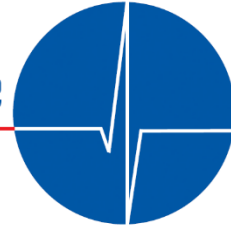


Štandardné
postupy



Názov:

**Generalizovaná úzkostná porucha -
štandardné diagnostické a terapeutické
postupy**

Autor:

**MUDr. Ľubica Ferenčáková; PhDr. Katarína
Kubašovská;**

Odbor:

Psychiatria

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:

Generalizovaná úzkostná porucha - štandardné diagnostické a terapeutické postupy

Číslo ŠP	Dátum prvého predloženia na Komisiu MZ SR pre ŠDTP	Status	Dátum účinnosti schválenia ministerkou zdravotníctva SR
0043	5. apríla 2018	schválené	1. apríla 2020

Autori

MUDr. Ľubica Ferenčáková; PhDr. Katarína Kubašovská; MUDr. Dagmar Breznoščáková, PhD.; prof. MUDr. Ján Pečeňák CSc.

Odborná podpora tvorby a hodnotenia štandardného postupu

Prispievatelia a hodnotitelia: členovia odborných pracovných skupín pre tvorbu štandardných diagnostických a terapeutických postupov MZ SR, hlavní odborníci MZ SR príslušných špecializačných odborov; členovia multidisciplinárnych odborných spoločností; odborný projektový tím MZ SR pre ŠDTP a pacientske organizácie zastrešené AOPP v Slovenskej republike; Inštitút zdravotníckej politiky; NCZI; Sekcia zdravia MZ SR, Kancelária WHO na Slovensku.

Odborní koordinátori: MUDr. Jozef Kalužay, PhD; MUDr. Peter Bartoň; MUDr. Kvetoslava Bernátová, MPH; prof. MUDr. Mariana Mrázová, PhD., MHA; MUDr. Štefan Laššán, PhD.; prof. MUDr. Jozef Šuvada, PhD., MPH (odborný garant)

Recenzenti (1. verzie):

Členovia Komisie MZ SR pre ŠDTP: MUDr. Štefan Laššán, PhD.; PharmDr. Miriam Vulevová, MBA; MUDr. Peter Bartoň; PharmDr. Zuzana Baťová, PhD.; MUDr. Beáta Havelková, MPH; MUDr. Martin Vochyan; prof. MUDr. Jozef Holomáň, CSc.; doc. MUDr. Martin Hrubíško, PhD., mim. prof.; MUDr. Ladislav Šinkovič, PhD., MBA; prof. MUDr. Ivica Lazúrová, DrSc.; prof. MUDr. Pavol Žúbor, PhD., DrSc.; MUDr. Róbert Hill, PhD.; MUDr. Andrej Zlatoš; PhDr. Mária Lévyová; prof. MUDr. Mária Šustrová, CSc.; MUDr. Jana Kelemenová; Ing. Jana Netriová, PhD. MPH; Mgr. Renáta Popundová; Mgr. Katarína Mažárová; MUDr. Jozef Kalužay, PhD; prof. MUDr. Jozef Šuvada, PhD., MPH.

Technická a administratívna podpora:

Podpora vývoja a administrácia: Mgr. Zuzana Kuráňová; Ing. Barbora Vallová; Mgr. Ludmila Eisnerová; Mgr. Gabriela Tamášová, Mgr. Mário Fraňo; JUDr. Marcela Virágová, MBA; Ing. Marek Matto; prof. PaedDr., PhDr. Pavol Tománek, PhD.; JUDr. Ing. Zsolt Mánya, PhD.; Mgr. Sabína Bredová; Ing. Mgr. Liliana Hružiková; Ing. Zuzana Poláková; Mgr. Tomáš Horváth; Ing. Martin Malina; Ing. Mgr. Mária Syneková; PhDr. Katarína Gatialová; Mgr. Anton Moises; Ing. Katarína

Krkošková.

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) a NFP s názvom: „Tvorba nových a inovovaných postupov pre výkon prevencie a ich zavedenie do medicínskej praxe“ (kód NFP312041R239)

Kľúčové slová

úzkosť, strach

Zoznam skratiek a vymedzenie základných pojmov

EEG -	Elektroencefalogram
GABA - gama -	Aminomaslová kyselina
GAD -	Generalized anxiety disorder - generalizovaná úzkostná porucha
KBT -	Kognitívne behaviorálna psychoterapia
MKCH -	Medzinárodná klasifikácia chorôb
OCD -	Obsedantne - kompulzívna porucha
PET -	Pozitronová emisná tomografia
RIMA -	Reverzibilné inhibítory monoaminoxidázy
SNRI -	Selektívne inhibítory spätného vychytávania serotonínu a noradrenalínu
SSRI -	Selektívne inhibítory spätného vychytávania serotonínu
TCA -	Tricyklické antidepresíva
TRH -	Thyreotropin - releasing hormón
TSH -	Tyreotropný hormón

Kompetencie

Lekár so špecializáciou v odbore psychiatra (ďalej len „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, psychoterapia.

Lekár bez špecializácie - psychiatrické vyšetrenie pacienta, príjem pacienta, sledovanie stavu pacienta, indikovanie farmakoterapie pod dohľadom psychiatra, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť – supervízia, psychoterapia.

Všeobecný lekár pre dospelých a všeobecný lekár pre deti a dorast, pediater – pri suspektnej poruche prvotný skrining a následné odoslanie k špecialistovi, v stabilizačnej (ev. iniciálnej) fáze možný menežment pacienta v úzkom kontakte so psychiatrom/ psychológom.

Klinický psychológ - realizácia klinického psychologického vyšetrenia, špecificky klinického psychodiagnostického vyšetrenia, psychologická liečba druhého stupňa (jednoduchšie evidence based postupy), podporná psychologická liečba, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť.

Psychológ - realizácia psychologického vyšetrenia, špecifikácia psychodiagnostického vyšetrenia, psychologická liečba druhého stupňa (jednoduchšie evidence based postupy), podporná psychologická liečba, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť.

Psychoterapeut - špecifickú psychoterapiu vykonáva psychiatier, psychológ a iný odborník s absolvovaným výcvikom v danom psychoterapeutickom prístupe certifikovanom odbornou organizáciou v zmysle príslušnej platnej legislatívy so špecifickou zainteresovanosťou pacienta podľa typu, stavu, naliehavosti a závažnosti poruchy.

Sestra – psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť, podporná psychologická liečba, podávanie farmakoterapie.

Sociálny pracovník - sociálnoprávna podpora, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť, podporná psychologická liečba v rámci svojich kompetencií.

Liečebný pedagóg – psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť v rámci svojich kompetencií, preferenčne v denných psychiatrických stacionároch.

Úvod

Generalizovaná úzkostná porucha /ďalej len „GAD „/ sa prejavuje pretrvávajúcou, voľne plynúcou úzkosťou, ktorá nie je obmedzená na konkrétne situácie a objekty. Úzkosť sa týka každodenných problémov, starostí a obáv pred neurčitým ohrozením. Je sprevádzaná únavou, nepríjemnými telesnými pocitmi, napätím, bolesťami hlavy, búšením srdca, potením – príznakmi charakteristickými pre všetky úzkostné poruchy.

Prevenencia

Prevenencia úzkostných porúch vo všeobecnosti, a teda aj GAD by mala začínať už v detstve formou výchovy, ktorá by nemala byť príliš úzkostlivá a kontrolujúca. Prevenciou úzkostných stavov je aj zdravá životospráva a eliminácia stresu, či už formou relaxácie, dostatočného odpočinku, alebo telesného cvičenia a posilňovanie nácviku stratégií, ktoré posilňujú schopnosti v zvládaní záťažových situácií (tzv. coping mechanizmy).

Epidemiológia

12- mesačná prevalencia GAD v dospeljej populácii je udávaná približne v 3 %, celoživotné riziko je do 9 %. Incidencia kulminuje v strednom veku [1]. V slovenskej epidemiologickej štúdiu EPIA u dospelých obyvateľov SR sa zistila 6-mesačná prevalencia GAD u asi 5% účastníkov výskumu. GAD sa vyskytuje často v komorbidite spolu s inou úzkostnou poruchou, alebo ľahšími formami depresívnych porúch a je dvojnásobne častejšia u žien.

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 riadiacich úzkosť s centrálnym postavením amygdaly [2] s narušením signalizácie viacerých neurotransmitterových systémov (sérotonín, dopamín, noradrenalín, GABA, glutamát) [3].

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, 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.


Klasifikácia

GAD patrí podľa klasifikácie MKCH 10 [4] medzi úzkostné poruchy, kódové označenie je F 41.1, diagnostické kritériá sú nasledovné (tabuľka č. 1).

Tabuľka č. 1a

Diagnostické kritériá pre generalizovanú úzkostnú poruchu	
	ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP GENERALIZOVANÁ ÚZKOSTNÁ PORUCHA
A :	
Výrazné napätie, strach a obavy trvajú aspoň 6 mesiacov	
B :	
Musia byť prítomné najmenej 4 z nižšie uvedených príznakov, pričom najmenej jeden z nich musí byť príznakom vegetatívneho podráždenia :	
Príznaky vegetatívneho podráždenia	
1.	palpitácie alebo búšenie srdca alebo zrýchlený pulz
2.	potenie
3.	chvenie alebo tras
4.	sucho v ústach
Príznaky týkajúce sa hrudníka a brucha	
5.	obtiažne dýchanie
6.	pocit dusenia sa
7.	bolesti alebo nepríjemné pocity na hrudníku
8.	nauzea alebo brušná nevoľnosť
Príznaky týkajúce sa duševného stavu	
9.	pocit závratu, nepokoja, mdloby, točenia hlavy
10.	pocit, že objekty nie sú reálne (derealizácia), alebo, že jedinec je mimo „nie je tu skutočne“ (depersonalizácia)
11.	strach zo straty kontroly, „zbláznenia sa“, straty vedomia
12.	strach zo smrti
Celkové príznaky	
13.	návaly tepla alebo chladu
14.	pocity znečítlivenia alebo mravenčenia
Príznaky napätia	
15.	napätie, pobolievanie alebo bolesti vo svaloch
16.	nepokoj a neschopnosť uvoľniť sa
17.	pocit podráždenia, neznesiteľného duševného napätia
18.	pocit „hrče v krku“, alebo ťažkosti s prehĺtaním

Tabuľka č. 1b

Diagnostické kritéria pre generalizovanú úzkostnú poruchu	
	ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP GENERALIZOVANÁ ÚZKOSTNÁ PORUCHA
B :	Musia byť prítomné najmenej 4 z nižšie uvedených príznakov, pričom najmenej jeden z nich musí byť príznakom vegetatívneho podráždenia :
	Ďalšie nešpecifické príznaky
	19. prehnaná reakcia na malé prekvapenie a vyrušenie
	20. ťažkosti s koncentráciou alebo „ prázdno v hlave „, z dôvodu strachu a úzkosti
	21. neustále podráždenie
	22. ťažkosti so zaspávaním kvôli strachu
C :	Porucha nespĺňa kritéria pre panickú poruchu, fobické úzkostné poruchy, obsedantne kompulzívnu poruchu alebo hypochondrickú poruchu.
D:	Základné vylučovacie kritériá : Úzkostná porucha nie je spôsobená somatickou poruchou, ako je hypertyreóza, organickou poruchou alebo poruchou vyvolanou psychoaktívnou látkou ako je silná konzumácia amfetamínu alebo abstinenčný syndróm po odňatí benzodiazepínov.

Klinický obraz

Typické prejavy GAD sú uvedené v diagnostických kritériách. Porucha je charakteristická tým, že sa vyskytuje často v komorbidite s inými psychickými poruchami (depresívnymi, úzkostnými), výskyt komorbidných stavov je skôr pravidlom ako výnimkou [3]. Porucha zodpovedá historickému termínu „úzkostná neuróza“ [5]

Diagnostika / Postup určenia diagnózy

Diagnostika sa opiera o psychiatrické vyšetrenie, o diagnostické kritéria podľa MKCH 10 a prípadne doplnkové psychologické vyšetrenie pacienta. Psychodiagnostika môže prispieť predovšetkým k stanoveniu osobnostných črt (úzkostlivosť).

Diferenciálna diagnostika

Úzkosť (anxieta) je vedúcim symptómom aj pre iné úzkostné poruchy skupiny psychických a somatických (vegetatívnych) prejavov sa prekrývajú. Najdôležitejšie odlišnosti sú nasledované:

- panická porucha – úzkosť ma charakter panických záchvatov s rýchlym nástupom a silnou intenzitou,

- sociálna úzkostná porucha (sociálna fóbia) – prejavy sú viazané na sociálne situácie (napr. hovorenie na verejnosti, spoločenský kontakt, konverzácia),

- obsedantno - kompulzívna porucha – úzkosť sa viaže na intruzívne (obsedantné) myšlienky, ktoré sú ego-dystónne (jedinec si uvedomuje ich „nezmyselnosť“).

Úzkostná porucha osobnosti – je charakterizovaná úzkostlivosťou, symptómy nedosahujú takú závažnosť, aby mohla byť diagnostikovaná GAD.

Úzkosť ako symptóm je častým nálezom pri ďalších psychických poruchách, vtedy je nevyhnutné stanoviť primárny (osový syndróm) a diagnostiku a terapeutické postupy zamerať naň. Sú to najmä:

- depresívny syndróm (primárne afektívna porucha ako je depresívna epizóda alebo dystýmia) – vedúcimi symptómami je depresívna nálada a anhedónia,
- intoxikácia a abstinenčný syndróm pri užívaní psychotropných látok – úzkosť je typickým sprievodným syndrómom pri užívaní stimulancií a abstinenčnom syndróme pri ich užívaní, pri abstinenčnom syndróme od alkoholu a benzodiazepínov,
- ďalšie psychické poruchy pri ktorých môže byť úzkosť jedným z príznakov, ale klinické vyšetrenie vedie k stanoveniu inej primárnej diagnózy: poruchy príjmu potravy, somatoformné poruchy, organické poruchy spojené s poruchou orientácie, psychotické stavy s paranoidným syndrómom.

Somatické ochorenia:


Vegetatívna dysbalancia, únava, poruchy spánku, obavy môžu byť súčasťou množstva somatických porúch. Dôsledná anamnéza, vyhodnotenie už uskutočnených vyšetrení a nálezov poväčšine umožňuje stanovenie diagnózy bez potreby ďalších somatických vyšetrení, ich prípadný rozsah musí byť individuálne zvažovaný. Extenzívne doplňujúce vyšetrenia môžu viesť u niektorých pacientov k prehĺbeniu úzkostného prežívania. Medzi základné odporúčené vyšetrenia pre vylúčenie možnej somatickej etiológie, ale aj s informačnou hodnotou pri začatí psychofarmakologickej liečby patria [6] [7]:

- základné biochemické vyšetrenie – najmä pečeňové testy, urea, kreatinín, u starších pacientov iónogram, CRP pre identifikáciu zápalového syndrómu,
- krvný obraz – najmä pre identifikáciu anémie,
- EKG – najmä pri prítomnosti palpitácii,
- EEG – najmä pri výskyte stavov depresionalizácie, derealizácie,
- vyšetrenie funkcie štítnej žľazy – pri únave alebo dlhodobom nepokoji, poruchách spánku,
- test moču na prítomnosť psychotropných látok v prípade podozrenia na ich zneužívanie.

Liečba

V liečbe GUP sú indikované psychoedukačné, psychoterapeutické a farmakologické postupy. Odporúčenia pre základné postupy sú nasledovné [6] [8] (tabuľka č. 2) a v ďalšom texte sú rozpracované.

Tabuľka č. 2

Postupné kroky pri liečbe generalizovanej úzkostnej poruchy		
		ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP GENERALIZOVANÁ ÚZKOSTNÁ PORUCHA
1. krok	Stanovenie diagnózy, informovanie pacienta, psychoedukácia, využitie edukačných zdrojov, vyhodnotenie závažnosti poruchy s vplyvom na kvalitu života a funkčnosť, stanovenie cieľov liečby, vyhodnotenie preferencií pacienta o liečbe	
2. krok podľa závažnosti poruchy	mierna až stredná závažnosť	Psychoterapia
	závažná porucha - komorbidita, významný vplyv na funkčnosť	Farmakoterapia s vyhodnotením účinku po 8 - 12 týždňoch
3. krok	závažná porucha s nedostatočnou terapeutickou odpoveďou na predchádzajúce intervencie	Kombinovaná psychoterapeutická a farmakologická liečba
		Intenzívna psychoterapia, augmentačné postupy vo farmakoterapii s využitím off-label postupov, prípadná hospitalizácia

1. krok

Psychoedukácia s informovaním pacienta o poruche, poskytnutím informačných materiálov a prípadným odkazom na webové stránky. Je mimoriadne dôležité nadviazanie terapeutického kontaktu s pacientom, uvedenie si pacienta, že porucha je relatívne častá, pre profesionálov známa a je možnosť terapeutických opatrení. Vyhodnotenie preferencie pacienta (psychoterapeutické vs. farmakologické postupy) môže byť rozhodujúca pre ďalšiu liečbu.

2. krok

Psychoterapia

Exaktnými štúdiami je najviac overenou psychoterapeutickou metódou je kognitívno – behaviorálna psychoterapia [9], odporúčané sú aj relaxačné metódy [8], pri nedostupnosti KBT, alebo podľa preferencie pacienta, môžu byť využité aj iné postupy, najmä interpersonálna psychoterapia, humanistické smery, psychodynamické metódy, prípadne biofeedback.

Farmakoterapia

Farmakoterapia GAD má spoločné charakteristiky s liečbou ostatných úzkostných porúch. Sú možnosti využitia liekov s registrovanou indikáciou [10], no pri komplikovaných a rezistentných aj liečba off-label, ktorá nemá oficiálne schválenú indikáciu, ale je overená klinickými štúdiami (t.j. lege-artis liečba). Trvanie liečby závisí od stavu pacienta, hodnotenie odpovede, prípadne dosiahnutia remisie sa má uskutočniť po 8 – 12 týždňov, udržiavacia liečba trvá zvyčajne 12 mesiacov, u niektorých pacientov je potrebná celoživotná liečba s periodickým (ročným) posúdením potreby ďalšej farmakoterapie.

V liečbe sú uplatňované nasledovné skupiny liekov [11]:

- antidepressíva,
- benzodiazepíny,
- pregabalín,
- buspirón,
- antihistaminiká,
- antipsychotiká 2. generácie,
- antiepileptiká,
- betablokátory.


Antidepressíva

Antidepressíva sú prvou voľbou liečby (tabuľka č.3). V bežnej klinickej praxi sú najviac využívané a overené antidepressíva zo skupiny SSRI – Selektívne inhibítory spätného vstrebávania sérotonínu (tabuľka č. 3). Z celej skupiny majú explicitne určenú indikáciu pre liečbu GAD len paroxetín a escitalopram, preto by mali byť použité v prvom kroku. Na základe mechanizmu účinku a publikovaných štúdií sa v liečbe dajú využiť aj ostatné SSRI antidepressíva [12]. Pri ich indikácii je potrebné zvažovať skupinové nežiaduce účinky ako je možnosť zvýšeného krvácania, nežiaduce účinky na sexuálne funkcie (zníženie libida, zhoršenie orgazmického prežívania, farmakodynamické interakcie s inými látkami ovplyvňujúce sérotonínový systém, hlavne u starších pacientov syndróm neadekvátnej sekrécie antidiuretického hormónu (SIADH)) [13]. U pacientov s úzkostnou symptomatikou sa odporúča nižšie dávkovanie na začiatku liečby. Vysadzovanie má byť postupné, v priebehu niekoľkých týždňov.

Zo skupiny SNRI antidepressív má registrované indikácie pre liečbu GAD venlafaxín a duloxetín (tabuľka č. 3).

Ďalšie antidepressíva sú využiteľné pri intolerancii prvej voľby liečby, v liečbe rezistentných stavov, pri komorbidných poruchách, alebo pri potrebe kombinácie. Sú to staršie tricyklické antidepressíva (tabuľka č. 3), z iných antidepressív trazodón[14], agomelatín v dávke 10 mg alebo 25 mg[15], mirtazapín[16], bupropión[17], v metaanalýze sa preukázal efekt vortioxetínu hlavne u pacientov s vyššou intenzitou úzkosti[18].

Tabuľka č. 3

Antidepresíva v liečbe GAD - prvá voľba			
		ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP GENERALIZOVANÁ ÚZKOSTNÁ PORUCHA	
Liečivo	Dávkovanie (mg / deň)		Poznámka
	Počiatková dávka	Terapeutická / maximálna dávka	
SSRI			
paroxetín*	10 mg	20 - 40 mg	anticholinergický efekt, priberanie na hmotnosti, interakcie cez CYP2D6 izoenzým
escitalopram*	5 mg	10 - 20 mg	upozornenie na možnosť predĺženia QT intervalu
citalopram	10 mg	20 až 40 mg	
sertralín	50 mg	do 200 mg	
fluvoxamín	50 mg	100 mg až 300 mg	silný inhibítor CYP1A2 izoenzýmu
SNRI			
venlafaxín*	37,5 mg	od 50 mg až 225 mg	pri liečbe depresie sú maximálne dávky vyššie - až do 375 mg; potrebná kontrola tlaku krvi
duloxetín*	30 mg	obvykle 60 mg	pri liečbe depresie až 120 mg / deň
Staršie - tricyklické antidepresíva			
amitriptylín	25 mg	do 150 mg	pre anticholinergický účinok a riziko porúch srdcového rytmu pri vyšších dávkach je použitie obmedzené; pri liečbe depresie sa používali vyššie dávky ako je uvedené
klomipramín*	25 mg	do 150 mg	
imipramín	50 mg	do 150 mg	

Poznámka : * registrovaná indikácia pre liečbu generalizovanej úzkostnej poruchy

Benzodiazepíny

Používanie benzodiazepínov v liečbe GAD je kontroverzné, bez dostatočne overených odporúčaní [19], no benzodiazepíny sú široko využívané, pacientmi preferované, prinášajú bezprostrednú úľavu pri rôznych úzkostných stavoch a ich účinnosť v krátkodobej liečbe je vyššia ako pri použití antidepresív [20]. Ich využitie je obmedzené pre skupinové nežiaduce účinky, ktoré sa ale prekrývajú s terapeutickým efektom (útlm, ospalosť), ale hlavne pre riziko rozvoja závislosti. U každého pacienta je z toho dôvodu potrebné:

vyhodnocovať zvyšovanie tolerancie/strata účinnosti,

svojevoľné zvyšovanie dávky,


cielené otázky na predpis benzodiazepínov od viacerých lekárov,

obmedziť podávanie benzodiazepínov na čo najkratšiu dobu.

Odporúčaná doba podávania je 8 – 12 týždňov [6] s postupným vysadzovaním o 25 % dávky za týždeň.

Dávkovanie benzodiazepínov je uvedené v tabuľke č. 4.

Tabuľka č. 4


Dávkovanie benzodiazepínov pri liečbe generalizovanej úzkostnej poruchy		
		ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP GENERALIZOVANÁ ÚZKOSTNÁ PORUCHA
Liečivo	Dávkovanie mg / deň	Poznámka
alprazolam*	0,25 mg až 4 mg	Pri všetkých liečivách sú uvedené nižšie dávky obvyklé pre liečbu úzkosti. Maximálne dávky uvádzané v súhrnoch charakteristických vlastností liekov (SPC) sa v klinickej praxi zvyčajne nevyužívajú.
bromazepam	do 3 mg	
diazepam*	15 až 30 mg	
chlordiazepoxid	30 mg	
klonazepam	1 mg až 6 mg	
oxazepam	do 30 mg	

Poznámka : * registrovaná indikácia pre generalizovanú úzkostnú poruchu

3. krok

Pri rezistentných stavoch je vhodná intenzívna **psychoterapia v kombinácii s farmakoterapiou**. Vo farmakoterapii sa môžu využiť aj liekové skupiny, ktoré neboli použité v kroku 2, kombinácia liekov s cieľom augmentácie účinku (najmä antidepresív z rôznych farmakologických skupín, kombinácia antidepresíva s antipsychotikom). V tabuľke č. 5 sú uvedené ďalšie možnosti farmakoterapie (podľa [12] [21] [6]).

Tabuľka č. 5

Liečivá využiteľné v 3. kroku liečby generalizovanej úzkostnej poruchy		
		ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP GENERALIZOVANÁ ÚZKOSTNÁ PORUCHA
Liečivo / Skupina	Dávkovanie	Charakteristika / Poznámka
bupirón*	od 2 x 5 mg/deň až do celkovej 60 mg/deň	nebenzodiazepínové anxiolytikum so sérotonínergným účinkom
hydroxyzín	50 mg/deň, maximálne 100 mg/deň	antihistaminikum s anxiolytickým efektom; novšie upozornenie na riziko predĺženia QT intervalu
pregabalín*	150 mg až do 600 mg/deň	antiepileptikum s nepriamym vplyvom na GABA-ergný systém
antipsychotiká	Z typických antipsychotík najčastejšie chlórportixén, z atypických antipsychotík kvetiapín, olanzapín, risperidón, sulpirid. Podávame nízke dávky vo večerných hodinách	
betablokátory	Nízky stupeň dôkazu o účinnosti [22], je vhodné zahájiť liečbu v spolupráci so špecialistom	

Poznámka : * registrovaná indikácia pre generalizovanú úzkostnú poruchu

Psychoterapeutické intervencie:

V liečbe GAD sú účinné metódy psychoterapie, najmä pri miernych a stredne ťažkých úzkostných stavoch v kombinácii s farmakoterapiou [23].

V prvom pláne psychoterapeutickej intervencie sú účinné **KBT postupy** [24]:

Prvým krokom psychoterapeutickej stratégie je edukácia pacienta o faktoroch udržiavajúcich túto poruchu (vyhýbavé správanie, uisťovanie a pod.) a o potrebe zmeny spôsobu myslenia a konania. KBT GAD je zameraná hlavne na kognitívnu rekonštrukciu obáv, rozpoznanie negatívnych kognícií a hľadanie alternatívnych, neutrálnych, alebo pozitívnych kognícií, intoleranciu neistoty, pocitov nekontrolovateľnosti, či ohrozenia. V rámci redukcie úzkosti je vhodné využiť aj behaviorálne techniky, ako napr. metódu systematickej desenzitizácie (expozícia podnetom vyvolávajúcej úzkosť). Nevyhnutnou súčasťou edukácie pacienta s GAD je podporné terapeutické vedenie pacienta.

Pri zvládaní telesných prejavov úzkosti je účinný **nácvik svalovej relaxácie, autogénneho tréningu**, čo môže viesť k zníženiu chronického úzkostného napätia, s možnosťou ju postupne využívať priamo v stresujúcich situáciách.

Inou psychoterapeutickou možnosťou je individuálna **psychodynamicky orientovaná psychoterapia**. Psychodynamická psychoterapia umožňuje pacientom získať väčší náhľad a pochopenie príčin ich úzkostí, súvislosti medzi chronickou úzkosťou a situačnými faktormi s cieľom dosiahnuť to, aby ju tolerovali natoľko, že nebude zasahovať do ich životov.

V psychoterapii GAD je účinná kombinácia individuálnej psychoterapie a skupinovej psychoterapie pre zvyšovanie pocitov sebadôvery, sebaistoty, pocitu bezpečia, asertívneho správania a riešenia problémov [25].

Prognóza

Ochorenie máva chronický priebeh. Začína sa okolo 16-25 roku života, ale porucha môže vzniknúť kedykoľvek. Ochorenie s kolísavou intenzitou prebieha celý život. Nepriaznivým prognostickým faktorom je komorbidita najmä s depresívnou poruchou, poruchou osobnosti, užívaním psychotropných látok.

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

Aj keď má ochorenie chronický priebeh, zvyčajne nevedie k invalidizácii pacienta.

Chronická úzkosť je však pacientmi vnímaná veľmi nepríjemne a môže mať negatívny dopad na život pacienta. Neustále obavy a pochybnosti môžu jedincom skomplikovať pracovnú kariéru.

Pri komorbidite s ďalšími psychickými poruchami, napr. depresiou, môže viesť aj k invalidizácii pacienta.

Zabezpečenie a organizácia starostlivosti

Lekár so špecializáciou v 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, psychoterapia.

Lekár bez špecializácie - psychiatrické vyšetrenie pacienta, príjem pacienta, sledovanie stavu pacienta, indikovanie farmakoterapie pod dohľadom psychiatra, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť – supervízia, psychoterapia.

Všeobecný lekár pre dospelých a všeobecný lekár pre deti a dorast, pediater – pri suspektnej poruche prvotný skrining a následné odoslanie k špecialistovi, v stabilizačnej (ev. iniciálnej) fáze možný menežment v úzkom kontakte so psychiatrom/ psychologom.

Klinický psychológ - realizácia klinického psychologického vyšetrenia, špecificky klinického psychodiagnostického vyšetrenia, psychologická liečba druhého stupňa (jednoduchšie evidence based postupy), podporná psychologická liečba, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť.

Psychológ - realizácia psychologického vyšetrenia, špecificky psychodiagnostického vyšetrenia, psychologická liečba druhého stupňa (jednoduchšie evidence based postupy), podporná psychologická liečba, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť.

Psychoterapeut - špecifickú psychoterapiu vykonáva psychiater, psychológ a iný odborník s absolvovaným výcvikom v danom psychoterapeutickom prístupe certifikovanom odbornou organizáciou v zmysle príslušnej platnej legislatívy so špecifickou zainteresovanosťou pacienta podľa typu, stavu, naliehavosti a závažnosti poruchy.

Sestra – psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť, podporná psychologická liečba, podávanie farmakoterapie.

Sociálny pracovník - sociálnoprávna podpora, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť, podporná psychologická liečba.

Liečebný pedagóg – psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť v rámci svojich kompetencií preferenčne v denných psychiatrických stacionároch.

Denné psychiatrické stacionáre - psychiater, psychológ, liečebný pedagóg, sestra, sociálny pracovník.

Lekár RZP – zabezpečenie starostlivosti o pacienta v akútnom stave väčšinou pri komorbidných poruchách a v krízových situáciách.

Ústavní poskytovatelia psychiatrickej starostlivosti - pri závažných formách s potrebou intenzívnej liečby.

Ďalšie odporúčania

GAD je chronickou psychickou poruchou, pacienti sú v ambulantnej psychiatrickej starostlivosti mesiace aj roky. Okrem psychofarmakoterapie je dôležité vytvorenie kvalitného terapeutického vzťahu s pacientom a psychoterapeutické vedenie pacienta, posilňovanie pacienta pri zvládaní záťažových a stresových životných situácií.

Doplnkové otázky manažmentu pacienta a zúčastnených strán

Liečba GAD patrí do kompetencie psychiatra, ktorý zabezpečuje farmakologickú aj psychoterapeutickú liečbu.

Psychológ zabezpečuje psychoterapiu.

Lekár so špecializáciou všeobecné lekárstvo s 3-mesačnou psychiatrickou praxou v rámci rezidenčného programu môže začať liečbu GAD.

Alternatívne odporúčania

Keďže dominujúcim prejavom GAD je chronická úzkosť, je dôležité, aby si jedinci trpiaci touto poruchou osvojili niektoré relaxačné, či meditačné techniky a podľa možnosti zaradili do svojho života pravidelný telesný pohyb.

Odporúčania pre ďalší audit a revíziu štandardu

Prvý audit a revízia - za 2 roky, následne každých 5 rokov pri známom novom vedeckom dôkaze o efektívnejšom manažmente diagnostiky alebo liečby a tak skoro ako je možnosť zavedenia tohto postupu do zdravotného systému v Slovenskej republike.

Klinický audit a nástroje bezpečnosti pacienta budú doplnené pri 1. revízii.

Audit a revízia v prípade vydania novej revízie medzinárodnej klasifikácie chorôb.

Literatúra

- [1] AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and statistical manual of mental health disorders: DSM-5 (5th ed.). Arlington: American Psychiatric Publishing, 2013. ISBN 978-0-89042-555-8.
- [2] SADOCK, Benjamin J., SADOCK, Virginia A., RUIZ, Pedro. Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. Tenth edition vyd. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2017. 2 s. ISBN 978-1-4511-0047-1.
- [3] BYSTRITSKY, Alexander et al. Current Diagnosis and Treatment of Anxiety Disorders. Pharmacy and Therapeutics. 2013, roč. 38, č. 1, s. 30–57. ISSN 1052-1372.
- [4] MKCH – 10. Medzinárodná štatistická klasifikácia chorôb a príbuzných zdravotných problémov. 10. revízia. Obzor, 1993. 171 s. ISBN 80-215-0249-5.
- [5] CROCQ, Marc-Antoine. The history of generalized anxiety disorder as a diagnostic category. Dialogues in Clinical Neuroscience. 2017, roč. 19, č. 2, s. 107–116. ISSN 1958-5969.
- [6] RABOCH, J et al. PSYCHIATRIE: Doporučené postupy psychiatrické péče IV. Psychiatrická spoločnosť ČLS JEP, 2014. 204 s. ISBN 978-80-260-5792-5.
- [7] Anxiety Disorders Workup: Approach Considerations, Studies to Exclude Medical Disorders [online]. [cit. 2018-08-8]. Dostupné z: <https://emedicine.medscape.com/article/286227-workup?pa=57u1rbIBIfj5uE1eYfyE6q6zJbhGtoDCYjjz62W6GSlrNy9VV0OYISwrsydbxk2w8SIv18zjYv73GUyW5rsbWA%3D%3D>
- [8] NICE. Generalised anxiety disorder and panic disorder in adults: management. 2011.
- [9] CUIJPERS, Pim et al. Psychological treatment of generalized anxiety disorder: a meta-analysis. Clinical Psychology Review. 2014, roč. 34, č. 2, s. 130–140. doi: 10.1016/j.cpr.2014.01.002. ISSN 1873-7811.
- [10] FERENČÁKOVÁ, Ľ. Reálne možnosti liečby duševných porúch v súlade s SPC. Psychiatria pre prax. 2014, roč. 15, č. 3, s. 122–126.
- [11] MOHR, Pavel, A KOL. Klinická psychofarmakologie. Praha: Maxdorf Jessenius, 2017. 568 s. ISBN 978-80-7345-546-0.
- [12] STRAWN, Jeffrey R. et al. Pharmacotherapy for generalized anxiety disorder in adult and pediatric patients: an evidence-based treatment review. Expert Opinion on Pharmacotherapy. 2018, roč. 19, č. 10, s. 1057–1070. doi: 10.1080/14656566.2018.1491966. ISSN 1465-6566.
- [13] PEČEŇÁK, J., KOŘÍNKOVÁ, V., ET AL. Psychofarmakológia. Bratislava: Wolters Kluwer, 2016. 672 s. ISBN 978-80-8168-978-8/978-80-8168-542-2.[14] RICKELS, K. et al. Antidepressants for the treatment of generalized anxiety disorder. A placebo-controlled comparison of imipramine, trazodone, and diazepam. Archives of General Psychiatry. 1993, roč. 50, č. 11, s. 884–895. ISSN 0003-990X.
- [15] STEIN, Dan J. et al. Efficacy and safety of agomelatine (10 or 25 mg/day) in non-depressed out-patients with generalized anxiety disorder: A 12-week, double-blind, placebo-controlled study. European Neuropsychopharmacology: The Journal of the European College of Neuropsychopharmacology. 2017, roč. 27, č. 5, s. 526–537. doi: 10.1016/j.euroneuro.2017.02.007. ISSN 1873-7862.
- [16] GAMBI, Francesco et al. Mirtazapine treatment of generalized anxiety disorder: a fixed dose, open label study. Journal of Psychopharmacology (Oxford, England). 2005, roč. 19, č. 5, s. 483–487. doi: 10.1177/0269881105056527. ISSN 0269-8811.

- [17] BYSTRITSKY, Alexander et al. A pilot controlled trial of bupropion XL versus escitalopram in generalized anxiety disorder. *Psychopharmacology Bulletin*. 2008, roč. 41, č. 1, s. 46–51. ISSN 0048-5764.
- [18] PAE, Chi-Un et al. Vortioxetine: a meta-analysis of 12 short-term, randomized, placebo-controlled clinical trials for the treatment of major depressive disorder. *Journal of Psychiatry & Neuroscience : JPN*. 2015, roč. 40, č. 3, s. 174–186. doi: 10.1503/jpn.140120. ISSN 1180-4882.
- [19] CANADIAN AGENCY FOR DRUGS AND TECHNOLOGIES IN HEALTH. Short- and Long-Term Use of Benzodiazepines in Patients with Generalized Anxiety Disorder: A Review of Guidelines [online]. Ottawa (ON): Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health, 2014. CADTH Rapid Response Reports. [cit. 2018-08-7]. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK254091/>.
- [20] GOMEZ, Angelina F., BARTHEL, Abigail L., HOFMANN, Stefan G. Comparing the efficacy of benzodiazepines and serotonergic anti-depressants for adults with generalized anxiety disorder: a meta-analytic review. *Expert Opinion on Pharmacotherapy*. 2018, roč. 19, č. 8, s. 883–894. doi: 10.1080/14656566.2018.1472767. ISSN 1744-7666.
- [21] HUH, John et al. Treatment of Generalized Anxiety Disorder: A Comprehensive Review of the Literature for Psychopharmacologic Alternatives to Newer Antidepressants and Benzodiazepines. *The Primary Care Companion to CNS Disorders* [online]. 2011, roč. 13, č. 2, doi: 10.4088/PCC.08r00709blu. ISSN 2155-7772. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3184575/> [cit. 2018-08-8]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3184575/>
- [22] BALDWIN, David S et al. Evidence-based pharmacological treatment of anxiety disorders, post-traumatic stress disorder and obsessive-compulsive disorder: A revision of the 2005 guidelines from the British Association for Psychopharmacology. *Journal of Psychopharmacology*. 2014, roč. 28, č. 5, s. 403–439. doi: 10.1177/0269881114525674. ISSN 0269-8811, 1461-7285
- [23] DÓCI, I.; BEDNÁŘOVÁ, A.; VANČÍKOVÁ, J., 2011. Aktuálne názory na generalizovanú úzkostnú poruchu. In *Psychiatr. prax. Supl.*; 12(Supl. 1): 1316, ISSN 0303-4259
- [24] PRAŠKO, J., *Jak zvládnout generalizovanou úzkostnou poruchu: Semily, Galén, 2009, 84s. ISBN 978-80-7262-631-1*
- [25] PRAŠKOVÁ Hana , PRAŠKO Ján : *Úzkostné a fobické poruchy* , Galén, Praha 2000, 102s. ISBN 80-7262-039-8.

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.

**Andrea Kalavská, v. r.
ministerka**