

- I. Strach, úzkost nebo vyhýbání se nelze lépe vysvětlit symptomy jiné duševní poruchy – symptomy se například nevztahují ke specifické fobii situačního typu, nezahrnují pouze sociální situace (jako u sociální fobie) a nevztahují se výlučně k obsesím (jako u obsedantně-kompulzivní poruchy), domnělým vadám či nedostatkům tělesného vzezření (jako u dysmorfofobie), připomínkám traumatické události (jako u posttraumatické stresové poruchy) či strachu ze separace (jako u separační úzkostné poruchy).

Poznámka: Agorafobie je diagnostikována bez ohledu na přítomnost panické poruchy. Pokud projevy daného jedince naplňují kritéria pro panickou poruchu i agorafobii, měly by být stanoveny obě diagnózy.

Diagnostické znaky

Základním znakem agorafobie je značný či intenzivní strach nebo úzkost, které jsou vyvolány skutečnou či očekávanou expozicí nejrůznějšími situacím (kritérium A). Diagnóza vyžaduje výskyt symptomů, které se objevují alespoň ve dvou z pěti následujících situací: (1) používání hromadné dopravy, jako jsou automobily, autobusy, vlaky, lodě, letadla; (2) pobývání v otevřených prostorech, jako jsou parkoviště, nákupní střediska nebo mosty; (3) pobývání v uzavřených prostorech, jako jsou obchody, divadla či kina; (4) stání ve frontě či v davu; (5) pobyt o samotě mimo domov. Příklady situací nejsou vyčerpávající; jedinec se může obávat i jiných situací. Při prožívání strachu a úzkosti, které jsou způsobeny takovými situacemi, si jedinec zpravidla myslí, že se může přihodit něco hrozného (kritérium B). Když se objeví symptomy připomínající paniku či jiné zneschopňující či zahanbující symptomy, jedinec často věří, že útěk z těchto situací může být obtížný (např. „nemohu se odtud dostat“) nebo že pomoc může být nedostupná (např. „není tu nikdo, kdo by mi pomohl“), „Symptomy připomínající paniku“ odkazují ke kterémukoli ze 13 symptomů obsažených v kritériích pro panickou ataku, jako například nevolnost, mdloby či strach ze smrti. „Jiné zneschopňující či zahanbující symptomy“ zahrnují symptomy jako zvracení či symptomy zánětlivé střevní poruchy, stejně jako strach z pádu u starších osob či pocit dezorientace a strach, že se ztratí, u dětí.

Množství prožívaného strachu se může lišit podle toho, jak vzdálená je obávaná situace, a může se objevit, když agorafobickou situaci jedinec anticipuje nebo se v ní již ocitl. Strach či úzkost také může nabýt formy plně či omezeně vyjádřené panické ataky (tj. očekávaná panická ataka). Strach či úzkost se objeví téměř po každé, když se jedinec ocitne v kontaktu s obávanou situací (kritérium C). U jedince, který se v agorafobické situaci stává úzkostným pouze příležitostně (např. prožívá úzkost při čekání ve frontě jen v jednom z pěti případů), by agorafobie neměla být diagnostikována. Jedinec se agorafobickou situaci aktivně vyhýbá, a pokud toho není schopen nebo se rozhodne nevyhýbat, probouzí v něm situace intenzivní strach či úzkost (kritérium D). Aktivně se vyhýbat znamená, že se jedinec aktuálně chová způsobem, který je záměrně zvolen tak, aby kontakt s agorafobickou situací znemožnil či minimalizoval. Vyhýbání se může projevit jak v chování (např. změna denních zvyklostí, výběr práce blízko domova, aby jedinec nemusel využívat hromadnou dopravu, dovoz jídla domů či do práce, aby se vyhnul nutnosti vstoupit do obchodů a supermarketů), tak v oblasti kognice (např. snaží se rozptýlit, aby agorafobickou situaci přestál). Vyhýbání se může být tak závažné, že jedinec tráví veškerý čas doma. Konfrontaci s obávanou situací často lépe snáší za doprovodu společníka, například partnera, přítele či zdravotníka.

Strach, úzkost anebo vyhýbání nesmí být úměrné skutečnému ohrožení, které agorafobické situace a sociokulturní kontext představují (kritérium E). Odlišit klinicky významný agorafobický strach od odůvodněného strachu (např. opuštění domova během silné bouře) nebo od situací, které jsou považovány za nebezpečné

(např. chůze po parkovišti či používání hromadné dopravy v místě s vysokou kriminalitou) je důležité z mnoha důvodů. Za prvé, může být obtížné posoudit, co vede k vyhýbání v různých kulturách a sociokulturních kontextech (např. pro ortodoxní muslimky v některých částech světa je ze sociokulturního hlediska vhodné vyhýbat se samostatnému opuštění domova, a proto by se takové vyhýbání nemělo pokládat za známku agorafobie). Za druhé, starší dospělí mají tendenci nadměrně připisovat své obavy omezením souvisejícím s věkem a mají menší tendenci posuzovat své obavy vzhledem k reálnému riziku jako nepřiměřené. Za třetí, jedinci s agorafobií mají tendenci přeceňovat ohrožení ve vztahu k symptomům připomínajícím paniku či jiným tělesným symptomům. Agorafobie by měla být diagnostikována pouze v případě, že strach, úzkost nebo vyhýbání se přetrvává (kritérium F) a působí klinicky významnou nepohodu nebo funkční narušení ve společenské, pracovní nebo jiné důležité oblasti (kritérium G). Doba „trvání „6 měsíců nebo déle“ má vyloučit jedince s krátce zažívanými, přechodnými problémy. Kritérium doby trvání by však mělo být používáno jako obecné vodítko s tolerancí pro určitý stupeň flexibility.

Přidružené znaky podporující diagnózu

Ve svých nejzávažnějších formách může agorafobie způsobit, že jedinec je naprosto upoutaný doma, neschopný opustit svůj domov a závislý na ostatních ohledně služeb či pomoci i s uspokojováním základních potřeb. Časté jsou depresivní symptomy a demoralizace, stejně jako abúzus alkoholu a sedativ jako nevhodných forem samoléčby.

Prevalence

Diagnóza agorafobie je každoročně stanovena přibližně u 1,7 % adolescentů a dospělých. U žen je dvakrát vyšší pravděpodobnost, že budou postiženy agorafobií, než u mužů. Agorafobie se může objevit v dětství, avšak její výskyt vrcholí v pozdní adolescenci a rané dospělosti. Roční prevalence u jedinců starších 65 let je 0,4 %. Nezdá se, že by se hodnoty prevalence systematicky lišily mezi kulturními/rasovými skupinami.

Vývoj a průběh

Procento jedinců s agorafobií, kteří uvádějí panické ataky či panickou poruchu před nástupem agorafobie, se pohybuje od 30 % v obecné populaci po více než 50 % v klinické populaci. Většina jedinců s panickou poruchou vykazuje známky úzkosti a agorafobie před začátkem panické poruchy.

U dvou třetin všech případů agorafobie se začátek poruchy objevuje před 35. rokem. Existuje zvýšené riziko výskytu v pozdní adolescenci a časně dospělosti a údaje svědčící o druhé fázi zvýšeného rizika výskytu po 40. roce věku. Začátek poruchy v dětství je vzácný. Medián věku pro začátek agorafobie je 17 let, ačkoli věk, kdy porucha začne bez předchozích panických atak či panické poruchy, je 25–29 let.

Průběh agorafobie je typicky dlouhotrvající a chronický. Pokud není agorafobie léčena, je plná remise vzácná (10 %). S rostoucí závažností agorafobie se snižuje výskyt plné remise, avšak roste pravděpodobnost relapsu a chronicity. Řada dalších poruch, zejména jiné úzkostné poruchy, depresivní poruchy, poruchy užívání látek a poruchy osobnosti mohou komplikovat průběh agorafobie. Dlouhotrvající průběh a důsledky agorafobie jsou spojeny se značně zvýšeným rizikem sekundární velké depresivní poruchy, perzistentní depresivní poruchy (dystymie) a poruchy užívání látek.

Klinické projevy agorafobie jsou relativně stálé po celou dobu života, ačkoli typy agorafobických situací navozujících strach, úzkost či vyhýbání, stejně jako způsob přemýšlení, se mohou lišit. Například u dětí je nejčastěji obávanou situací

samostatný pobyt mimo domov, zatímco starší dospělí se nejčastěji obávají pobytu v obchodech, čekání ve frontě a pobytu v otevřených prostorách. Myšlenky se často týkají možnosti, že se jedinec ztratí (u dětí), zažívání symptomů připomínajících paniku (u dospělých) nebo pádů (u starších dospělých).

Nízká prevalence agorafobie u dětí může odrážet obtíže s popisováním symptomů, a tak může být při hodnocení malých dětí třeba vyžádat si informace z více zdrojů včetně rodičů či učitelů. Adolescenti, obzvláště muži, mohou být méně ochotní než dospělí otevřeně hovořit o agorafobickém strachu a vyhýbání; nicméně agorafobie se může objevit před dosažením dospělosti a měla by být posuzována u dětí a adolescentů. U starších dospělých jsou často jako příčina jejich strachu či vyhýbání se zmiňovány komorbidní somatické symptomy, stejně jako motorické obtíže (např. pocit padání či zdravotní komplikace). V těchto případech je třeba zvláště pečlivě posoudit, zda jsou strach a vyhýbání vzhledem k reálnému ohrožení neopodstatněné.

Rizikové a prognostické faktory

Temperamentové. Inhibované chování a neurotické dispozice (např. negativní afektivita [neuroticismus] a úzkostlivost) jsou velmi blízce spojeny s agorafobií a objevují se u většiny úzkostných poruch (fobické poruchy, panické poruchy, generalizovaná úzkostná porucha). Pro jedince s agorafobií je také charakteristická úzkostlivost (sklony k přesvědčení, že symptomy úzkosti jsou zdraví škodlivé).

Environmentální. Se začátkem agorafobie jsou spojeny negativní události v dětství (např. odloučení od rodičů, smrt rodiče) a jiné stresující události, jako napadení nebo okradení. Jedinci s touto poruchou mimo jiné popisují rodinnou výchovu a prostředí jako méně vřelé nebo hyperprotektivní.

Genetické a fyziologické. Dědičnost se u agorafobie projevuje v 61 %. Z různých fobií má právě agorafobie nejvyšší spojitost s genetickými vlivy, jež představují dispozici k fobiím.

Diagnostické faktory vázané na pohlaví

U žen se vyskytují jiné vzorce komorbidních onemocnění než u mužů. V souladu s rozdíly mezi pohlavími v prevalenci duševních poruch mají muži vyšší míru komorbidity s poruchami užívání látek.

Funkční důsledky agorafobie

Agorafobie je spojena se značným funkčním narušením, nezpůsobilostí v plnění společenských rolí, pracovním výkonu a kvůli dnům pracovní neschopnosti. Závažnost agorafobie významně determinuje stupeň neschopnosti, a to bez ohledu na přítomnost komorbidní panické poruchy, panických atak a jiných komorbidních onemocnění. Více než třetina jedinců s agorafobií je zcela vázána na domácí prostředí a není schopna pracovat.

Diferenciální diagnóza

Jsou-li splněna diagnostická kritéria pro agorafobii a jiné poruchy, měly by být obě diagnózy brány v potaz, dokud se nevyloučí, že přítomný strach, úzkost nebo vyhýbání je důsledkem jiného somatického onemocnění. V některých případech může pomoci zvážení kritérií a klinická rozvaha.

Specifická situační fobie. Odlišení agorafobie od specifické situační fobie může být v některých případech velmi obtížné, protože tyto poruchy mají mnoho společných charakteristických symptomů a kritérií. Specifická situační fobie by měla

být oproti agorafobii diagnostikována v případě, že se strach, úzkost nebo vyhýbání omezují na některou z agorafobických situací. Značný význam pro odlišení agorafobie od specifických fobií, zvláště od specifické situační fobie, mají obavy z dvou či více agorafobických situací. Mezi další odlišující charakteristiky patří kognitivní ideace.

Pokud tedy obavy ze situace pramení z jiného důvodu, než jsou panické nebo jiné omezující či zahanbující symptomy (např. obavy z přímého poškození při havárii letadla u lidí, kteří se bojí létání), byla by vhodnější diagnóza specifické fobie.

Separáční úzkostná porucha. Separáční úzkostná porucha může být od agorafobie nejlépe odlišena vyšetřením kognitivních schémat. U separáční úzkostné poruchy jsou myšlenky soustředěny zejména na odloučení od blízkých osob (např. rodičů a jiných významných druhých osob) a domácího prostředí, zatímco u agorafobie je kladen důraz na symptomy paniky nebo jiné zneschopňující či zahanbující symptomy v obávaných situacích.

Sociální úzkostná porucha (sociální fobie). Agorafobie by měla být od sociální fobie odlišena na základě situačních faktorů, které spouští strach, úzkost, nebo vyhýbání se různým situacím a kognitivní představám. U sociální úzkostné poruchy je podstatný strach jedince z toho, že bude negativně hodnocen okolím.

Panická porucha. Pokud jsou splněna kritéria pro panickou poruchu, neměla by být agorafobie diagnostikována v případě, že se chování spojené s panickými atakami nevztahuje k vyhýbání se dvěma nebo více agorafobickým situacím.

Akutní stresová reakce a posttraumatická stresová porucha. Akutní stresová reakce a posttraumatická stresová porucha (PTSD) lze od agorafobie odlišit pomocí zjištění, zda strach, úzkost nebo vyhýbání jsou spojeny pouze se situacemi, které jedinci připomínají traumatickou událost. Jsou-li strach, úzkost nebo vyhýbání omezeny pouze na připomenutí si události a pokud se vyhýbavé chování nevztahuje na dvě nebo více agorafobických situací, není diagnóza agorafobie vhodná.

Velká depresivní porucha. Důvodem, proč se jedinci vyhýbají opuštění domova, je apatie, ztráta energie, nízké sebevědomí a anhedonie. Pokud vyhýbání nesouvisí s obavami z paniky nebo se zneschopňujícími či zahanbujícími symptomy v obávaných situacích, neměla by být agorafobie diagnostikována.

Jiná somatická onemocnění. Pokud má vyhýbání se situacím fyziologickou příčinu, na agorafobii neupozorujeme. Zhodnocení se provádí na základě anamnézy, laboratorních nálezů a fyziologického vyšetření. Mezi další relevantní somatická onemocnění může patřit neurodegenerativní onemocnění, jenž má spojitost s motorickým třesem (např. Parkinsonova nemoc, roztroušená skleróza), stejně jako kardiovaskulární onemocnění. Jedinci s určitými zdravotními obtížemi se mohou situacím vyhýbat kvůli realistickým obavám z neschopnosti (např. mdloby u jedince s přechodnou ischemickou příhodou) nebo ze zahanbení (např. průjem u jedinců s Crohnovou nemocí). Diagnóza agorafobie by měla být stanovena pouze v případě, že strach nebo vyhýbání je značně vyšší, než je pro zdravotní stav obvyklé.

Komorbidita

Většina jedinců s agorafobií má také jiné duševní poruchy. Nejčastějšími komorbidními diagnózami jsou jiné úzkostné poruchy (např. specifická fobie, panická porucha, sociální úzkostná porucha), depresivní poruchy (velká depresivní porucha), PTSD a porucha užívání alkoholu. Zatímco jiné úzkostné poruchy (např. separáční

úzkostná porucha, specifické fobie, panická porucha) často agorafobii předcházejí, depresivní poruchy a poruchy užívání látek většinou vedou k agorafobii druhotně.

Generalizovaná úzkostná porucha 300.02 (F41.1)

Diagnostická kritéria

- Nadměrná úzkost a strach (očekávané obavy) z každodenních aktivit a událostí (pracovní, školní), vyskytující se většinu dní během období alespoň 6 měsíců.
- Pro jedince je velmi obtížné tyto obavy ovládat.
- Úzkost a obavy mají spojitost se třemi (nebo více) z následujících šesti příznaků (kdy alespoň jeden z nich musí být přítomen většinu dní v období alespoň 6 měsíců):

Poznámka: U dětí stačí pouze jeden z příznaků.

 - Neklid či pocit napjatosti.
 - Snadná unavitelnost.
 - Obtížné soustředění se nebo pocit „prázdnoty mysli“.
 - Podrážděnost.
 - Svalové napětí.
 - Obtíže s usínáním (obtížné usínání, udržení spánku nebo nedostatečný spánek).
- Úzkost, obavy nebo somatické příznaky jsou příčinami klinicky významné nepohody nebo funkčního narušení v sociální, pracovní nebo jiné důležité oblasti.
- Porucha není způsobena fyziologickým účinkem látky (abúzem drogy nebo léky) ani jiným somatickým onemocněním (např. hypertyreóza).
- Poruchu nelze lépe vysvětlit jinou duševní poruchou, jako je např. úzkost nebo obavy z panické ataky (panická porucha), negativní hodnocení u sociální úzkostné poruchy (sociální fobie), znečištění nebo jiná obsese (u obsedantně-kompulzivní poruchy), odloučení od osob, k nimž si jedinec vytvořil citovou vazbu (separační úzkost), připomínání traumatických událostí (posttraumatická stresová porucha), nabírání na váze (mentální anorexie), somatické obtíže (porucha se somatickými příznaky), domnělé tělesné nedostatky (dysmorfofobie), obavy z vážného onemocnění (při nozofobii) nebo obsah bludných přesvědčení u schizofrenie či u poruchy s bludy.

Diagnostické znaky

Základním rysem generalizované úzkostné poruchy je nadměrná úzkost a strach (znepokojené očekávání) z množství událostí a aktivit. Intenzita, trvání nebo frekvence úzkosti a strachu je v nepoměru k pravděpodobnosti nebo dopadu předpokládané události. Pro jedince je velmi obtížné těmto obavám nepodléhat a odklánět pozornost od znepokojujících a vtíravých myšlenek. Dospělí s generalizovanou úzkostnou poruchou se většinou obávají každodenních, rutinních situací, jako je možná pracovní odpovědnost, záležitosti spojené se zdravím a penězi, zdraví členů rodiny, neštěstí jejich dětí nebo podružné záležitosti (např. vykonávání domácích prací, pozdní příchod na schůzku). Děti s generalizovanou úzkostnou poruchou mají tendenci se přehnaně zabývat svými schopnostmi nebo kvalitou výkonu. V průběhu onemocnění se může zaměření obav měnit.

Generalizovaná úzkostná porucha se od nepatologické úzkosti liší mnoha diagnostickými znaky. Především jsou obavy spojené s generalizovanou úzkostnou

poruchou vystupňované a většinou významně zasahují do psychosociálních funkcí, zatímco obavy v rámci běžného života nejsou nepřiměřené a jsou vnímány jako lépe zvládnutelné a je možné je nechat být, když se objeví více neodkladných záležitostí. Navíc jsou obavy spojené s generalizovanou úzkostnou poruchou pronikavější, zřetelnější a nepříjemnější. Mají delší trvání a často se vyskytují bezdůvodně. Čím širší je rozsah životních událostí, kterých se jedinec obává (např. finance, bezpečí dětí, pracovní výkon), tím vyšší je pravděpodobnost, že jedincovy příznaky splní kritéria pro generalizovanou úzkostnou poruchu. Každodenní obavy jsou mnohem méně doprovázeny somatickými symptomy (např. neklidem nebo pocitem napjatosti). U jedinců s generalizovanou úzkostnou poruchou se objevuje nepohoda v důsledku neustálých obav a funkční narušení v sociální, pracovní nebo jiných důležitých oblastech.

Úzkost a obavy jsou doprovázeny nejméně třemi následujícími přidruženými příznaky: neklid nebo pocit napjatosti či podráždění, snadná unavitelnost, problémy soustředit se nebo pocit „prázdny mysli“, iritabilita, svalová tenze a poruchy spánku. U dětí stačí pouze jeden z příznaků.

Přidružené znaky podporující diagnózu

Se svalovým napětím může být spojen třes, záškuby, rozechvělost a pobolívání nebo bolest svalů. Lidé trpící generalizovanou úzkostnou poruchou často zažívají somatické příznaky (např. pocení, nevolnost, průjem) a nadměrné úlekové reakce. Příznaky přehnané excitace (např. zrychlený srdeční tep, dušnost, závratě) jsou u generalizované úzkostné poruchy méně významné než u jiných úzkostných poruch, jako např. u panické poruchy. Generalizovanou úzkostnou poruchu často provázejí další onemocnění, která mohou být spojena se stresem (např. syndrom dráždivého tračnicku, bolesti hlavy).

Prevalence

Roční prevalence generalizované úzkostné poruchy je v běžné populaci v USA 0,9 % u adolescentů a 2,9 % u dospělých. Roční prevalence této poruchy v jiných zemích se pohybuje v rozmezí 0,4–3,6 %. Celoživotní riziko poruchy je 9,0 %. Ženy bývají postiženy generalizovanou úzkostnou poruchou dvakrát častěji než muži. Prevalence diagnózy vrcholí ve středním věku a klesá v průběhu pozdějšího věku. Jedinci evropského původu trpí touto poruchou více než jedinci neevropského původu (Asiaté, Afričané, rodilí Američané a domorodí obyvatelé ostrovů v Pacifiku). Navíc se uvádí, že jedinci z rozvinutých zemí zažili některý z příznaků, který splňuje kritéria pro generalizovanou úzkostnou poruchu, častěji než jedinci z nerozvinutých zemí.

Vývoj a průběh

Mnoho jedinců s generalizovanou úzkostnou poruchou uvádí, že zažívají pocit úzkosti a nervozity po celý svůj život. Medián věku v době začátku generalizované úzkostné poruchy je 30 let, i když rozptyl věku v době začátku poruchy je velmi široký. Medián věku v době začátku poruchy je pozdější než u jiných úzkostných poruch. Nadměrné obavy a úzkosti se mohou projevit již v raném věku, pak jsou však brány jako projev úzkostného temperamentu. Porucha jen zřídka začíná před dospíváním. Příznaky tohoto onemocnění mají tendenci být chronické s nárůstem a slábnutím v průběhu celého života a přecházejí mezi syndromální a sub-syndromální formou onemocnění. Plná remise se vyskytuje zřídka.

Klinické projevy generalizované úzkostné poruchy jsou v průběhu života poměrně stálé. Hlavní rozdíly mezi věkovými skupinami spočívají v obsahu obav jedince. Děti a dospívající mají tendenci se více obávat školy a sportovních výkonů, zatímco starší dospělí se více strachují o blaho rodiny nebo o svůj zdravotní stav. Obsah obav tedy bývá přiměřený věku. Příznaky u mladších jedinců bývají závažnější než u starších osob.

Čím dříve se v životě jedince objeví příznaky, jež splňují kritéria pro generalizovanou úzkostnou poruchu, tím vyšší je komorbidita a závažnost poruchy. Začátek chronického fyzického onemocnění může být ve stáří vážným podnětem ke zvýšeným obavám. U chřadnoucích starších osob mohou obavy o vlastní bezpečí omezit jejich aktivity (zejména obava z pádu). Jedinci, kteří současně trpí kognitivní poruchou, mají často obavy o to, kam si uložili své věci, což se zdá být pochopitelné.

U dětí a dospívajících s generalizovanou úzkostnou poruchou se úzkosti a obavy soustřeďují zejména na kvalitu jejich výkonnosti a způsobilosti ve škole nebo ve sportovních aktivitách, i když jejich výkony nejsou druhými hodnoceny. Jejich obavy se mohou týkat také přesnosti, ale i katastrofických událostí, jakými jsou zemětřesení nebo jaderná válka. Děti s touto poruchou mohou být přehnaně přizpůsobivé, pečlivé a nejisté samy sebou. Mají tendenci často opakovat úkoly, protože jsou nespokojené se svým výkonem, který podle nich není perfektní. Velmi horlivě se snaží získat ujištění a pochvalu týkající se jejich výkonu a věcí, kterých se obávají.

Generalizovaná úzkostná porucha může být u dětí často nadměrně diagnostikována. Uvažuje-li se o této diagnóze u dětí, je důležité důkladně zvážit, zda tyto obavy nelze lépe vysvětlit jinou dětskou úzkostnou poruchou či dalšími dětskými duševními poruchami. Separační úzkostná porucha, sociální úzkostná porucha (sociální fobie) a obsedantně-kompulzivní porucha jsou často doprovázeny obavami, které se mohou podobat obavám popsaným u generalizované úzkostné poruchy. Například dítě se sociální úzkostnou poruchou se může obávat školního výkonu ze strachu z ponížení. Obavy z onemocnění mohou být také lépe vysvětleny separační úzkostnou poruchou nebo obsedantně-kompulzivní poruchou.

Rizikové a prognostické faktory

Temperamentové. S generalizovanou úzkostnou poruchou je spojeno inhibované chování, negativní afektivita (neuroticismus) a vyhýbání se rizikovým situacím.

Environmentální. Ačkoli je s generalizovanou úzkostnou poruchou spojeno strádání v dětství a hyperprotektivní rodičovská péče, jiné vlivy prostředí nemají ke generalizované úzkostné poruše specifický vztah nebo nejsou nezbytnými či dostatečnými argumenty pro stanovení diagnózy.

Genetické a fyziologické. Na vzniku generalizované úzkostné poruchy se z jedné třetiny podílí genetické faktory. Tyto faktory se překrývají s faktory zvyšujícími riziko vzniku neuroticismu a objevují se i u jiných úzkostných poruch a poruch nálady, zvláště u velké depresivní poruchy.

Kulturní faktory ovlivňující diagnózu

U projevů generalizované úzkostné poruchy je třeba zvažovat kulturní rozdíly. V některých kulturách se porucha projevuje převážně somatickými příznaky, zatímco v jiných převládají spíše kognitivní symptomy. Tento rozdíl může být patrnější při první manifestaci než později, protože další symptomy se projeví v průběhu poruchy. Neexistují zatím žádné informace, které by potvrdily vztah mezi kulturou a zvýšenými obavami, i když témata obav mohou být pro danou kulturu specifická. Při posuzování, zda jsou obavy přehnané, nebo ne, je velmi důležité zvážit sociální a kulturní prostředí jedince.

Diagnostické faktory vázané na pohlaví

V klinických podmínkách je generalizovaná úzkostná porucha diagnostikována o něco více u žen než u mužů (okolo 55–60 % osob s touto poruchou jsou ženy). V epidemiologických studiích jsou to přibližně ze dvou třetin ženy. Ženy a muži

s touto poruchou mají stejné příznaky, ale projevují se u nich různé vzorce komorbidity nevycházející z pohlavních rozdílů v prevalenci onemocnění. U žen je komorbidita značně omezena na úzkostnou poruchu a unipolární depresi, kdežto u mužů se více vztahuje k poruše užívání látek.

Funkční důsledky generalizované úzkostné poruchy

Nadměrné obavy zhoršují jedincovu schopnost dělat věci doma i v práci rychle a efektivně. Tyto obavy ubírají čas a energii, k čemuž dále přispívají přidružené příznaky svalové tenze, pocity napětí, únava, obtížné soustředění a poruchy spánku. Nadměrné obavy u jedinců s generalizovanou úzkostnou poruchou mohou ovlivnit jejich schopnost podporovat sebevědomí svých dětí.

Generalizovaná úzkostná porucha je významně spojena s funkční neschopností a nepohodou, které je nezávislé na komorbidních onemocněních. Většinou jsou jedinci s touto poruchou, kteří se neléčí v žádném zařízení, středně až těžce zdravotně postižení. Generalizovaná úzkostná porucha je v americké populaci příčinou 110 milionů dnů pracovní neschopnosti za rok.

Diferenciální diagnóza

Úzkostná porucha způsobená jiným somatickým onemocněním. Diagnóza úzkostné poruchy způsobené jiným somatickým onemocněním by měla být stanovena, jestliže jsou jedincova úzkost a obavy posouzeny jako důsledek jiného somatického onemocnění na základě anamnézy, laboratorních nálezů nebo fyziologického vyšetření (např. feochromocytom, hypertyreóza).

Úzkostná porucha vyvolaná látkou/léky. Úzkostná porucha vyvolaná látkou/léky se od generalizované úzkostné poruchy liší tím, že látka nebo lék (např. zneužívaná droga, vystavení toxické látce) má k úzkosti etiologický vztah. Například závažná úzkost, která se vyskytuje pouze v souvislosti s těžkým požíváním kávy, by byla diagnostikována jako úzkostná porucha vyvolaná užíváním kofeinu.

Sociální úzkostná porucha. Jedinci se sociální úzkostnou poruchou často prožívají anticipační úzkost, která se váže k nadcházející sociální situaci, v níž musí jedinec předvést výkon nebo je hodnocen druhými. Jedinci s generalizovanou úzkostnou poruchou naproti tomu prožívají obavy bez ohledu na to, zda jsou, nebo nejsou hodnoceni.

Obsedantně-kompulzivní porucha. Přehnané obavy provázející generalizovanou úzkostnou poruchu se od obsedantních myšlenek u obsedantně-kompulzivní poruchy liší v několika rysech. U generalizované úzkostné poruchy směřují obavy k nadcházejícím problémům, a právě nepřiměřenost obav je zde abnormální. U obsedantně-kompulzivní poruchy mají obsese formu nevhodných myšlenek, nutkání nebo představ, které jsou rušivé a nežádoucí.

Posttraumatická stresová porucha a porucha přizpůsobení. U posttraumatické stresové poruchy je úzkost přítomná stále. Generalizovaná úzkostná porucha není diagnostikována, pokud lze příznaky úzkosti a obav lépe vysvětlit příznaky posttraumatické stresové poruchy. Úzkost se může objevit také u poruchy přizpůsobení, ale tato zbývající kategorie by měla být užita pouze v případě, že nenacházíme kritéria pro žádnou jinou poruchu (včetně generalizované úzkostné poruchy). U poruchy přizpůsobení se mimo jiné projevuje úzkost v reakci na rozpoznatelný stresor v průběhu 3 měsíců, a nepřetrvává déle než 6 měsíců po vymizení stresoru nebo jeho následků.