia a hodnotitelia: členovia odborných pracovných skupín pre tvorbu štandardných diagnostických a terapeutických postupov MZ SR (OPS klinická psychológia: PaedDr. et Mgr. Erika Jurišová PhD.; PhDr. Peter Sabol; PhDr. Antónia Kotianová, PhD.; PhDr. Róbert Máthé, PhD.; PhDr. Pavla Nôtová, PhD.; PhDr. Karina Pribišová; PhDr. Iveta Šefarová, PhD.; doc. Mgr. Anton Heretik ml., PhD.); hlavní odborníci MZ SR príslušných špecializačných odborov; hodnotitelia AGREE II; členovia multidisciplinárnych odborných spoločností; odborný projektový tím MZ SR pre ŠDTP a patientske organizácie zastrešené AOPP v Slovenskej republike; Inštitút zdravotníckej politiky; NCZI; Sekcia zdravia MZ SR, Kancelária WHO na Slovensku.

Odborní koordinátori: MUDr. Peter Bartoň; prof. MUDr. Mariana Mrázová, PhD., MHA; MUDr. Štefan Laššán, PhD.; MUDr. Jozef Kalužay, PhD.; prof. MUDr. Jozef Šuvada, PhD., MPH

Recenzenti

členovia Komisie MZ SR pre ŠDTP: MUDr. Peter Bartoň; PharmDr. Zuzana Baťová, PhD.; PharmDr. Tatiana Foltánová, PhD.; MUDr. Róbert Hill, PhD., MPH; prof. MUDr. Jozef Holomáň, CSc.; doc. MUDr. Martin Hrubíško, PhD., mim. prof.; prof. PhDr. Monika Jankechová, PhD.; MUDr. Jozef Kalužay, PhD.; MUDr. Jana Kelemenová; PhDr. Drahomír Kollár; MUDr. Branislav Koreň; MUDr. Štefan Laššán, PhD.; prof. MUDr. Ivica Lazúrová, DrSc.; PhDr. Mária Lévyová; doc. MUDr. Adriána Liptáková, PhD., MPH; Mgr. Katarína Mažárová; prof. MUDr. Mariana Mrázová, PhD., MHA; MUDr. Mária Murgašová; Ing. Jana Netriová, PhD., MPH; Mgr. Renáta Popundová; MUDr. Ladislav Šinkovič, PhD., MBA; prof. MUDr. Mária Šustrová, CSc.; prof. MUDr. Jozef Šuvada, PhD., MPH; MUDr. Martin Vochyan; PharmDr. Miriam Vulevová, MBA; MUDr. Andrej Zlatoš

Technická a administratívna podpora

Podpora vývoja a administrácia: Mgr. Zuzana Kuráňová; Ing. Barbora Vallová; Mgr. Ľudmila Eisnerová; Mgr. Mário Fraňo; JUDr. Marcela Virágová, MBA; Ing. Marek Matto; prof. PaedDr., PhDr. Pavol Tománek, PhD.; JUDr. Ing. Zsolt Mánya, PhD.; Mgr. Sabína Brédová; Ing. Mgr. Liliána Húsková; Ing. Zuzana Poláková; Mgr. Tomáš Horváth; Ing. Martin Malina; Mgr. Ing. Mária Syneková; Ing. Katarína Krkošková; Mgr. Miroslav Hečko; Mgr. Anton Moises; PhDr. Dominik Procházka; Ing. Andrej Bóka

Podporené grantom z OP Ľudské zdroje MPSVR SR NFP s názvom: “Tvorba nových a inovovaných štandardných klinických postupov a ich zavedenie do medicínskej praxe” (kód NFP312041J193)

Kľúčové slová

generalizovaná úzkostná porucha, prevencia, manažment, liečba

Zoznam skratiek a vymedzenie základných pojmov

- ŠPDTP** štandardný preventívny, diagnostický a terapeutický postup
- GAD** generalizovaná úzkostná porucha (general anxiety disorder)
- EBM** Evidence Based Medicine (medicína založená na dôkazoch)
- NICE** the National Institute for Health and Care Excellence (Národný inštitút pre zdravie a kvalitnú starostlivosť)
- APA** American Psychological Association (Americká psychologická asociácia)
- RCT** randomized controlled trial (Randomizovaná kontrolná štúdia založená na náhodnom výbere)
- KBT** kognitívno-behaviorálna terapia
- IKBT** kognitívno-behaviorálna terapia prostredníctvom internetu
- ŠPI** špecifické psychoterapeutické intervencie (vybrané psychologické intervencie, ktoré využívajú špecifické terapeutické techniky podľa EBM uvedené v časti liečba v druhom stupni starostlivosti, menej intenzívne psychologické liečebné postupy)
- ÚD I** úroveň dôkazov I (systematický prehľad štúdií z úrovne II)
- ÚD II** úroveň dôkazov na základe RCT

Kompetencie

Všeobecný lekár pre deti a dorast - prvotné posúdenie, odoslanie na ďalšiu liečbu, management liečby.

Lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore všeobecné lekárstvo - prvotné posúdenie, odoslanie na ďalšiu liečbu, management liečby.

Lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore psychiatria (psychiater) - psychiatrické vyšetrenie pacienta, tvorba individuálneho terapeutického plánu, rozhodnutie o potrebe hospitalizácie, ambulantné vedenie pacienta s pravidelným posudzovaním jeho stavu, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť, supervízia. Po absolvovaní vzdelávania v ŠPI poskytovanie ŠPI.

Lekár bez špecializácie - psychiatrické vyšetrenie pacienta, príjem pacienta, sledovanie stavu pacienta, indikovanie farmakoterapie pod dohľadom psychiatra, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť. Po absolvovaní vzdelávania v ŠPI poskytovanie ŠPI.

Lekár s certifikátom pre špecifickú psychoterapiu vychádzajúcej z EBM pre GAD - diagnostika, prevencia, psychoterapia, supervízia. Ak nie je takýto odborník k dispozícii, lekár so špecializáciou v psychiatrii + s certifikátom v psychoterapii.

Psychológ v špecializačnom odbore klinická psychológia, poradenská psychológia, pracovná organizačná psychológia - realizácia psychodiagnostiky, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť, prevencia. Po absolvovaní vzdelávania v ŠPI poskytovanie ŠPI.

Psychológ v špecializačnom odbore klinická psychológia, poradenská psychológia, pracovná organizačná psychológia, s certifikátom v špecifickej psychoterapii vychádzajúcej z EBM pre GAD - diagnostika, psychodiagnostika, psychoterapia, supervízia. Ak nie je takýto odborník k dispozícii, psychológ v zdravotníctve špecialista s certifikátom v psychoterapii.

Poradenský psychológ - prvotné posúdenie, prevencia. Po absolvovaní vzdelávania v ŠPI poskytovanie ŠPI.

Sestra s vysokoškolským vzdelaním prvého stupňa v odbore ošetrovateľstvo, pôrodná asistancia, alebo fyzioterapia, sestra s ukončeným špecializačným štúdiom v študijnom odbore diplomovaná všeobecná sestra. Podávanie farmakoterapie, ošetrovateľské postupy, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť. Po absolvovaní vzdelávania v ŠPI poskytovanie ŠPI.

Sestra s pokročilou praxou s certifikátom v špecifickej psychoterapii vychádzajúcej z EBM pre GAD - prevencia, psychoterapia, supervízia.

Liečebný pedagóg - prvotné posúdenie, prevencia; liečebno pedagogická diagnostika a terapia. Po absolvovaní vzdelávania v ŠPI poskytovanie ŠPI.

Liečebný pedagóg špecialista - s certifikátom v špecifickej psychoterapii vychádzajúcej z EBM pre GAD - diagnostika, prevencia, psychoterapia, supervízia.

Špeciálny pedagóg - prvotné posúdenie, prevencia. Po absolvovaní vzdelávania v ŠPI poskytovanie ŠPI.

Logopéd - prvotné posúdenie, prevencia. Po absolvovaní vzdelávania v ŠPI poskytovanie ŠPI.

Logopéd špecialista - s certifikátom v špecifickej psychoterapii vychádzajúcej z EBM pre GAD - diagnostika, prevencia, psychoterapia, supervízia.

Sociálny pracovník - prvotné posúdenie, prevencia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť, sociálno-právna podpora. Po absolvovaní vzdelávania v ŠPI poskytovanie ŠPI.

Úvod

Tento ŠPDTP je určený pre prevenciu, diagnostiku a liečbu u detí a adolescentov (od školského veku do 18 rokov) a dospelých (od 18 rokov a viac) trpiacich na GAD.

Účelom tohto ŠPDTP je zlepšiť dostupnosť a kvalitu zdravotnej starostlivosti pacientov trpiacich na GAD v Slovenskej republike. Je určený praktickým lekárom, pediaterom, klinickým a poradenským psychológom, psychiatrom a iným odborníkom v oblasti psychického zdravia. Jeho cieľom je pomôcť zlepšiť prevenciu, diagnostiku a liečbu tejto poruchy podľa EBM, a zlepšiť kvalitu života postihnutých. Má tiež zvýšiť povedomie o tejto poruche u zdravotníckych pracovníkov a zlepšiť koordináciu liečby.

V súčasnosti podľa Bražinovej (2019) sa väčšina osôb trpiacich úzkostnými poruchami nelieči. I keď literárne údaje pri GAD podľa EBM jasne definujú účinné liečebné postupy, tieto sa dostatočne nevyužívajú, a porucha sa lieči menej efektívnymi psychoterapeutickými a farmakoterapeutickými postupmi.

Klinickou otázkou je, ako zvýšiť dostupnosť a kvalitu liečby GAD. Vypracovaný ŠPDTP liečby GAD umožňuje spresniť diagnostiku, zavádza nové liečebné postupy ŠPI, menej intenzívnej psychologickéj liečby, ako je IKBT, a odporúča postupy vychádzajúce s EBM, ktoré majú vyššiu účinnosť ako dosiaľ používané psychoterapeutické prístupy. Zavádza efektívne preventívne a monitorovacie postupy a definuje EBM psychoterapeutické postupy,

ich intenzitu a trvanie podľa stupňa ochorenia. Definuje špecifiká liečebných postupov u dospelých osôb a u adolescentov. Spresňuje sieť poskytovateľov zdravotnej starostlivosti a ich kompetencie. Nadväzuje na ŠPDTP v odbore psychiatria a podrobnejšie ho dopĺňa psychologickými preventívnymi, diagnostickými a psychoterapeutickými postupmi. Odporúča používanie dotazníkov na meranie efektu terapie jednak na začiatku a na jej konci, a jednak priebežne, čo umožňuje nepretržite monitorovať účinok terapeutických intervencií. Predstavuje tiež postup, ktorý môžu použiť iné odbory, ako je liečebná pedagogika a sestra v odbore psychiatria.

Cieľom tohto postupu je pozitívne ovplyvniť prejavy poruchy, školské, pracovné a sociálne fungovanie postihnutých osôb a kvalitu ich života.

Generalizovaná úzkostná porucha (GAD - Generalized Anxiety Disorder) je piatou najčastejšou psychiatrickou poruchou (Kane a kol., 1998). Prejavuje sa všeobecnou a trvalou „voľne plynúcou úzkosťou“, ktorá nie je obmedzená na určité situácie alebo objekty, ani na určité okolnosti, ale týka sa každodenných záležitostí a ich zvládania, alebo nevýznamných telesných symptómov (Praško, Vyskočilová, 2008). Pocity trvalej úzkosti sú pri GAD označované ako „voľne fluktuujúca úzkosť“ alebo ako „chronická ustarostenosť“ (Wells a Butler, 1997).

Tento štandard bol vytvorený na základe hierarchie váhy dôkazov, a to štúdií, svetových a európskych odporúčaní (NICE, APA, Canadian Clinical Practice Guidelines for The Management of Anxiety, German Clinical Practice Guideline) a odborných poznatkov v problematike rešpektovaných a uznávaných autorít. Zohľadnili sme potrebné úrovne dôkazov za posledných 10 rokov v elektronických databázach systematických prehľadov (Cochrane, Pubmed), či elektronických časopisov.

Prevenia

Podľa Evans a kol. (2012) by sa preventívne zásahy pri úzkostných poruchách mali zameriavať tak na rizikové, ako aj na protektívne faktory súvisiace s etiológiou a udržiavaním týchto porúch. Niektoré rizikové a protektívne faktory je možné ovplyvniť viac, iné menej, a dôležité je tiež obdobie života, v ktorom pôsobia. Z toho vyplýva, že rozvoj účinnej prevencie úzkostných porúch si bude vyžadovať:

- 1) komplexné poznanie rizikových a protektívnych faktorov, ako aj ich komplexné vzájomné vzťahy počas rôznych období vývoja jedinca,
- 2) zlepšenie metód na zistenie ne/prítomnosti týchto faktorov,
- 3) intervencie, ktoré posilňujú protektívne faktory a/alebo redukujú rizikové faktory, alebo oboje.

Cieľom takýchto programov je znížiť výrazne negatívny vplyv úzkostných porúch na jednotlivcov a spoločnosť.


Preventívne programy podľa Evans a kol. (2012) môžeme rozdeliť na:

- 1) indikované programy prevencie, ktoré sa zameriavajú na rizikových jedincov, u ktorých sa už vyskytujú symptómy a/alebo biologické markery, ale nespĺňajú v plnej miere diagnostické kritériá pre poruchu,
- 2) programy selektívnej prevencie, ktoré sa zameriavajú na osoby, o ktorých sa predpokladá, že predstavujú vysoké riziko rozvoja poruchy (napr. boli svedkami násillia),


- 3) univerzálne preventívne programy, ktoré sú zacielené na celé populácie bez ohľadu na rizikové faktory (napr. určitý stupeň školskej dochádzky).

Tabuľky č. 1-3 uvádzajú rizikové faktory a ich popis pre všetky úzkostné poruchy (Evans a kol., 2012).


Tab. č. 1

 Individuálne faktory	
Faktor	Popis
Prodromálne zvýšené symptómy úzkosti	Ak je zvýšená prítomnosť týchto symptómov, hrozí riziko rozvoja poruchy v priebehu dvoch rokov
Behaviorálna inhibícia (temperament)	Tendencia vyhýbať sa novým podnetom a zážitkom, prílišná hanblivosť v prítomnosti druhých ľudí
Úzkostná precitlivosť	Tendencia interpretovať fyziologické prejavy úzkosti ako hrozbu samú o sebe
Kognitívne faktory	Vyhýbavý štýl zvládania, nízka perцепčná kontrola

Tab. č. 2

 Rodinné faktory	
Faktor	Popis
Výchova v rodine	Neisté pripútanie sa s možným prepojením na temperamentovú inhibíciu
Interakcia rodič-dieťa	Sklon rodičov podsúvať vyhýbavé stratégie riešenia problému, prílišné zapojenie sa a prílišná ochrana v reakcii na detské obavy, nedostatočné modelovanie zvládacích reakcií

Tab. č. 3

 Vrstovníci, škola a faktory prostredia	
Faktor	Popis
Fajčenie	Zvlášť v spojitosti s panickou poruchou
Alkohol a iné návykové látky	Sú samy o sebe rizikové faktory a zvyšujú riziko iných faktorov (napr. dopravných nehôd)
Zapojenie sa do gangov a kriminálna aktivita	Expozícia traumatickým udalostiam, páchanie interpersonálneho násillia
Expozícia traume	Výrazná trauma zvyšuje riziko vzniku posttraumatickej stresovej poruchy a iných úzkostných symptómov, zvlášť u citlivých ľudí, alebo zvýšene reagujúcich na určitý typ traumy (napr. sexuálne násillie)
Nedostatočná sociálna podpora	Je spojená s výraznejšími symptómami a s horšou reakciou na liečbu v dospelosti, možný mediačný faktor

Opatrenia zameriavané na podporu duševného zdravia v ranom detstve sú najúčinnnejšie. Prostredie má vtedy najväčší vplyv na rozvoj a dlhodobé duševného zdravia, hoci sa relatívne málo duševných porúch priamo prejaví. Obdobie do troch rokov je najdôležitejšie pre správny biologický, kognitívny a emočný vývoj dieťaťa, keďže sa dieťaťu najrýchlejšie vyvíja mozog. Kľúčovú úlohu zohráva bezpečné a spoľahlivé naviazanie dieťaťa na matku alebo iného primárneho opatrovateľa. Medzi rizikové faktory patrí duševná porucha u matky (už aj počas tehotenstva), nevhodná výchova a slabá psychosociálna stimulácia (najmä hry, ktoré pomáhajú pri rozvoji motoriky).

Medzi efektívne programy v ranom detstve patria:

- vhodná zdravotná a sociálna starostlivosť o matku počas tehotenstva, vhodne vedený pôrod (prirodzený pôrod pri nekomplikovanom tehotenstve) a aktívnu podporu niekoľko týždňov po pôrode. Pomáhajú vytvoreniu citovej väzby s dieťaťom a znižujú riziko rozvinutia duševných problémov matky.
- skríning a prevencia v primárnej starostlivosti, kde sa môže použiť koncept Adverse Childhood Experiences (ACEs) v podobe dotazníku. Vyškolený zdravotník môže pomocou takýchto dotazníkov cez špecializované dotazníky pre rodičov identifikovať jednak možné riziká pre dieťa v domácnosti a zároveň aj úroveň ACEs u samotných rodičov, ktoré môžu ovplyvniť schopnosť starať sa o dieťa. Zdravotník môže rodičov následne poučiť o vytvorení vhodného prostredia pre rozvoj dieťaťa a odkázať ich na možnosti sociálnej podpory a tréningov zručností vo výchove (Jones a kol., 2019).
- programy rozvíjajúce zručnosti rodičov pri výchove malých detí sa preukazujú ako vysoko efektívne, stoja najmä na zvýšení pozitívnych interakcií a tréningu emocionálnej komunikácie rodičov s dieťaťom alebo konzistentnosti rodičov v reakcii na správanie dieťaťa (Kaminski a kol., 2008). V mnohých krajinách má tento typ intervencie dlhotrvajúci efekt, a to nielen na duševné zdravia dieťaťa ale aj rodičov (Barlow a kol., 2014).
- sociálne programy podporujúce hru detí a rodičov, ktorá poskytuje potrebnú stimuláciu.

- Škola predstavuje ideálne miesto pre adresovanie duševného zdravia u detí a mladistvých, najmä vďaka povinnej školskej dochádzke. Adolescenti sú zároveň témam duševného zdravia viac otvorení. Mnohé programy sa preukazujú ako účinné v zlepšení prospechu a kognitívnych schopností, odolnosti voči náročným situáciám a stresu, a tiež znižujú pravdepodobnosť predčasného ukončenia dochádzky, stredoškolského alebo univerzitného vzdelania (OECD, 2018). Štúdie analyzované v Roberts a Grimes (2011) a McDaid a kol. (2017) ukázali účinnosť aj návratnosť programov v rámci:
 - tréningov emocionálnej gramotnosti u žiakov, tzn. poznania a zvládania vlastných emócií, rozvoja sociálnych zručností pre deti (Lee a kol., 2016),
 - tréningov výchovných zručností u rodičov – podobne ako v ranom detstve,
 - programy pre prevenciu a riešenie šikany (Karna a kol., 2011).

V produktívnom veku sú špecifickými rizikami tlak na výkon v práci, strata zamestnania a dlhodobá nezamestnanosť. Pracovisko a služby podpory zamestnanosti sú zároveň najvhodnejším priestorom pre intervencie dospeljej populácie. Môžu pomôcť znížiť významnú časť ušlých ekonomických nákladov na pracovnom trhu tým, že zamestnanci neodchádzajú zo zamestnania, pracujú produktívnejšie a späť do zamestnania sa aj rýchlejšie vracajú. Významnú úlohu v sekundárnej prevencii predstavujú možnosti vytvárania chránených pracovísk pre ľudí postihnutých psychickými ochoreniami.

Epidemiológia

Ročná prevalencia GAD u dospelých jedincov kolíše v rozmedzí 3-8%, celoživotná prevalencia v rozmedzí 5-15%, pomer medzi mužmi a ženami býva 1:2 (Blazer a kol., 1991; Kessler a kol., 1994; Weissmanová a kol., 1997). Medzi mladistvými (13-18 rokov) je ročná prevalencia GAD 1,1%, celoživotná 2,2% (NCS-A). Priemerný vek začiatku GAD je okolo 25. roku života, ale môže sa objaviť v každom veku. GAD je piatou najčastejšou psychiatrickou poruchou, ale zároveň najčastejšou úzkostnou poruchou. Vyšší výskyt sa zaznamenáva u ľudí, ktorí v minulosti žili v manželskom vzťahu (rozvedení, vdovci, ap.), u nezamestnaných a u žien v domácnosti (Surtees a kol., 1983).

GAD sa ako diagnóza objavuje menej často, pretože jednak nie je v primárnej starostlivosti diagnostikovaná, a jednak mnohí ľudia sú presvedčení, že úzkostlivosť je ich trvalá povahová črta, ktorá sa nedá liečiť. Nakoľko telesné symptómy dominujú, pacienti odmietajú uveriť, že môže ísť o problém psychického pôvodu.

V primárnej starostlivosti je GAD najčastejšie sa vyskytujúcou úzkostnou poruchou (Barrett a kol., 1988). V psychiatrickej starostlivosti sa nachádza len 10% pacientov odporučených pre úzkosť (Barlow, 1988). Ľudia trpiaci GAD sa najskôr začínajú liečiť u kardiológa, neurológa alebo iného somatického odborníka.

Niektoré prípady GAD začínajú náhle, napr. po traumatickej udalosti alebo po výraznom dlhodobom strese, ale väčšinou je jej začiatok pozvoľný. Prvé symptómy sa objavujú okolo 16. až 18. roku (Finlay-Jones a Brown, 1981).

Patofyziológia

V patofyziológii GAD sa predpokladajú biologické vplyvy, ale aj vplyvy výchovy a životných udalostí. Heritabilita sa podieľa na vzniku poruchy približne z jednej tretiny, suspektné gény sú však pre poruchu nešpecifické. Pomocou zobrazovacích metód sa preukázala dysregulácia v neuronálnych okruhoch autonómnej integrity riadiacich úzkosť s centrálnym postavením amygdaly (Saddock a kol., 2017) s významnou úlohou cingulárneho kortexu s narušením signalizácie viacerých neurotransmitterových systémov (sérotónín, dopamín, noradrenalín, GABA, glutamát) (Bystricky a kol., 2013). Všeobecné etiologické koncepty pre úzkosť a úzkostlivosť založené na psychologických alebo psychosociálnych faktoroch platia aj pre GAD. Psychosociálne príčiny môžu zahŕňať narušené rodinné vzťahy a traumatické udalosti v detstve, kognitívny model predpokladá distorzné spracovanie informácií.

Kognitívny pôvod nadmerných obáv – Je viacero vysvetlení pôvodu a pretrvávania nadmerných a všadeprítomných obáv, ktoré charakterizujú GAD. Príkladom môžu byť postihnutí jedinci ktorí:

Neustále skúmajú prostredie, či v ňom nie sú znaky nebezpečenstva (Beck, Emery, Greenberg 1985).

Rozvoj ich obáv je pokusom o vyriešenie problémov (Barlow 1988).

Používajú obavy aby ste sa vyhli reakcii na strach (Borkovec, Alcaine, Behar 2004).

Nie sú schopní zniesť neistotu alebo nejasnosti (Dugas, Marchand, Ladouceur 2005).

Obávajú sa nekonrolovateľnosti a predpokladajú nebezpečné dôsledky toho, že sa obávajú (Wells, King 2006).

Kognitívno-behaviorálny model zdôrazňuje proces učenia a rozvoj maladaptívnych postojov, psychoanalytický model vysvetľuje úzkosť ako reprezentáciu potlačených konfliktov. Tieto koncepty sú dôležitým základom pre psychoterapeutické intervencie.

Podľa Pittig a kol. (2013) a Newman a kol. (2013) sa jedinci s GAD pri úvodnom meraní v porovnaní s kontrolnými subjektami vyznačujú výraznejšou dysreguláciou ich psychofyziologického stavu (napr. nízkou variabilitou frekvencie srdca, vyššou frekvenciou srdca, či vyššou úrovňou kožnej vodivosti), a podľa Grillon a kol. (2017) aj v porovnaní s jedincami s inými úzkostnými poruchami. Avšak tento vzorec psychofyziologického „hyperarousal“ (nabudenia) nie je pozorovaný všeobecne (Hoehn-Saric, McLeod, Zimmerli, 1989) a predpokladá sa, že psychofyziologické rozdiely medzi osobami s GAD a kontrolnými subjektami špecificky závisia od kontextu. Podľa Grillon a kol. (2017) sa osoby s GAD vyznačujú chronickým fyziologickým nabudením (arousal) v základnom meraní, a prejavujú prehnanú fyziologickú reakciu na podnety vyvolávajúce strach. V porovnaní s inými úzkostnými poruchami je teda GAD charakterizovaná zvýšeným bazálnym nabudením (hyperarousal), čo môže naznačovať prítomnosť úzkostných myšlienok bez prítomnosti hrozby, a môže sa to spájať aj so zvýšenou reaktivitou kardiovaskulárnej regulácie, ktorá sa prejavuje vo vyššom poklese variability frekvencie srdca ako odrazu abnormálnej modulácie sinoatriálneho uzla vyššími regulačnými centrami, ktorých funkcia je pri GAD zmenená. Zistenie o redukcii variability srdcovej činnosti potvrdzuje aj Chalmers a kol. (2014). Avšak na rozdiel od tejto kardiovaskulárnej reaktivity, reaktivita hodnotená kožnou vodivosťou je nízka, reflektujúca úzkostnú reakciu zmrznutia charakterizovanú zníženou regulačnou

odpoveďou sympatiku (Davies, Craske, 2015). Ako ďalší parameter charakterizujúci úzkosť môže byť podľa Joormann a Stölberg (1999) zvýšené svalové napätie.

Klasifikácia

Generalizovaná úzkostná porucha patrí podľa klasifikácie MKCH 10 medzi úzkostné poruchy, kódové označenie je F 41.1.

Diagnostické kritériá MKCH-10 pre generalizovanú úzkostnú poruchu F41.1 (MKCH-10, 1996)

- A. U pacienta sa musia prejavovať v priebehu aspoň 6 mesiacov výrazné napätie, obavy a zlé predtuchy pri každodenných udalostiach a problémoch.
- B. Musia byť prítomné aspoň 4 z nasledujúcich symptómov, pričom minimálne jeden musí byť z položiek (1) až (4):

Symptómy vegetatívnej aktívácie

- (1) palpitácie alebo búšenie srdca alebo zrýchlený srdcový rytmus,
- (2) potenie,
- (3) tras alebo chvenie,
- (4) suchosť v ústach (ktorá nie je vyvolaná medikáciou ani dehydratáciou),

Symptómy v hrudnej a brušnej oblasti

- (5) problémy s dýchaním,
- (6) pocity dusenia,
- (7) bolesť na hrudníku alebo vnútorný nepokoj,
- (8) nauzea alebo brušné problémy (napr. škŕkanie v žalúdku),

Symptómy týkajúce sa psychického stavu

- (9) pocity závratu, nepokoja, pocity na omdlenie alebo točenie hlavy,
- (10) pocity, že veci sú neskutočné (derealizácia), alebo že vlastná osoba je vzdialená alebo „tu v skutočnosti nie je“ (depersonalizácia),
- (11) strach zo straty kontroly, strach „zo zbláznenia“ alebo strach zo straty vedomia,
- (12) strach zo smrti,

Všeobecné symptómy

- (13) návaly tepla alebo chladu,
- (14) znížená citlivosť alebo páčivé pocity,

Symptómy napätia

- (15) svalové napätie alebo bolesť,
- (16) nepokoj a neschopnosť uvoľniť sa,
- (17) rozrušenie, pocit ako „na okraji svojich síl“ alebo psychické napätie,
- (18) pocit „knedele v krku“ alebo problémy s prehĺtaním,

Iné špecifické symptómy

- (19) prehnaná reakcia na malé prekvapenie alebo úľak,
 - (20) problémy s koncentráciou alebo vynechávanie pamäti kvôli úzkosti alebo obavám,
 - (21) trvalá podráždenosť,
 - (22) problémy so zaspávaním kvôli úzkosti alebo obavám,
- C. Porucha nespĺňa kritériá pre panickú poruchu (F41.0), fobické úzkostné poruchy (F40.-), obsedantno-kompulzívnu poruchu (F42.-) alebo hypochondrickú poruchu (F45.2).

- D. Najčastejšie používané vylučovacie kritériá: úzkostná porucha nevznikla následkom telesnej poruchy, ako je hypertyreóza, organická duševná porucha (F00-F09) alebo porucha vyvolaná účinkom psychoaktívnych látok (F10-F19), ako je napr. konzumácia látok podobných amfetamínu alebo vysadenie benzodiazepínov.

Modernejšie vnímanie diagnózy predstavujú kritéria DSM-5 Americkej psychiatrickej asociácie (APA, 2013). Podľa DSM-5 je základným rysom generalizovanej úzkostnej poruchy nadmerná úzkosť a strach (znepokojujúce očakávania) z množstva udalostí a aktivít.

Diagnostické kritériá pre generalizovanú úzkostnú poruchu podľa DSM-5 (APA, 2013).

A. Nadmerná úzkosť a strach (očakávané obavy) z každodenných aktivít a udalostí (pracovné, školské), vyskytujúce sa väčšinu dňa v priebehu obdobia aspoň 6 mesiacov.

B. Pre jedinca je veľmi ťažké tieto obavy ovládať.

C. Úzkosť a obavy majú spojitosť s tromi (alebo viacerými) z nasledujúcich šiestich symptómov (kedy aspoň jeden z nich musí byť prítomný väčšinu dní v období aspoň 6 mesiacov):

Poznámka: U detí stačí len jeden zo symptómov.

1. Nepokoj alebo pocit napätia.
2. Ľahká unaviteľnosť.
3. Ťažkosti s koncentráciou alebo pocit „prázdnoty mysle“.
4. Podráždenosť.
5. Svalové napätie.
6. Ťažkosti so zaspávaním (sťažené zaspávanie, udržanie spánku alebo nedostatočný spánok).

D. Úzkosť, obavy alebo somatické symptómy sú príčinami klinicky významnej nepohody alebo funkčného narušenia v sociálnej, pracovnej alebo inej dôležitej oblasti.

E. Porucha nie je spôsobená fyziologickým účinkom látky (abúzus drogy alebo lieku), ani iným somatickým ochorením (napr. hypertyreóza).

F. Porucha sa nedá lepšie vysvetliť inou psychickou poruchou, ako je napr. úzkosť alebo obavy z panických atakov (panická porucha), negatívne hodnotenie pri sociálnej úzkostnej poruche (sociálna fóbia), znečistenie alebo iná obsesia (pri obsedantno-kompulzívnej poruche), odlúčenie od osôb, ku ktorým si jedinec vytvoril citovú väzbu (separačná úzkosť), pripomínanie traumatických udalostí (posttraumatická stresová porucha), zvyšovanie hmotnosti (poruchy príjmu potravy), somatické problémy (porucha so somatickými symptómami), domnelé telesné nedostatky (dysmorfofóbia), obavy z vážneho ochorenia (pri nozofóbií) alebo obsah bludných presvedčení pri schizofrénii, či poruchy s bludmi.

Klinický obraz

Základom klinického obrazu GAD je všeobecná a trvalá „voľne plynúca úzkosť“, prehnané a nerealistické obavy a starosti, psychické napätie, nervozita a podráždenosť, telesné symptómy motorického napätia a autonómnej hyperaktivity a úzkostné správanie (Praško, Možný, Šlepecký a kol., 2007). GAD sa podľa Revicky a kol (2012) často nediagnostikuje a adekvátne liečená je menej ako tretina pacientov. U pacientov s GAD sa podľa Revicky a kol. (2012) dochádza k narušeniu ich bežného fungovania, výkonnosti v zamestnaní a k zníženej kvalite

života, čo vedie k významným ekonomickým stratám aj pre spoločnosť. V primárnom kontakte sa pacienti s GAD v 72% prípadov sťažujú na telesné ťažkosti (Garcia-Campayo a kol., 2012). Etiologicky sa pri vzniku pravdepodobne uplatňujú genetické vplyvy i učenie sa maladaptívnym vzorcom správania. Pacienti trpiaci GAD majú v anamnéze skorú smrť rodiča oveľa častejšie ako pacienti s panickou poruchou (Torgensen, 1986). Populačné štúdie vzorky 1033 ženských dvojčiat potvrdili tendenciu GAD objavovať sa častejšie v niektorých rodinách, a preukázali, že vplyv genetických faktorov je tu vyšší než vplyv zdieľaného rodinného prostredia. Vplyv dedičnosti sa pohyboval okolo 30 % (Kendler a kol., 1992). Autori rovnako potvrdili, že vulnabilita pre GAD a depresiu je ovplyvnená rovnakými genetickými faktormi. Kognitívno-behaviorálne vysvetlenie generalizovanej úzkostnej poruchy ako modelu s najsilnejšou EBM predpokladá, že úzkosť sa učí buď imitáciou rodičov v detstve, alebo je dôsledkom maladaptívnych postojov, ktoré vznikli v priebehu neskoršieho života. Úzkosť je udržiavaná tým, ako človek hodnotí seba samého, svoje okolie i svoju budúcnosť. Podľa tohto modelu jednotlivci trpia chronickou úzkosťou, pretože vychádzajú z maladaptívnych predpokladov a interpretujú širokú škálu rôznych situácií ako ohrozujúcich. Tieto presvedčenia sa obvykle týkajú týchto tém: výkonnosť, prijatie zo strany okolia, vlastná hodnota a kontrola (Praško a kol., 1996). Ďalším problémom takto postihnutých ľudí je absencia niektorých sociálnych vedomostí a zručností, a to, že na riešenie problémov používajú nesystematickú metódu „pokus-omyl“ (Andrews a kol., 1994).

Diagnostika I Postup určenia diagnózy

Formálna diagnóza vychádza z aktuálneho klasifikačného systému MKCH-10, prípadne MKCH-11. Nápomocné môže byť tiež použitie klasifikačného systému DSM-V. Pomocou diagnostického procesu je potrebné získať všetky dôležité informácie, ktoré môžu byť dôležité pri následnej starostlivosti. NICE (2004) odporúča v tomto procese používať viacero postupov. Na určenie diagnózy stačí spravidla rutinné psychiatrické, prípadne klinicko-psychologické vyšetrenie, ktorým je možné učiť typické obavy a starosti a ich kategórie (rodina, financie, práca, zdravie a pod.), emocionálne, vegetatívne a kognitívne reakcie, zabezpečovacie a vyhýbavé správanie.

Ich objektivizácia je možná pomocou cieleného psychologického vyšetrenia, kde je k dispozícii viacero dotazníkov ako sú: GAD-7 Sk, PHQ-9 Sk (Patient Health Questionnaire - 9 items scala), SCL-90, dotazník vyhýbavého správania, a pod..

V prípade podozrenia na poruchy intelektu, kognitívnych funkcií, alebo poruchy osobnosti, alebo osobnostné abnormality je potrebné vykonať komplexné psychologické vyšetrenie.

Na posúdenie psychofyziologickej reaktivity je potrebné vyšetrenie reaktivity na stres (vytvorenie stresového profilu).

Diferenciálna diagnostika

Podobne ako pri iných úzkostných poruchách je v prvom rade potrebné vylúčiť somatické ochorenie, ktoré môže vyvolávať alebo udržiavať úzkosť. Prítomnosť somatického ochorenia však ešte nevylučuje prítomnosť generalizovanej úzkostnej poruchy (GAD). Niekedy po vyliečení somatického ochorenia pretrvávajú naďalej prejavy generalizovanej úzkosti napriek tomu, že somatický nález sa normalizoval.

Niekedy je ťažké odlíšiť GAD od iných úzkostných porúch, ako je panická porucha, sociálna fóbia a obsedantno-kompulzívna porucha. Pri týchto poruchách sa totiž tiež vyskytuje úzkosť z očakávania, ktorá sa však nesmie týkať obáv a starostí všedného dňa, ako to je pri GAD (Praško, Možný, Šlepecký, 2007).

Za najťažšie sa považuje odlíšenie GAD od dystýmie. Obidve poruchy majú toho viac podobného ako odlišného. Pri oboch ide o chronický priebeh, začínajú v podobnom veku, pravdepodobne sa značne prelínajú. Hlavný rozdiel je však v zložení symptómov. Pri GAD dominujú symptómy úzkosti, ktoré sa prejavujú v psychickom fungovaní, v myšlienkach i vo vegetatívnych reakciách. Pri dystýmií dominuje smútok, únava a sebaznevažovanie (Praško a kol., 1996).

Praško a kol. (in Seifertová, 2008) poukazujú na výskyt chronickej úzkosti aj pri mentálnej anorexii, bulímii, somatomorfných a hypochondrických poruchách. Tu sú však príčiny úzkosti a obáv monotónne a stereotypné, pri GAD však fluktuujú z jednej príčiny na druhú. Chronická úzkosť sa tiež môže objaviť pri afektívnych a psychotických poruchách, kde v niektorých štádiách nemusia byť prítomné iné symptómy ako úzkostlivosť. Symptómy GAD môžu pripomínať i posttraumatickú stresovú poruchu, líšia sa v začiatku a v priebehu oboch porúch, pri GAD zároveň chýbajú flashbaky a vyhýbavé správanie.

Tab. č. 4

 Diferenciálna diagnóza generalizovanej úzkostnej poruchy	
Úzkostné a neurotické poruchy	adaptačné poruchy, panická porucha, sociálna fóbia, obsedantno-kompulzívna porucha, hypochondrická porucha, somatoformná porucha, posttraumatická stresová porucha
Dekompenzácia porúch osobnosti	vyhýbavá a závislá porucha osobnosti
Telesné ochorenia	angina pectoris, arytmia, prolaps mitrálnej chlopne, hyperkalcémia, karcinoid, astma, tyreotoxikóza, anémia, chronická pulmonálna nedostatočnosť, feochromocytóm, hypoglykémia, hyponatrémia, hypoxia, porfýria, hypovitaminózy
Užívanie psychoaktívnych látok a niektorých liekov	kofeinizmus, psychostimulancia, anticholinergiká, digitalis (toxicita), antihypertenzíva, sympatikomimetiká, levodopa, bronchodilatancia, tyreoidálne hormóny, abstinénčné príznaky po vysadení benzodiazepínov, alkoholu
Afektívne a psychotické poruchy	dystýmia, depresívna porucha, začiatok schizofrénnej poruchy
Nepatologická úzkosť	

Liečba

Prehľad podporných výskumných dôkazov

Na základe metaanalýz a RCT štúdií Katzman a kol. (2014) jasne preukázali, že KBT významne redukuje symptómy GAD, a je výrazne účinnejšia v porovnaní s placebo podmienkami, alebo so zoznamom čakateľov s GAD (pozn.: tzv. waiting list). Efekt je hodnotený na ÚD I (Siev, Chambless, 2007; Borkovec, Ruscio, 2001; Hunot a kol., 2007; Hofmann, Smits, 2008; Covin a kol., 2008). Carpenter a kol. (2018) vo svojej metaanalýze podrobili KBT liečbu GAD prísny kritériám porovnania s placebo podmienkami (psychologické poradenstvo alebo placebo medikácia). Ich záver je, že KBT liečba GAD má výrazný efekt (Hedges' $g = 1.01$).

Niekoľko štúdií porovnávajúcich psychologickú liečbu a samotnú farmakoterapiu v rovnakej štúdií zistilo porovnateľný efekt u oboch skupín. (Linden a kol., 2005; Ferrero a kol., 2007). Pokiaľ ide o redukciu úzkostných symptómov sa individuálna a skupinová psychologická terapia zdajú byť rovnako účinné. Avšak individuálna psychologická liečba vedie k rýchlejšiemu zlepšeniu, pokiaľ ide o redukcii obáv a symptómov (Hunot a kol. 2007; Covin a kol. 2008).

Intenzita terapie sa hodnotila v metaanalýze 25 štúdií (Hunot a kol. 2007). Štúdie preukázali, že pri väčšine symptómov bolo rovnako efektívnych menej než 8 sedení ako viac ako 8 sedení, avšak viac sedení bolo účinnejších v redukcii symptómov pri obavách a symptómov depresie (Hunot a kol., 2007).

Efektivita ŠPI

Viacere štúdie preukázali efektivitu KBT programov prostredníctvom internetu a PC, ÚD II (Titov a kol., 2010; Robinson a kol., 2010; Paxling a kol., 2011; Gorini a kol., 2010). KBT prostredníctvom internetu bola významne efektívnejšia v porovnaní s pacientmi čakajúcimi na liečbu (Titov a kol., 2010, Robinson a kol., 2010; Paxling a kol., 2011), a jej pozitívny efekt pretrval aj v dlhodobom sledovaní (Paxling a kol., 2011). Program spolupacientskej svojpomocnej kognitívnej terapie bol rovnako účinný ako bežná liečba, avšak pri zníženej potrebe kontaktu s terapeutom (den Boer a kol., 2007).

Relaxačná terapia

Metaanalýza piatich výskumných štúdií nezaznamenala významné rozdiely medzi KBT a relaxačnou terapiou (Siev, Chambless, 2007). Avšak novšie štúdie naznačujú, že aplikovaná relaxácia má limitovanú účinnosť (Wells, 2010, Dugas a kol., 2010). RCT štúdia Conrad, Isaac, Roth (2008) nepreukázala, že sa pacienti počas terapie dokážu naučiť relaxovať, alebo že zníženie aktivity je spojené s redukcii úzkosti. Avšak iná RTC štúdia, ÚD II, Agnihotri, Paul, Sandhu (2007) zaznamenala v porovnaní s kontrolnou skupinou na konci liečby významne pozitívny efekt elektromyografického biofeedbackového relaxačného tréningu a neurofeedbackového relaxačného tréningu na zmenu kožnej vodivosti a symptómov anxiety v oboch skupinách. RCT štúdia, ÚD II, Dadashi a kol. (2017) porovnávala liečbu prostredníctvom neurobiofeedbacku GAD s pacientmi čakajúcimi na liečbu. Štúdia preukázala štatisticky významné zlepšenie celkovej úrovne fungovania a redukcii symptómov u pacientov liečených neurofeedbackom oproti kontrolnej skupine čakateľov.

Špecifické terapeutické postupy

U jednotlivcov s GAD sa výskumne identifikovali špecifické premenné použité na vytvorenie na dôkazoch založených KBT protokolov. Sú to: neschopnosť tolerovať neistotu, nízka dôvera vo vlastné riešenie problémov, ako aj pozitívne a negatívne metakognitívne mienky o funkcii, alebo užitočnosti obáv (Borkovec, 2002). Na základe týchto modelov sa vytvorili špecifické psychoterapeutické postupy, ktoré sa zameriavajú na premenné ktoré vytvárajú GAD, a takto terapiu individualizujú. Je to na akceptácii založená behaviorálna terapia (Acceptance-based behavior therapy) (Roemer, Orsillo, Salters-Pedneaul, 2008), meta-kognitívna terapia (meta-cognitive therapy) (Wels at al., 2010), KBT zameraná na tolerovanie neistoty (von der Heiden, Muris, Molen, 2012) a adjunktívna na všímavosti založená kognitívna terapia (mindfulnessbased cognitive therapy) (Kim at al., 2009). Ako efektívne sa tiež preukázali postupy zamerané na obavy a relaxáciu (Hoyer a kol., 2009), či citlivosť na hrozby (tendenciu vytvárať si a udržiavať vnútorné scenáre zvýšeného rizika a nebezpečenstva) (Riskind, Williams, Joiner, 2006).


Psychodynamická terapia

Podľa Katzman a kol. (2014) môže byť prospešná aj psychodynamická terapia, avšak jej výskumné údaje sú nejasné. Leichsenring a kol. (2009) zistili, že krátkodobá psychodynamická psychoterapia bola rovnako účinná ako KBT v zlepšení skóre úzkosti, avšak KBT bola účinnejšia v škálach obáv a depresie. Bandelow a kol. 2014 radí psychodynamickú terapiu podľa účinnosti do skupiny B. Štúdia Ferrero a kol. (2007) nezaznamenala významné rozdiely medzi krátkou psychodynamickou terapiou, farmakoterapiou alebo ich kombináciou.

Ďalšie formy terapie

Pridanie interpersonálnej terapie alebo terapie zameranej na spracovanie emócií (emotional processing therapy) ku KBT a podpornému načúvaniu nepreukázalo významnejšie zlepšenie (Newman a kol., 2011). Motivačný rozhovor pred liečbou ako doplnok ku KBT pomohol zredukovať odpor k terapii, zlepšiť vykonávanie domácich úloh, pričom táto stratégia bola zvlášť efektívna v ťažkých prípadoch (Aviram, Westra, 2011; Westra, Arkowitz, Dozois, 2009).

Tab. č. 5

 Úroveň dôkazov pre Generalizovanú úzkostnú poruchu na základe literatúry			
ŠPDTP	Úroveň dôkazov	Stupeň odporúčania	Referencie
KBT	I	A (najvyšší stupeň)	Katzman a kol. (2014) Carpenter a kol. (2018)
ŠPI (liečba v druhom stupni starostlivosti)	II	A	Titov a kol. (2010), Robinson a kol. (2010), Paxling a kol. (2011), Gorini a kol. (2010), Bandelow a kol. (2014), APA (1988), Siev, Chambless (2007), Wells (2010), Dugas a kol. (2010), Agnihotri, Paul, Sandhu (2007), Dadashi a kol. (2017)
Psychodynamická terapia	II	B	
Relaxačná terapia	II	B	
Liečba pomocou spätnej väzby (biofeedback, neurofeedback)	II	B	
Motivačný rozhovor. Iné psychoterapeutické prístupy zvyšujúce motiváciu a uvedomenie si problému	III	C	Aviram, Westra (2011), Westra, Arkowitz, Dozois (2009)

Podľa Americkej psychologickej asociácie (2018) to však neznamená, že iné psychologické postupy nemôžu byť v liečbe GAD účinné. Neboli však hodnotené podľa tak prísnych vedeckých kritérií ako uvádzané KBT liečebné postupy.

Psychologická a farmakologická liečba

Pokiaľ ide o kombináciu psychologickej a farmakologickej liečby je k dispozícii menej údajov. Na základe metaanalýz je možné konštatovať, že kombinácia farmakoterapie a KBT bola účinnejšia, ako KBT samotná pri hodnotení po liečbe, avšak nie po 6 mesačnom sledovaní (Hofmann a kol., 2009), ÚD I. Katzman a kol. (2014) dospeli k záveru, že v súčasnosti nie sú vedecké dôkazy pre rutinné používanie kombinácie KBT a farmakoterapie. Avšak tak, ako je to pri iných úzkostných poruchách, ak nie je KBT liečba dostatočne účinná, alebo na ňu pacient nereaguje, odporúča sa pridanie farmakoterapie. Podobne, ak je efekt farmakoterapie malý, môže byť užitočné doplniť liečbu pomocou KBT.

Trvácnosť a efekt psychologickej liečby


Údaje získané pomocou metaanalýzy Covin a kol. (2008) a zo znáhodnených kontrolovaných štúdií (Paxling a kol., 2011; Ferrero a kol., 2007; Hoyer, 2009; Salzer a kol., 2011) poukazujú na to, že pozitívny efekt psychologických liečebných postupov pretrváva od jedného do troch rokov.

PODOPORNÁ PSYCHOTERAPIA

Mnohí pacienti s ľahkou formou GAD môžu profitovať aj z jednoduchej podpornej psychoterapie. Ich úzkosť sa zredukuje potom, čo môžu svoje problémy prebrať v bezpečnom prostredí terapie, kde ich terapeut následne edukuje o tom, ako svojim problémom porozumieť

(Brawman-Mintzer a Lydiard, 1997). Podporná psychoterapia poskytuje pacientovi podporu a kolektívnu skúsenosť. Pri GAD sa psychoterapeutická podpora sústreďuje na riešenie hlavných životných problémov pacienta, najmä pracovných a rodinných. Zdravotnícky pracovník s pacientom hovorí o obavách pacienta a o jeho starostiach, a tiež o tom, aký majú na neho a ľudí okolo vplyv. Jednotlivé obavy a starosti zdravotnícky profesionál pacientovi nevyvracia. Vedie ho skôr k tomu, aby si ich pacient sám začal spochybňovať, a pochopil ich prehnanosť a škodlivosť. Prílišná súcitnosť a empatia môže pacientove obavy skôr posilňovať. Pri ich bagatelizácii, spochybňovaní alebo vyvracaní („nebojte sa, všetky vyšetrenia sú negatívne, nič vám nie je“) ľahko dochádza ku hre „áno, ale“ - tu terapeut pacientovi jeho obavy vyvracia a pacient si ich bráni a snaží sa presvedčiť terapeuta, že ešte stále potrebuje ďalšie vyšetrenie, pretože sa necíti dobre. Hrozí tiež nebezpečenstvo, že uisťovanie slúži ako pozitívne posinenie. Pacientovi sa uľaví, čím sa posilnia jeho obavy a somatické prejavy GAD, a návštevu lekára zakrátko zopakuje, aby získal ďalšiu úľavu uistením. Preto aj podporná terapia má vychádzať zo zásad KBT a EBM.

Tab. č. 6

	Podporná psychoterapia u pacienta s generalizovanou úzkostnou poruchou
<ul style="list-style-type: none"> · vypočutie pacienta, empatia · informácie o tom, čo je to generalizovaná úzkostná porucha · povzbudenie a posilnenie nádeje na vyliečenie, vysvetlenie možnosti liečby · edukácia o telesných príznakoch stresovej reakcie · nácvik relaxácie · ujasnenie si súvislostí stresujúcich udalostí, zmien alebo problémov v živote s rozvojom a udržiavaním poruchy · podpora adaptívnych spôsobov riešenia problémov v živote 	

Pre ťažšie formy GAD však podporná psychoterapia samotná nestačí. Je potrebné použiť viac systematický na EBM založený psychoterapeutický prístup.

Prognóza

Začiatok rozvoja GAD býva najčastejšie okolo 16. až 25. roku, ale porucha môže vzniknúť v ktoromkoľvek veku (Blazer a kol., 1991). Úzkosť kolíše a pacient má často pocit, že je integrálnou súčasťou jeho života. Že sú jeho symptómy nadmerné si niekedy jasne uvedomuje až po rokoch trvania ťažkostí. Priemerný vek klinickej prezentácie je až 39 rokov (Wittchen a kol., 1994). Často sa objavuje súvislosť vzniku problémov so stresujúcimi životnými udalosťami, ktoré môžu zahŕňať hrozbu krízy v blízkej budúcnosti (tzv. "ohrozujúce udalosti"). Ide o chronickú poruchu, neliečená môže s kolísavou intenzitou prebiehať celý život (Schweizer, 1995; Woodman a kol., 1999). Iba 1/3 postihnutých býva adekvátne liečená. Do liečby sa často dostávajú až pri komplikácii s depresiou. Postihnutí sa môžu stať závislými od benzodiazepínov alebo od alkoholu.

Prognóza vo väčšine prípadov nie je dobrá. Dlhodobé štúdie ukazujú, že väčšina postihnutých trpí príznakmi roky a približne polovica je hendikepovaná v práci i súkromnom živote (Yorkers a kol., 1996).

Prediktory zlej prognózy sú podľa Nutt a kol., (1998) nasledujúce:

- dlhodobé trvanie poruchy,
- komorbídna psychická porucha,
- dlhodobé telesné ochorenie,
- komorbídna porucha osobnosti,
- zlá sociálna adaptácia,
- narušené manželské a rodinné vzťahy.

Štúdia (Wittchen a kol., 1994) preukázala, že 28% pacientov trpiacich na samotnú GAD a 51% s komorbídnou GAD má symptómy, ktoré interferujú výrazne s ich schopnosťou pracovať a sociálne fungovať. Iba o niečo viac ako polovica subjektov bola zamestnaná na plný pracovný úväzok, a takmer tretina poberala nejaké sociálne dávky.

Stanovisko expertov (posudková činnosť, revízná činnosť, PZS a pod.)

Generalizovaná úzkostná porucha môže byť u časti pacientov rezistentná na psychologickú a farmakologickú liečbu a môže mať chronický priebeh. Takéto ťažké formy GAD môžu viesť až k invalidizácii pacienta, a to obzvlášť s komorbiditou s inými psychickými poruchami. Prejavy GAD môžu byť prekryté telesnými príznakmi a pri posudzovaní je treba tieto skutočnosti brať do úvahy.

Zabezpečenie a organizácia starostlivosti

Hlavné ciele liečby GAD sú zmierniť úzkosť a obavy, odstrániť vyhýbavé správanie a zvýšiť schopnosť fungovať v práci i v rodine. Liečba GAD sa ďalej snaží pomôcť pacientovi zmeniť životnú situáciu, pokiaľ je úzkostnou poruchou postihnutá alebo s ňou súvisí. Z dlhodobého hľadiska je cieľom zabrániť novému vzniku symptómov úzkosti, ale aj sekundárnych dôsledkov, ako je abúzus alkoholu, benzodiazepínov alebo iných návykových látok a prevencia depresie. Na dosiahnutie týchto cieľov je najskôr potrebné vytvoriť dobrý terapeutický vzťah, ktorý umožní kvalitnú spoluprácu pacienta, či už je liečený psychoterapiou alebo farmakoterapiou (Praško a kol., 1996).

Liečba GAD má vychádzať z EBM dôkazov, ktoré sú uvedené vyššie. Rozhodovanie sa o postupe liečby by malo byť založené na kooperácii zdravotníckych pracovníkov a osôb trpiacich na úzkostné poruchy, a malo by sa uskutočňovať už počas diagnostiky a vo všetkých fázach starostlivosti. Spoločné rozhodovanie zlepšuje klinické výsledky. Na uľahčenie spoločného rozhodovania by mali byť k dispozícii informácie založené na EBM dôkazoch (NICE, 2011).

V primárnej starostlivosti by mal lekár so špecializáciou v odbore všeobecné lekárstvo alebo lekár pre deti a dorast uvažovať o prítomnosti GAD ak pacient kladne odpovie na nasledujúce otázky (podľa Katzman a kol., (2014):

- Trápili vás počas posledných 4 týždňov väčšinu času pocity starostí, napätia, úzkosti?
- Ste pravidelne podráždený, nervózny a máte problémy so spánkom?

Ak v prípade podozrenia na výskyt psychických porúch lekár so špecializáciou v odbore všeobecné lekárstvo, alebo lekár špecialista nie je kompetentný urobiť posúdenie psychického stavu, má odporučiť pacienta k zodpovedajúcemu odborníkovi na psychické zdravie. Ak pacienta neodporúčal všeobecný lekár, mal by tento odborník o odporúčaní všeobecného lekára informovať.

V prípade podozrenia na psychickú poruchu by mal posúdiť psychický stav pacienta a jeho funkčné, interpersonálne a sociálne problémy odborník špecialista v odbore psychiatria alebo klinická psychológia, ktorý je na to je kompetentný podľa kompetencií tohto ŠDTP.

Pri tomto posúdení by mali títo odborníci postupovať podľa diagnostického algoritmu, ktorý je uvedený v časti diagnostika.

Na posudzovanie účinku terapie by mal odborník kompetentný vykonávať psychologickú liečbu používať overené diagnostické metódy (napr. 9-položkový dotazník pacientovho zdravia (PHQ-9 Sk) alebo 7-položkovú škálu generalizovanej úzkostnej poruchy (GAD-7 Sk), ktoré sú uvedené v špeciálnom doplnku tohto štandardu, alebo iný relevantný nástroj).

Všeobecné princípy, zvýšenie prístupu k liečbe (upravené podľa NICE, 2013d)

Pri odosielaní pacienta s podozrením na psychickú poruchu do špecializovanej psychiatickej alebo psychologickej starostlivosti je potrebné poskytnúť mu detailné informácie, najlepšie písomne, kam má ísť a kde bude čakať, prípadne, ako bude vyšetrenie prebiehať a čoho sa nemusí obávať.

Určenie správnych liečebných možností

Pri preberaní možností liečby s osobami s úzkostnou poruchou je potrebné zvážiť:

- ich minulé skúsenosti s poruchou,
- ich skúsenosti a reakciu na predchádzajúcu liečbu,
- trajektóriu symptómov,
- diagnózu alebo špecifikáciu problému, závažnosť a trvanie problému,
- rozsah akéhokoľvek s ňou súvisiaceho narušenia fungovania vyplývajúceho zo samotnej poruchy alebo akéhokoľvek chronického fyzického zdravotného problému,
- prítomnosť akýchkoľvek sociálnych alebo osobnostných faktorov, ktoré môžu zohrávať úlohu pri rozvoji alebo udržiavaní poruchy,
- prítomnosť akýchkoľvek komorbídnych porúch.

Pri preberaní možností liečby u pacienta s úzkostnou poruchou je mu potrebné poskytnúť informácie o:


- povahe, obsahu a trvaní akéhokoľvek navrhovaného liečebného postupu,
- prijateľnosti a znášanlivosti akéhokoľvek navrhovaného liečebného postupu,
- možných interakciách so všetkými inými liečebnými postupmi,
- dôsledkoch pre ďalšie poskytovanie akýchkoľvek bežných liečebných postupov.

Pri odporúčaní liečby GAD je potrebné pri výbere z postupov podložených EBM brať do úvahy preferenciu pacienta.

Pri poskytovaní liečby u pacientov s GAD je podľa NICE (2011c) potrebné riadiť sa zásadami postupnej liečby a používať najmenej obťažujúce a najefektívnejšie intervencie.

Princípy postupnej liečby sú zobrazené v Tab. 7:

Tab. č. 7

 Princípy postupnej liečby	
Zameranie intervencie	Charakter intervencie
Krok 1: Symptómy GAD alebo podozrenie na GAD	Identifikácia a hodnotenie; edukácia o GAD a možnostiach liečby; aktívne monitorovanie
Krok 2: GAD, ktorá sa po edukácii a aktívnom monitorovaní v primárnej starostlivosti nezlepšila	Psychologické postupy ŠPI v druhom stupni starostlivosti s nižšou intenzitou kontaktu: individuálna svojpomoc s minimom terapeutického kontaktu*, individuálne vedené svojpomocné a psychoedukačné skupiny
Krok 3: GAD s nedostatočnou odpoveďou na intervencie v 2. kroku alebo s výrazným funkčným poškodením	Výber psychologickej intervencie s vysokou intenzitou (napr. KBT alebo aplikovaná relaxácia alebo farmakoterapia)
Krok 4: Komplexná na liečbu refraktérna GAD s veľmi výrazným funkčným poškodením, ako je napr. zanedbanie seba alebo vysoké riziko sebapoškodenia	Vysoko špecializovaná liečba, ako sú komplexné liečebné alebo psychologické liečebné režimy pomocou tímu viacerých odborníkov, krízových služieb, denných stacionárov alebo lôžkovej starostlivosti

*Liečebné postupy používané samotným pacientom sa snažia liečiť GAD prostredníctvom písomných alebo elektronických svojpomocných materiálov (obvykle kníh alebo pracovných zošitov). Podobajú sa individuálnej sprevádzanej svojpomoci, avšak obvykle s minimom terapeutického kontaktu v podobe napr. občasného krátkeho telefonátu netrvajúceho dlhšie ako 5 minút.

Keď osoba prejavuje symptómy úzkosti a depresie, je potrebné posúdiť povahu a rozsah symptómov, a ak má osoba:

- depresiu, ktorá je sprevádzaná symptómami úzkosti, prvou prioritou by mala byť zvyčajne liečba depresívnej poruchy podľa ŠDTP pre depresiu,
- pri komorbidite úzkostnej poruchy a depresie je potrebné postupovať podľa ŠDTP pre príslušnú úzkostnú poruchu (GAD),
- pri úzkostných ako aj depresívnych symptómoch bez formálnej diagnózy, ktoré sú spojené s narušením fungovania, je potrebné prebrať s postihnutou osobou symptómy, ktoré je potrebné liečiť ako prvé, a následne vybrať terapeutický postup.

V prípade, že má pacient s GAD problémy so škodlivou konzumáciou alkoholu, alebo je od alkoholu závislý, je mu potrebné najprv odporučiť liečbu zneužívania alkoholu, pretože táto môže viesť k výraznej redukcii depresívnych alebo úzkostných symptómov.

Keď má pacient úzkostnú poruchu a mierne poruchy učenia alebo kognitívneho poškodenia, pokiaľ je to možné, je vhodné poskytnúť alebo odporučiť mu rovnaké liečebné postupy ako u pacientov bez týchto ťažkostí, avšak:

- je potrebné zmeniť spôsob poskytovania alebo trvanie posúdenia alebo liečby tak, aby sa zohľadnilo postihnutie alebo poškodenie.

Ak má pacient úzkostnú poruchu, a zároveň trpí stredne závažnými až ťažkými poruchami učenia alebo stredne ťažkými až ťažkými kognitívnymi poruchami, je potrebné poradiť sa so špecialistom, o vhodných odporúčaníach a možnostiach liečby.

Nie je vhodné rutinne meniť liečebné stratégie a odporúčania pre úzkostné poruchy opísané v tomto usmernení, či už kvôli osobnostným charakteristikám (napr. pohlavie alebo etnická príslušnosť) alebo depresívnym subtypom (napr. atypická depresia alebo sezónna depresia), pretože neexistujú presvedčivé dôkazy na podporu takéhoto konania.

Ak osoba s úzkostnou poruchou (GAD) potrebuje sociálnu, či vzdelávaciu podporu, alebo podporu ohľadom zamestnania, je potrebné zvážiť:

- informovanie o svojpomocných skupinách (avšak nie pre osoby s PTSD), podporných skupinách a iných lokálnych a národných možnostiach,
- program nadväzovania priateľstiev alebo rehabilitačný program pre ľudí s dlhodobými stredne ťažkými alebo ťažkými poruchami,
- vzdelávacie alebo zamestnanecké podporné služby.

Podľa NICE (2011b) pri posúdení symptómov a s nimi spojeného narušenia fungovania v živote by mal zdravotnícky pracovník zvážiť nasledovné faktory, ktoré môžu ovplyvniť vývoj, priebeh a vážnosť problémov, ktoré pacient udáva:

- akúkoľvek psychickú poruchu v jeho anamnéze,
- chronické zdravotné problémy v anamnéze,
- akúkoľvek minulú liečbu a jej výsledok,
- kvalitu interpersonálnych vzťahov,
- podmienky, v ktorých pacient žije, a sociálnu izoláciu,
- históriu psychických porúch v rodine (vrátane abúзов a suicídia),
- históriu domáceho násillia alebo sexuálneho zneužívania,
- zamestnanosť a imigračný status.

Ak je to potrebné, zdravotnícky pracovník by mal posúdiť, či problémy pacienta nemajú dopad na jeho primeranú starostlivosť o jemu zverenú deti a mladistvých, a v prípade potreby kontaktovať odbor sociálnych vecí.

Pri posudzovaní pacienta a navrhovaní liečby je potrebné zohľadniť akékoľvek poruchy učenia alebo získané kognitívne poškodenia, a ak je to nutné, konzultovať zodpovedajúceho špecialistu.

Ak sú prítomné prejavy psychickej poruchy mierne a symptómy sa redukujú, alebo ide o poruchu v začiatočnom štádiu, mal by odborník zvážiť psychoedukáciu o poruche a následné sledovanie predtým, než začne liečbu, alebo pacienta odošle k špecialistovi. V edukácii odporúčame použiť knihu Praško J., (2009), ktorá je dostupná na internete.

Toto môže zlepšiť menej výrazné symptómy a predísť tak ďalším intervenciám.

Faktory, pri ktorých je potrebné dať prednosť edukácii o GAD a následnému sledovaniu ako prvému stupňu liečby sú (upravené podľa NICE 2011b):

- prítomnosť určitých symptómov GAD, ktoré sa vyskytujú občas, alebo trvajú menej než šesť mesiacov (majú subklinický charakter),
- prítomná je len mierna nepohoda a žiadne, alebo len mierne zhoršenie fungovania v bežnom živote,
- bez ďalšej komorbídnej úzkostnej poruchy alebo poruchy nálady,
- v anamnéze nie sú prítomné úzkostné poruchy alebo poruchy nálady,
- postihnutý nemá záujem o aktívnu liečbu.

Faktory, pri ktorých je potrebné dať prednosť aktívnej liečbe v podobe psychologických intervencií druhého stupňa (s nižšou intenzitou terapeutického kontaktu) sú:

- osoba spĺňa diagnostické kritériá pre GAD,
- jedinec trpí významnou nepohodou a/alebo nerušením fungovania v bežnom živote v sociálnych vzťahoch, v zamestnaní, alebo v iných oblastiach svojho fungovania,
- jedinec trpí komorbídnymi úzkostnými poruchami, alebo poruchami nálady,
- jedinec sa chce zapojiť do aktívnej liečby GAD.

Faktory, pri ktorých je potrebné uprednostniť psychologickú liečbu tretieho stupňa (s vyššou mierou intenzity terapeutického kontaktu, vyžadujúcu si certifikáciu v certifikovanej pracovnej činnosti psychoterapia), alebo farmakoterapiu, sú:

- výrazné narušenie bežného fungovania,
- menej výrazné, ale klinicky významné narušenie bežného fungovania, alebo nepohoda a nedostatočné odpoveď na liečebné postupy v druhom stupni,
- prítomnosť úzkostných porúch, alebo porúch nálady v anamnéze.

Faktory, vyžadujúce odporúčenie na špecializovanú liečbu (krok 4) sú:

- GAD nereaguje ani na KBT liečbu, ani na farmakologickú liečbu,
- prítomné je výrazné narušenie fungovania (napríklad zanedbávanie seba samého),
- pretrvávajú suicidálne myšlienky,
- prítomné sú viacnásobné psychiatrické komorbidity.

Je potrebné sa vždy priamo pacientov s diagnózou GAD spýtať na suicidálne myšlienky a úmysly. V prípade, že zdravotnícky pracovník zistí riziko sebapoškodzovania alebo samovraždy:

- posúdi, či má pacient primeranú sociálnu podporu, a či vie o zdrojoch, ktoré mu môžu pomôcť,
- zabezpečí pomoc primeranú úrovni rizika,
- poradí pacientovi, kde môže hľadať ďalšiu pomoc v prípade, že sa situácia zhorší.

Ženy počas tehotenstva alebo po pôrode by sa mali podrobiť liečbe čo najskôr (do jedného mesiaca) po vyšetrení. Dôvodom je zvýšené riziko, že sa stav môže zmeniť - je potrebné zvážiť pomer výhod a nevýhod psychofarmakologickej medikácie.

Posúdenie a sledovanie rizika suicídia alebo násilia voči druhým osobám

Ak sa u osoby trpiacej na úzkostnú poruchu zistí vysoké riziko samovraždy alebo potenciálneho poškodenia iných ľudí, riziko významného zanedbávania seba samého alebo vážne narušenie bežného fungovania, je potrebné posúdiť najskôr najdôležitejší problém danej osoby, a potom jej odporučiť liečbu v špecializovanom zariadení. V prípade potreby je potrebné informovať rodinu alebo opatrovateľov.

Ak osoba trpiaca na úzkostnú poruchu predstavuje značné a bezprostredné riziko pre seba alebo pre iných, je potrebná neodkladná hospitalizácia, a to aj proti vôli postihnutej osoby.

U pacienta s prítomným rizikom suicídia, zvlášť ak trpí aj depresiou:

- je potrebné brať do úvahy v prípade predpísaných liekov ich toxicitu pri predávkovaní, a možnú interakciu s inými predpísanými liekmi; ak je to potrebné, obmedziť množstvo dostupných liekov,
- je potrebné zvážiť zvýšenie úrovne podpory, a to v podobe častejších priamych alebo telefonických kontaktov,
- je potrebné zvážiť prijatie pacienta do zariadenia poskytujúceho špecializované služby v oblasti psychického zdravia.

V primárnej prevencii GAD je potrebné postupovať podľa princípov uvedených v časti ŠDTP prevencia. Prevenciu majú vykonávať zariadenia, ktoré sa špecializujú na diagnostiku a poradenstvo u detí a adolescentov, a to hlavne centrá pedagogicko-psychologického poradenstva a prevencie, centrá špeciálno-pedagogického poradenstva, a školskí psychológovia, prípadne ďalšie zariadenia v pôsobnosti Ministerstva školstva SR, Ministerstva práce a sociálnych vecí SR a Ministerstva zdravotníctva SR.

Ďalšie odporúčania

Úzkostné poruchy, vrátane GAD, tvoria väčšinu psychických porúch na pracoviskách klinickej psychológie a v ambulantnej psychiatrickej starostlivosti. Pacienti s GAD však prichádzajú na liečbu do týchto pracovísk neskoro, často po dlhšej neefektívnej liečbe na iných pracoviskách. Preto je potrebné vzdelávať praktických lekárov, pediatrov a iných špecialistov o symptómoch, priebehu a liečbe tejto poruchy, aby sa postihnutým dostala starostlivosť čo najskôr. Proces liečby by urýchlilo zrušenie výmenných lístkov u klinického psychológa tak, ako na to poukazujú skúsenosti v Anglicku.

V procese terapie je dôležité vytvorenie kvalitného terapeutického vzťahu s pacientom a jeho psychoterapeutické vedenie podľa EBM. Okrem liečby základnej poruchy pacienti veľakrát riešia svoje vzťahové či pracovné problémy a sociálnu situáciu. Tieto faktory taktiež modifikujú a ovplyvňujú celkový výsledok liečby.

Je potrebné doplnenie vzdelávacích programov tak v pregraduálnom a v postgraduálnom vzdelávaní, ako aj vo vzdelávaní v certifikovanej pracovnej činnosti psychoterapia podľa tohto ŠPDTP.

Je potrebné vytvoriť vzdelávací program ŠPI pre druhý stupeň liečby GAD (menej intenzívne psychologické liečebné postupy), a čo najskôr ho zaviesť do praxe, čo zvýši dostupnosť a kvalitu zdravotníckej starostlivosti o pacientov s GAD.

Doplnkové otázky manažmentu pacienta a zúčastnených strán

Je potrebné prepojiť poradenskú starostlivosť s primárnou starostlivosťou a zdravotnou starostlivosťou na psychiatrických ambulanciách a pracoviskách klinickej psychológie. Pri liečbe GAD sa používa všeobecné znenie informovaného súhlasu (napr. podľa vzoru vydaného Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou zverejneného na webovej stránke www.udzs-sk.sk). Pacienta je treba informovať o možnostiach a spôsoboch liečby založených na EBM. Psychologická terapia predstavuje účinnú liečbu úzkostných porúch, a tým aj GAD, a odporúča sa ako liečba prvej línie, ktorá má prednosť pred farmakologickou liečbou. Úlohou zdravotníckych pracovníkov je poskytovať alebo odporučiť najprv najmenej zaťažujúce, najefektívnejšie liečebné postupy v rámci postupnej starostlivosti podľa tohto ŠPDTP.

Úlohou poskytovateľov a organizátorov zdravotnej starostlivosti je zabezpečiť poskytovanie týchto ŠPDTP postupov ľuďom, ktorí k nim boli odporúčaní. Zdravotnícki pracovníci majú liečiť pacientov s GAD podľa týchto ŠPDTP postupov.


Alternatívne odporúčania

Súčasťou komplexného prístupu k liečbe GAD je odporúčanie zásad zdravej životosprávy, čiže dostatok odpočinku, spánku, plánovanie aktivít, telesné cvičenie, vyvážená strava. Zásady

zdravej životosprávy a psychohygieny by mali byť súčasťou výchovy detí v rodinách a školách. Taktiež zamestnávateľia by mali dbať na zabezpečenie takých pracovných podmienok, aby nedochádzalo k preťažovaniu zamestnancov. Dôležitá je aj edukácia o psychických poruchách a ich destigmatizácia. Túto úlohu môžu veľmi dobre zastávať médiá, v ktorých by mali dostávať priestor odborníci z oblasti duševného zdravia.

Špeciálny doplnok štandardu

Dotazníky PHQ-9 a GAD-7 určené na skrining a na meranie efektivity liečby.

 PHQ-9-SK Zoznam deviatich symptómov				
Meno a priezvisko		Dátum		
Ako často Vás v poslednom týždni trápil niektorý z nasledovných problémov?	Vôbec 0	Niekoľko dní 1	Viac ako polovicu dní 2	Skoro každý deň 3
1. Malý záujem o aktivity alebo radosť z nich	0	1	2	3
2. Cítil/a som sa bez nálady, depresívne alebo beznádejne	0	1	2	3
3. Problém so zaspávaním, prebúdanie sa v noci, alebo nadmerná spavosť	0	1	2	3
4. Pocit únavy alebo nedostatku energie	0	1	2	3
5. Nechutenstvo alebo prejedanie sa	0	1	2	3
6. Zlý pocit zo seba, že som zlyhal/a alebo sklamal/a seba, či svoju rodinu	0	1	2	3
7. Problém sústrediť sa na rozličné činnosti, ako napr. čítanie novín, alebo pozeranie televízie	0	1	2	3
8. Spomalenie pohybov alebo reči, ktoré si všimlo aj moje okolie. Alebo naopak, nepokoj a nervozita, ktoré ma nútili pohybovať sa viac ako obvykle	0	1	2	3
9. Myšlienky, že by bolo lepšie zomrieť, alebo si nejako ublížiť	0	1	2	3
Spolu:				

Poznámka: Kroenke, Spitzer, Williams (2001)



Sedem položková škála generalizovanej úzkostnej poruchy (GAD-7 Sk)

Meno a priezvisko		Dátum		
Ako často Vás v poslednom týždni trápil niektorý z nasledovných problémov?	Vôbec 0	Niekoľko dní 1	Viac ako polovicu dní 2	Skoro každý deň 3
1. Pocity nervozity, úzkosti alebo pocit pred zrútením	0	1	2	3
2. Nemožnosť zastaviť alebo kontrolovať obavy	0	1	2	3
3. Prílišné obavy z rôznych vecí	0	1	2	3
4. Problém uvoľniť sa	0	1	2	3
5. Tak výrazný nepokoj, že bolo ťažké ostať pokojne sedieť	0	1	2	3
6. Ľahko ste sa znechutili alebo nahnevali	0	1	2	3
7. Pocit strachu, ako keby sa mohlo stať niečo hrozné	0	1	2	3
Spolu:				

Poznámka: Spitzer (2006)

Ak ste zaznamenali nejaké problémy v dotazníkoch PHQ-9 alebo GAD-7, nakoľko tieto problémy narúšali Vašu prácu, domáce povinnosti alebo vzťahy s inými ľuďmi? Prosím vyznačte v tejto tabuľke.

	Vôbec	Niekedy	Veľmi	Extrémne
GAD-7				
PHQ-9				

GAD-7	
Minimálna úzkosť	0 - 4
Mierna úzkosť	5 - 9
Stredná úzkosť	10 - 14
Vážna úzkosť	15 - 21
PHQ-9	
Lahká depresia	5 - 9
Mierna depresia, dystýmia	10 - 14
Stredne ťažká depresia	15 - 19
Ťažká depresia	>20

Adverse Childhood Experiences - Nepriaznivé skúsenosti v detstve

Koncept negatívnych zážitkov v detstve (ACEs – Adverse Childhood Experiences) meria dopad stresujúcich zážitkov na vývoj dieťaťa a dlhodobé následky siahajúce do dospelosti. Jeho súčasťou je jednoduchý ustálený dotazník pozostávajúci pôvodne z desiatich otázok, ktorý skúma výskyt najzávažnejších skúseností do 18-teho roku života. Každá z uvedených skúseností má rovnakú váhu.

Otázky v dotazníku ACEs, odpoveď áno/nie

1. Ponižoval vás často rodič alebo iná dospelá osoba v domácnosti alebo ste sa báli, že vám fyzicky ublíži?
2. Fackoval, udrel alebo sácal vás často rodič alebo iná dospelá osoba v domácnosti alebo aspoň raz Vás zranil?
3. Dotýkala sa vás niekedy osoba dospelá alebo staršia ako 5 rokov sexuálnym spôsobom, pokúsila sa alebo vykonala sexuálny styk?
4. Cítili ste často, že vás nikto v rodine nemal rád a nemyslel si, že ste výnimočný alebo že v rodine nebola cítiť vzájomná blízkosť a opora?
5. Cítili ste často, že ste nemali dostatok jedla, čistého oblečenia a ochrany zo strany dospelých alebo že rodičia pod vplyvom omamných látok/alkoholu nezvládali základnú starostlivosť o vás?
6. Rozviedli alebo rozišli sa vaši rodičia?
7. Niekto vo vašej domácnosti vašu matku často sácal, fackoval alebo kopal, udrel alebo niekedy bil nepretržite niekoľko minút/ohrozoval zbraňou?
8. Žili ste niekedy s človekom, ktorý mal problém s alkoholom alebo drogami?
9. Trpel niektorý člen domácnosti depresiou alebo inou duševnou poruchou alebo sa pokúsil o samovraždu?
10. Bol niektorý člen v domácnosti vo väzení?

Dlhoročný výskum v rámci ACEs, Felitti a kol., (1998) ukazuje, že ľudia s zo štyrmi a viac ACEs majú výrazne horšie výsledky v budúcnosti:

- vyšší výskyt chronických ochorení (kardiovaskulárne ochorenia, astma, rakovina, cukrovka),
- vyšší výskyt duševných porúch (depresie, 12-krát vyššie riziko pokusu o samovraždu),
- horší životný štýl (alkoholizmus, fajčenie, užívanie drog),
- nižšie vzdelanie a horšie pracovné výsledky,
- sú násilnejší, viac sa rozvádajú a žijú kratšie o 20 rokov.

Odporúčania pre ďalší audit a revíziu štandardu

Prvý audit a revízia - 2 roky, následne každých 5 rokov. Audit a revízia v prípade vydania novej revízie medzinárodnej klasifikácie chorôb.

Literatúra

1. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed.. Washington, DC: Author, 2013.
2. ANDREWS, G. a kol. 1990. The genetics of six neurotic disorders: A twin study. In Journal of Affective Disorders. ISSN 0615-0327, 1990, vol. 19, no. 1, p. 23-29
3. ANDREWS, G. a kol. 1994. The treatment of anxiety disorders. New York: Cambridge University Press, 1994, 423s. ISBN 978-0521788779.
4. AGNIHOTRI, H., PAUL, M., SANDHU J. S. 2007. Biofeedback Approach in The Treatment of Generalized Anxiety Disorder. In Iranian Journal of Psychiatry. ISSN 2008-2215, 2007, vol. 2, no. 3, p. 90-95.
5. AVIRAM, A., WESTRA, H. A. 2011. The impact of motivational interviewing on resistance in cognitive behavioural therapy for generalized anxiety disorder. In Psychotherapy Research. ISSN 1468-4381, 2011, vol. 21, no. 6, p. 698-708.
6. BARLOW, D. H. 2004. Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic. Second edition. New York: Guilford Press, 1988. 704 p. ISBN 978-1593850289.
7. BARLOW, D. H. 1988, Anxiety and Its Disorders: The Nature and Treatment of Anxiety and Panic, Guilford Press, New York.
8. BARLOW, J., et. Al., (2014). "Group-Based Parent Training Programmes for Improving Parental Psychosocial Health." Cochrane Database of Systematic Reviews 5.
9. BARRETT, J. E a kol. 1998. The prevalence of psychiatric disorders in a primary care practice. In Archives of General Psychiatry. ISSN 2168-622X, 1988, vol. 45, no. 12, p. 1100-1106
10. BECK A. T., EMERY G., GREENBERG R.L.. 1985. Anxiety Disorders and Phobias: A Cognitive Perspective, Basic Books, New York.
11. BLAZER, D. F. a kol. 1991. Generalized anxiety disorder. In: Robins, L.N., Regier, D.A. Psychiatric Disorders in America: The Epidemiologic Catchment Area Study. New York: Free Press, 1991. s. 180-203. ISBN 978-0029265711.
12. BORKOVEC, T., RUSCIO, A. 2001. Psychotherapy for generalized anxiety disorder. In Journal of Clinical Psychiatry. ISSN 0160-6689 , 2001, vol. 62, no. 11, p. 37-42.

13. BORKOVEC, T. D. a kol. 2002. A component analysis of cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder and the role of interpersonal problems. In *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. ISSN 0022-006X, 2002, vol. 70, no. , p. 288-298.
14. BORKOVEC T. D, Alcaine O, Behar E. Avoidance theory of worry and generalized anxiety disorder. In: *Generalized Anxiety Disorder: Advances in Research and Parctice*, Heimberg RG, Turk CL, Mennin DS (Eds), Guilford Press, New York 2004. p.77.
15. BRAŽINOVÁ, a kol. 2019. Mental Health Care Gap: The Case of the Slovak Republic. In *Adm Policy Ment Health* 2019; 46: (6): 753-759. <https://doi.org/10.1007/s10488-019-00952-z>
16. BRAWMAN-MINTZER, O., LYDIARD, R. B. 1997. Generalized anxiety disorder. In TASMAN, A., KAY, J., LIEBERMAN J.A. (eds.): *Psychiatry*. Philadelphia: W.B. Saunders Comp., 1997, p. 1100-1118. ISBN 978-0471521778.
17. BYSTRICKY, A. a kol. 2013. Current Diagnosis and Treatment of Anxiety Disorders. In *Pharmacy and Therapeutics*. ISSN 1052-1372, 2013, vol. 38, no. 1, p. 30–57.
18. CONRAD, A., ISAAC, L., ROTH, W. T. 2008. The psychophysiology of generalized anxiety disorder: 2. Effects of applied relaxation. In *Psychophysiology*. ISSN 1469-8986, 2008, vol. 45, no. 3, p.377-388.
19. CARPENTER, J. K. a kol. 2018. Cognitive behavioral therapy for anxiety and related disorders: A meta-analysis of randomized placebo-controlled trial. In *Depression and Anxiety*. ISSN 1520-6394, 2018, vol 35, no. 6, p. 502-514.
20. CHALMERS, J.A. a kol. 2014. Anxiet disorders are associated with reduced heart rate variability: a metaanalysis. *Front. Psychiatry* 5:80. doi:10.3389/fsyt.2014.00080
21. COVIN, R. a kol. 2008. A meta-analysis of CBT for pathological worry among clients with GAD. In *Journal of Anxiety Disorders*. ISSN 0615-0327, 2008, vol. 22, no. 1, p. 108-116
22. DADASHI, M. a kol. 2015. Effects of increase in amplitude of occipital alpha & theta brain waves on global functioning level of patients with GAD. In *Basic and Clinical Neuroscience*. ISSN 2228-7442, vol.6, no.1, p.14-20.
23. DAVIES, C. D., CRASKE, M. G. 2015. Psychophysiological responses to unpredictable threat: effects of cue and temporal unpredictability. In *Emotion*. ISSN 1528-3542, 2015, vol. 15, no 2, p. 195-200.
24. DEN BOER, P. C. a kol. 2007. Cognitive self-therapy for chronic depression and anxiety: a multi-centre randomized controlled study. In *Psychological Medicine*. ISSN 8756-5145, 2007, vol. 37, no. 3, p. 329-339.
25. DUGAS, M. J., MARCHAND A, LADOUCEUR R. Further validation of a cognitive-behavioral model of generalized anxiety disorder: diagnostic and symptom specificity. *J Anxiety Disord* 2005; 19:329.
26. EVANS, D. a kol. 2012. *Treating and Prevention Adolescent Mental Health Disorders: What We Know and What We Don't Know. A research Agenda for Improving the mental Health of Our Youth*. Oxford University Press, 2015. 920 p. ISBN 9780199928163.
27. FELITTI V. J, et. al. 1998. Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults. *The Adverse*

- Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*. Vol. 14, Issue 4.
28. FERRERO, A. a kol. A 12-month comparison of brief psychodynamic psychotherapy and pharmacotherapy treatment in subjects with generalised anxiety disorders in a community setting. In *European Psychiatry*. ISSN 0924-9338, 2007, vol. 22, no. 8, p. 530-539.
 29. FINLAY-JONES, R., BROWN, G. W. 1981. Types of stressful life event and the onset of anxiety and depressive disorders. In *Psychological Medicine*. ISSN 8756-5145, vol. 11, no. 4, p. 803-815.
 30. GARCIA-CAMPAYO, J. a kol. 2012. Pain related factors in newly diagnosed generalized anxiety disorder patients. In *Actas Espanolas de Psiquiatria*. ISSN 1578-2735, 2012, vol. 40, no. 4, p. 177-186.
 31. GORINI, A. a kol. 2010. Virtual reality in the treatment of generalized anxiety disorders. In *Studies in Health Technology and Information*. ISSN 0926-9630, 2010, vol. 154, p. 39-43.
 32. GRILLON, C a kol. 2017. Distinct responses to predictable and unpredictable threat in anxiety pathologies: effect of panic attack. In *Biological Psychiatry. Cognitive Neuroscience and Neuroimaging*. ISSN 2451-9022, Vol. 2, no. 7, p. 575-581.
 33. HOEHN-SARIC, R., MCLEOD, D. R., ZIMMERLI, W. D. 1989. Somatic manifestations in women with generalized anxiety disorder: psychophysiological responses to psychological stress. In *Archives of General Psychiatry*. ISSN 2168-6238 ,1989;vol. 46, no. 12, p. 1113–1119.
 34. HOFMANN, S. G., SMITS, J. A. 2008. Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders: a meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. In *Journal of Clinical Psychiatry*. ISSN 0160-6689, 2008, vol. 69, no. 4, p. 621-632.
 35. HOFMANN, S. G. a kol. 2009. Is it beneficial to add pharmacotherapy to cognitive-behavioral therapy when treating anxiety disorders? a meta-analytic review. In *International Journal of Cognitive Therapy*. ISSN 1937-1217, 2009, vol. 2, no. 2, p. 160-175.
 36. HOWELL, H. B. a kol. 2001. Generalized anxiety disorder in women. In *Psychiatric clinics in North America*. ISSN 0193-953X, 2001, vol. 24, no. 1, p. 165-178.
 37. HOYER, J. a kol. 2009. Worry exposure versus applied relaxation in the treatment of generalized anxiety disorder. In *Psychotherapy and Psychosomatics*. ISSN 1423-0348, 2009, vol. 78, no. 2, p. 106-115.
 38. HUNOT, V. a kol. 2008. Psychological therapies for generalised anxiety disorder. In *Cochrane Database Syst Rev*. ISSN 1469-493X, 2007, vol. 24, no. 1, CD001848.
 39. JONES, C. M., MERRICK, M. T., HOURY, D. E. (2019). Identifying and Preventing Adverse Childhood Experiences: Implications for Clinical Practice. *JAMA*.
 40. JOORMANN, J., STÖBER, J. 1999. Somatic symptoms of generalized anxiety disorder from the DSM-IV: associations with pathological worry and depression symptoms in a nonclinical sample. In *Journal of Anxiety Disorders*. ISSN 0615-0327, 1999, vol. 13, no. 5, p. 491-503.

41. KAMINSKI, J. W., VALLE, L. A., FILENE J. H., Boyle C. L.. (2008). "A Meta-Analytic Review of Components Associated with Parent Training Program Effectiveness." *Journal of Abnormal Child Psychology* 36: 567–89.
42. KANE, F.J., HARPER, R.G., WITTELS, E. 1998. Angina as a symptom of psychiatric illness. In *Southern Medical Journal*. ISSN 1541-8243, 1998, vol. 81, no. 11, p. 1412-1416
43. KARNA, A., et. al., (2011). Going to scale: a nonrandomized nationwide trial of the KiVa antibullying program for grades 1-9. *J Consult Clin Psychol*, 79, 796-805.
44. KATZMAN, M. A. a kol. 2014. Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders. In *BMC Psychiatry*. ISSN , 2014, vol. 14, no. 1.
45. KOLEKTÍV AUTOROV, 2015. DSM-5, Diagnostický a statistický manual duševních poruch. Hogrefe-Testcentrum, 2015. 1032 s. ISBN 9788086471525.
46. KIM, Y. W. a kol. 2009. Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy as an adjuvant to pharmacotherapy in patients with panic disorder or generalized anxiety disorder. In *Depression and Anxiety*. ISSN 1520-6394, 2009, vol. 26, no. 7, p. 601-606.
47. KROENKE, K. SPITZE, R. WILLIAMS W. 2001, The PHQ-9: Validity of brief depression severity measure. *JGIM*, 16: 606-607.
48. LADOUCEUR, R., DUGAS, M. J., FREESTON, M. H. a kol. 2000. Efficacy of a cognitive-behavioral treatment of generalized anxiety disorder: evaluation in a controlled clinical trial. In *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. ISSN 1939-2117, 2000, vol. 68, no. 6, p. 957-964.
49. LEE, Y. Y., et. al., (2016). The population cost-effectiveness of delivering universal and indicated school-based interventions to prevent the onset of major depression among youth in Australia. *Epidemiol Psychiatr Sci*, 1-20.
50. LEICHSENRING, F. a kol. 2009. Short-term psychodynamic psychotherapy and cognitive-behavioral therapy in generalized anxiety disorder: a randomized, controlled trial. In *American Journal of Psychiatry*. ISSN 1535-7228, 2009, vol.166, no. 8, p. 875-881.
51. LINDEN, M. a kol. 2005. Efficacy of cognitive behaviour therapy in generalized anxiety disorders. Results of a controlled clinical trial (Berlin CBT-GAD Study). In *Psychotherapy and Psychosomatics*. ISSN 1423-0348, 2005, vol. 74, no. 1, p. 36-42.
52. McDAID, D., et. Al., (2017). Commissioning cost-effective services for promotion of mental health and wellbeing and prevention of mental ill-health. Public Health England. Dostupné na: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/640714/Commissioning_effective_mental_health_prevention_report.pdf.
53. MERIKANGAS, K., R. a kol. 2009. The National Comorbidity Survey Adolescent Supplement /NCS-A/. In *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. ISSN 0890- 8567, vol. 48, no. 4, p. 367-369.
54. NEWMAN, M. G. a kol. 2011. A randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy for generalized anxiety disorder with integrated techniques from emotion-focused and interpersonal therapies. In *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. ISSN 0022-006X, 2011, vol. 79, no. 2, p. 171-181.

55. NEWMAN, M. G. a kol. 2013. Worry and generalized anxiety disorder: a review and theoretical synthesis of evidence on nature, etiology, mechanisms, and treatment. In Annual Review of Clinical Psychology. ISSN 1548-5951, 2013, vol. 9, p. 275–297.
56. MKN, 1996. Mezinárodní klasifikace nemocí. 10.revize. Duševní poruchy a poruchy chování: Diagnostická kritéria pro výzkum. Praha: Psychiatrické centrum, 1996.
57. National Center For Biotechnology Information /NCBI/ Dostupné na internete: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov>
58. NICE, 2004. Anxiety: Management of anxiety (panic disorder, with or without agoraphobia, and generalised anxiety disorder) in adults in primary, secondary and community care. [CG22]. Dostupné na internete: <https://www.nice.org.uk/guidance/CG22>
59. NICE, 2011a. Generalised anxiety disorder and panic disorder in adults: management. Clinical guideline [CG113]. Dostupné na internete: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg113>
60. NICE, 2011b. Common mental health problems: identification and pathways to care (Generalised Anxiety Disorder in Adults: Management in Primary, Secondary and Community Care). Dostupné na internete: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg123>
61. NICE, 2011c. Generalised anxiety disorder and panic disorder (with or without agoraphobia) in adults: management in primary, secondary and community care (Clinical Guideline 113). London: National Institute for Health and Clinical Excellence. Dostupné na internete: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22536620>>
62. Noyes, R. a kol. 1987. A family study of generalized anxiety disorder. In American Journal of Psychiatry. ISSN 1535-7228, 1987, vol. 144, no. 8, p. 1019-1024.
63. OECD/European Union (2018), Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris/European Union, Brussels, https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en.
64. PAXLING, B. a kol. 2011. Guided internet-delivered cognitive behavior therapy for generalized anxiety disorder: a randomized controlled trial. In Cognitive Behaviour Therapy. ISSN 1651-2316, 2011, vol. 40, no. 3, p. 159-173.
65. PITTIG, A. a kol. 2013. Heart rate and heart rate variability in panic, social anxiety, obsessive, compulsive, and generalized anxiety disorders at baseline and in response to relaxation and hyperventilation. In International Journal of Psychophysiology. ISSN 0167-8760, 2013, vol. 87, no. 1, p. 19–27.
66. PRAŠKO, J. a kol. 1996. Máte nepřiměřený strach ze sociálních situací? Příručka pro trpící sociální fobií. Praha: Psychiatrické centrum Praha 1996, 40 s.
67. PRAŠKO, Ján. 2003. Jak se zbavit napětí, stresu a úzkosti. Praha: Grada, 2003. 204 s. ISBN 80-247-0185-5.
68. PRAŠKO, J., MOŽNÝ, P., ŠLEPECKÝ, M., et.al. 2007. Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch. Praha: TRITON, 2007. 1063 s. ISBN 978-80-7254-865-1
69. PRAŠKO, J., VYSKOČILOVÁ, J. 2008. Generalizovaná úzkostná porucha. In Seifertová, D., Praško, J., Horáček, J., Höschl, C. 2008. Postupy v léčbě psychických poruch. Praha: Academia Medica Pragensis, 2008, s. 231-256. ISBN 978-80-87135-10-5.

70. PRAŠKO, J., PRAŠKOVÁ, H. 2008. Sociální fobie. In Seifertová, D., Praško, J., Horáček, J., Höschl, C. 2008. Postupy v léčbě psychických poruch. Praha: Academia Medica Pragensis, 2008, s. 231-255. ISBN 978-80-87135-10-5.
71. PRAŠKO J., 2009. Jak zvládnou generalizovanou úzkostnou poruchu, Galén
72. PRAŠKO J., PRAŠKOVÁ H. Psychoterapie úzkostných poruch. Dostupné na internete: <http://uhsl.wz.cz/elearning/pstuzkostpor.pdf>
73. POWER, K.G. a kol. 1990. A controlled comparison of cognitive-behavioral therapy, diazepam, and placebo, alone and in combination, for the treatment of generalized anxiety disorder. In Journal of Anxiety Disorders. ISSN 0887-6185, 1990, vol. 4, no. 336, p. 269-292.
74. ROBERTS, G., & GRIMES, K. (2011). Return on Investment—Mental Health Promotion and Mental Illness Prevention. Canadian Policy Network at the University of Western Ontario. Return on Investment.
75. ROBINSON, E., a kol. 2010. Internet treatment for generalized anxiety disorder: a randomized controlled trial comparing clinician vs. technician assistance. In PLoS One. 2010, vol. 5, no. 6, 10942.
76. REVICKI, D. A. a kol. 2012. Humanistic and economic burden of generalized anxiety disorder in North America and Europe. In Journal of Affective Disorders. ISSN 0165-0327, 2012, vol. 140, no. 2, p. 103-112.
77. RISKIND, J. H. a kol. 2006. The looming cognitive style: A cognitive vulnerability for anxiety disorders. In Journal of Social and Clinical Psychology. ISSN 0736-7236, 2006, vol. 25, no. 7, p. 779-801.
78. ROEMER, L. a kol. 2008. Efficacy of an acceptance based behavior therapy for generalized anxiety disorder: evaluation in a randomized controlled trial. In Journal of Consulting and Clinical Psychology. ISSN 0022-006X, 2008, vol. 76, no. 6, p. 1083-1089.
79. SADOCK, B. J. a kol. 2017. Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. Tenth edition. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2017. 2 p. ISBN 978-1-4511-0047-1.
80. SALZER, S. a kol. 2011. Long-term effects of short-term psychodynamic psychotherapy and cognitive behavioural therapy in generalized anxiety disorder: 12-month follow up. In Canadian Journal of Psychiatry. ISSN 0706-7437, 2011, vol. 56, no. 8, p. 503-508.
81. SCHWEIZER, E. 1995. Generalized anxiety disorder: longitudinal course and pharmacologic treatment. In The Psychiatric clinics of North America. ISSN ,1995, vol. 18, no. 4, p. 843-857.
82. SIEV, J., CHAMBLESS, D. 2007. Specificity of treatment effects: cognitive therapy and relaxation for generalized anxiety and panic disorders. In Journal of Consulting and Clinical Psychology. ISSN 0022-006X, 2007, vol. 75, no. 4, p. 513-522.
83. SKRE, I. a kol. 1993. A twin study of DSM-III-R anxiety disorders. In Acta Psychiatrica Scandinavica. ISSN 1600-0447, 1993, vol. 88, no. 2, p. 85-92
84. SPITZER R.L. 2006. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder. Arch Intern Med.;166:1092-1097.

85. SURTEES, P.G. a kol. 1983. Psychiatric disorder in women from an Edinburgh community: Associations with demographic factors. In *The British Journal of Psychiatry*. ISSN 1472-1465, 1983, vol. 142, p. 238-224
86. TITOV, N. a kol. 2010. Transdiagnostic Internet treatment for anxiety disorders: a randomized controlled trial. In *Behaviour Research and Therapy*. ISSN 0005-7967, 2010, vol. 48, no. 9, p. 890-899.
87. TORGENSEN, S. 1983. Genetic factors in anxiety disorder. In *Archives of General Psychiatry*. ISSN 0003-990X, 1983, vol. 40, p. 1085-1089.
88. TORGENSEN, S. 1986. Childhood and family characteristics in panic and generalized anxiety disorders. In *American Journal of Psychiatry*. ISSN , 1986vol. 143, no. 5, p. 630-632.
89. VAN DER HEIDEN, C., MURIS, P., VAN DER MOLEN, H. T. 2012. Randomized controlled trial on the effectiveness of metacognitive therapy and intolerance-of uncertainty therapy for generalized anxiety disorder. In *Behaviour Research and Therapy*. ISSN 0005-7967, 2012, vol. 50, p. 100-109.
90. WELLS, A. 1997. *Cognitive therapy of anxiety disorders: A practice manual and conceptual guide*. Michigan: Willey, Chichester 1997, 328 p. ISBN 9780471964742.
91. Wells, A. a kol. 2010. A pilot randomized trial of metacognitive therapy vs applied relaxation in the treatment of adults with generalized anxiety disorder. In *Behaviour and Research Therapy*. ISSN 0005-7967, 2010, vol. 48, no. 5, p. 429-434.
92. Wells A, King P. Metacognitive therapy for generalized anxiety disorder: an open trial. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2006; 37:206.
93. WESTRA, H. A., ARKOWITZ, H., DOZOIS, D. J. 2009. Adding a motivational interviewing pretreatment to cognitive behavioral therapy for generalized anxiety disorder: a preliminary randomized controlled trial. In *Journal of Anxiety Disorders*. ISSN 0887-6185, 2009, vol. 23, no. 8, p. 1106-1117.
94. WITTCHEN, H.U. a kol. 1994. DSM-III-R generalized anxiety disorder in the national comorbidity survey. In *Archives of General Psychiatry*. ISSN 0003-990X, 1994, vol. 51, no. 5, p. 355-364.
95. WHITE, J. 1998. Stresspac: three year follow – up of a controlled trial of a self-help package for the anxiety disorder. In *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*. ISSN 1352-4658, 1998; p. 133-141.
96. WOODMAN, C. L. a kol. 1999. A 5-year follow –up study of generalized Anxiety disorder. In *Journal of Nervous and Mental Disorders*. ISSN 1539-736X, 1999, vol. 187, no. 1, p. 3-9.

Poznámka:

Ak klinický stav a osobitné okolnosti vyžadujú iný prístup k prevencii, diagnostike alebo liečbe ako uvádza tento štandardný postup, je možný aj alternatívny postup, ak sa vezmú do úvahy ďalšie vyšetrenia, komorbidity alebo liečba, teda prístup založený na dôkazoch alebo na základe klinickej konzultácie alebo klinického konzília.

Takýto klinický postup má byť jasne zaznamenaný v zdravotnej dokumentácii pacienta.

Účinnosť

Tento štandardný postup nadobúda účinnosť od 1. apríla 2020.

Peter Pellegrini
poverený vedením
ministerstva