

leczeniem pierwszego rzutu o najwyższej skuteczności udokumentowanej badaniami. U większości pacjentów celowe jest połączenie jej z **farmakoterapią** – nowoczesne leki przeciwdepresyjne oraz anksjolityczne potrafią znacząco zmniejszyć objawy lęku i napięcia. Szczególnie ważne jest jednak, by farmakoterapia była prowadzona świadomie: leki należy stosować wystarczająco długo i odstawić stopniowo, by zminimalizować ryzyko nawrotu. Psychoterapia wyposaża pacjenta w narzędzia radzenia sobie z lękiem, co ma efekt długoterminowy i chroni przed nawrotami nawet po zakończeniu leczenia farmakologicznego. Włączenie metod **mindfulness** oraz technik relaksacyjnych dodatkowo wspiera pacjenta w osiągnięciu lepszej kontroli nad reakcjami fizjologicznymi i natłokiem myśli lękowych. Studium przypadku przedstawione w pracy ilustruje, że nawet wieloletni GAD może ulec znacznej poprawie, jeśli pacjent otrzyma kompleksową pomoc i zaangażuje się aktywnie w proces zdrowienia.

Wnioskiem płynącym z całości omówionego materiału jest podkreślenie, że zaburzenie lęku uogólnionego wymaga traktowania z należytą powagą jako jednostka mogąca istotnie upośledzać funkcjonowanie, ale jednocześnie jest to zaburzenie **leczone**. Skuteczność terapii – zwłaszcza CBT – w redukcji objawów GAD została potwierdzona w wielu badaniach i metaanalizach. Wprowadzenie w życie strategii zapobiegania nawrotom i nauczenie pacjenta samodzielnego radzenia sobie z lękiem to klucz do długofalowego sukcesu terapeutycznego. Niezbędne jest również dalsze prowadzenie badań naukowych nad etiologią GAD, co może przyczynić się do udoskonalania metod leczenia – przykładowo rozwijane są nowe interwencje, takie jak terapie ukierunkowane na procesy poznawcze (np. modyfikacja tendencyjności uwagi) czy wykorzystanie nowoczesnych technologii (terapia internetowa, VR). **David Barlow** i **Michelle Craske**, czołowi badacze zaburzeń lękowych, zwracają uwagę, że przyszłość terapii GAD leży w podejściach

Podsumowanie i wnioski

Zaburzenie lęku uogólnionego (GAD) jest złożoną i przewlekłą jednostką chorobową z kręgu zaburzeń lękowych, charakteryzującą się nadmiernym, uogólnionym lękiem i ciągłym zamartwianiem się wieloma sprawami. W pracy przedstawiono pełny obraz tego zaburzenia – od kryteriów diagnostycznych DSM-5 i ICD-11, przez mechanizmy psychopatologiczne, aż po różne podejścia teoretyczne wyjaśniające jego etiologię. Kluczową cechą GAD jest “wolnoptynący” charakter lęku, który nie ogranicza się do żadnej konkretnej sytuacji, lecz przenika większość obszarów życia pacjenta. Wysoka częstość współchorobowości z depresją i innymi zaburzeniami lękowymi sprawia, że prawidłowa diagnoza bywa wyzwaniem, ale jest niezbędna dla wdrożenia skutecznego leczenia. Wśród modeli teoretycznych szczególnie dobrze udokumentowany jest model poznawczo-behawioralny – wskazujący na rolę nietolerancji niepewności, błędnych przekonań i unikowych strategii radzenia sobie, które paradoksalnie podtrzymują lęk. Komplementarne spojrzenie oferuje terapia akceptacji i zaangażowania, akcentująca znaczenie akceptacji doznań i życia zgodnego z wartościami mimo lęku. Modele psychodynamiczne dodają perspektywę historyczno-rozwojową, sugerując, że uogólniony lęk może wynikać z głęboko zakorzenionych wzorców emocjonalnych, jak lęk przed opuszczeniem czy tłumiona złość. Z kolei badania neurobiologiczne potwierdzają, że GAD ma istotny komponent biologiczny – dysregulację neurotransmiterów (GABA, serotonina, noradrenalina) oraz zwiększoną pobudliwość struktur lękowych mózgu.

Postępowanie terapeutyczne w GAD powinno być wielotorowe. Zgodnie z najnowszymi standardami, **psychoterapia poznawczo-behawioralna** jest

Spis Treści

Wstęp	3
Klasyfikacja DSM-5 i ICD-11	5
Psychopatologia.....	7
Diagnozowanie i różnicowanie	10
Przegląd modeli teoretycznych	13
Opis skutecznych metod leczenia	20
Strategie zapobiegania nawrotom	25
Podsumowanie i wnioski.....	31
Bibliografia	34