

# Neurotické poruchy F 4x.x dle MKN 10

Seminář pro V. ročník LF MU

MUDr.T.Kašpárek

Psychiatrická klinika LF MU

# Úvod I.

- **Neurózy**

- etiologická klasifikace:

- psychózy-neurózy-reakce-organické poruchy-  
psychopatie

- neuróza = souvislost s intrapsychickými konflikty

- fenomenologická klasifikace

- typické shluky příznaků určující pro diagnózu
    - vyhýbání se úvahám o etiologii – neexistence  
všeobecně platných teorií

**NEURÓZA = ANACHRONISMUS**

# Úvod II: „Neurózy“

- Úzkostné poruchy
- Disociativní/konverzní poruchy
- Somatoformní poruchy
- Jiné neurotické poruchy

# Úzkost a její kontext

- úzkost jako adaptivní mechanismus –  
příprava organismu v nebezpečných  
situacích + vyhýbání se jim

ÚTĚK nebo BOJ

- úzkost v nepřiměřených situacích či  
nepřiměřené intenzity a četnosti

NEMOC

# Teorie etiologie patologické úzkosti

- Traumata v dětství (kritická vývojová fáze)
  - ztráta blízké osoby (separační trauma)
  - fyzické a psychické zneužívání, zanedbávání
  - nedostatek bezpečného rodinného zázemí



- Přetrvávající změna regulace stresové reakce
  - zvýšení aktivity HPA osy
    - nadměrná sekrece CRF, souvislost se změnami glukokortikoidních receptorů v hippocampu?
  - ovlivnění neurogeneze a plasticity
  - změny aktivity neurotransmiterů

# Příznaky úzkosti

- Somatické
  - vegetativní hyperaktivita
    - palpitace, zrychlený pulz, pocení, třes, sucho v ústech
  - příznaky v obl. hrudníku a břicha
    - obtížné dýchání, pocit zalykání se, nedostatku vzduchu, nepříjemné pocity/bolesti hrudníku, nauzea, dyspepsie
  - celkové příznaky
    - návaly horka, chladu, znecitlivění, mravenčení, závratě, točení hlavy, mdloby
- Psychické
  - neklid
  - strach ze smrti, ztráty kontroly, „zešílení“
  - depersonalizace, derealizace

# Úzkostné poruchy – MKN 10

- Fobické úzkostné poruchy
  - Sociální fobie a agorafobie
- Jiné úzkostné poruchy
  - Panická porucha, Generalizovaná úzkostná porucha, Úzkostně depresivní porucha
- Obsedantně kompulzivní porucha
- Reakce na stres a poruchy přizpůsobení

# Fobické úzkostné poruchy I.

- Společné rysy
  - fobie = úzkost vázaná na specifickou situaci, která běžně u lidí úzkost nebudí, je uvědomovaná jako nepřiměřená reakce
  - anticipační úzkost
  - vyhýbavé chování



# Fobické úzkostné poruchy II.

- Agorafobie
  - veřejná prostranství, dav, cestování, opuštění domova i uzavřené prostory
  - „nedostupnost pomoci“
- Sociální fobie
  - sociální situace – obava z negativního hodnocení
  - kromě spol. příznaků:
    - červenání se, tremor
    - strach ze zvracení
    - potřeba močení/defekace nebo strach z pomočení/pokálení ve společenské situaci

# Jiné úzkostné poruchy I.:

## Panická porucha

- opakovaný výskyt epizod panické úzkosti
  - náhlý začátek s rychlým dosažením maxima, ohraničené trvání (max. hodina)
  - úzkost se svými **somatickými** (považovány za vedoucí) a psychickými projevy
  - zvláště strach ze ztráty sebekontroly, ze smrti, ze „zešílení“
  - není přítomna ohrožující situace

# Jiné úzkostné poruchy II.:

## Generalizovaná úzkostná porucha

- trvalá úzkost a obavy z obecných situací
- zvýšené svalové napětí, neschopnost uvolnit se
- zvýšená úleková reaktivita, hypoprosexie, iritabilita, hyposomnie s obtížným usínáním
- trvá 6 měsíců

# Jiné úzkostné poruchy III.:

## Smíš. úzkostně depresivní porucha

- subsyndromální deprese a úzkost
  - ani jeden syndrom není vyjádřen v takové míře, aby bylo možné diagnostikovat depresivní či jinou úzkostnou poruchu
- „depresivní neuróza“ starých klasifikací
  - odrážela etiologii: intrapsychické konflikty vs. endogenní „depresivní psychóza“

# Obsedantně kompulzivní porucha

- Obsese: opakované stereotypní vtírající se nežádoucí a rušivé psychické obsahy. Vnímány jako nesmyslné, avšak vlastní psych. prožitky, vyvolávají úzkost.
- Kompulze: opakované stereotypní jednání či duševní činnost, má zabránit úzkosti z obsahu obsesí.

# Reakce na stres I.

- Akutní reakce na stres
  - stresová situace = vyjímečně závažná traumatická, katastrofická událost
  - okamžitý rozvoj příznaků
    - inic. stádium: „ustrnutí“, snížená schopnost chápat podněty a reagovat na ně
    - navazuje další omezení aktivity (až disociativní stupor) nebo aktivita (často neúčelná, agitace, úteková reakce)
    - emoční projevy: zloba, zoufalství, strach, panická úzkost
  - včasná pomoc zabraňuje pozdním následkům –  
Posttraumatická stresová porucha, Posttraumatická porucha osobnosti

# Reakce na stres II.

- Postraumatická stresová porucha
  - vznik do 6 měsíců od traumatické události
  - znovuprožívání události
  - úzkost při situacích připomínajících (i symbolicky) stresovou událost + vyhýbání se jim (i myšlenkám, vzpomínkám; amnézie)
  - pocit „necitlivosti“, odcizení, anhedonie, emoční oploštění
  - sebeobviňování (vina za průběh událostí), sebeodevaluace
  - přecitlivělost – obtížné usínání, iritabilita, hypoprosexie, zvýšená ostražitost, zvýrazněná úleková reakce

# Disociativní/konverzní poruchy I.

- ztráta jednotícího stavu vědomí, ztráta normální integrace mezi vzpomínkami, vědomím identity, bezprostředními pocity a ovládním těla
- „**disociace**“: experimentální hypnóza – odštěpení části obsahu vědomí se samostatnými projevy.
- „**konverze**“: psychoanalýza – převod „nepovolených“ emocí na tělesné projevy na základě symbolických vztahů
- „**sekundární zisky**“
- „**psychogenní původ**“: úzká časová souvislost s emočně významnou událostí, traumaty, neřešitelnými nebo nesnesitelnými problémy, narušenými vztahy; popírání jejich existence



# Disociativní/konverzní poruchy II.

- Disociativní amnézie
- Disociativní fuga
- Disociativní stupor
- Trans a stavy posedlosti
- Disociativní křeče
- Disociativní senzorické poruchy, poruchy motoriky
  - „rukavicová anestezie“, slepota nerespektující zorná pole...

# Somatoformní poruchy I.

- koncept „somatizace úzkosti“
- opakované stížnosti na tělesné příznaky, které nemají korelát v tělesném onemocnění, i přes ujištění o negativních nálezech
- návaznost na stresové události či problémy
- sekundární zisky

# Somatoformní poruchy II.

- Hypochondrická porucha
  - 6 měsíců obava z přítomnosti závažného **onemocnění** na základě nerealistické interpretace běžných tělesných projevů, či přesvědčení o **tělesné deformitě/zohyzdění**; vyžadují jejich léčbu
- Somatizační porucha
  - 2 roky stížnost na som. **příznaky**, naléhání na jejich diagnostiku
  - příznaky proměnlivé, rozmanité
  - **bolesti, GIT příznaky** – dyspepsie - **sexuální symptomy** - ztráta libida, sex. dysfunkce, nepravidelnost rytmu a míry menstruace – **neurologické příznaky** – slabost, potíže s polykáním, „knedlík v krku“
- Další: **Somatoformní vegetativní dysfunkce** (příznaky vegetativní dysbalance), **Přetrvávající bolestivá somatoformní porucha** (6 měs. algie často nerespektující inervaci)

# Jiné neurotické poruchy

- Neurastenie („dráždivá slabost“)
  - typ 1: zvýšená duševní únavnost
  - typ 2: zvýšená fyzická únavnost
- Syndrom depersonalizace a derealizace
  - depersonalizace – pocit odtržení od prožívání sebe sama
  - derealizace – pocit odtržení od okolního dění

# Terapie I.

- Psychoterapie – KBT, dynamická psychoterapie...
- Farmakoterapie – 1. volbou SSRI
  - Antidepresiva
    - SSRI, SNRI
  - Anxiolytika
    - benzodiazepiny
    - nebenzodiazepinová anxiolytika
      - propandioly: guaifenezin – spíše na příznaky „tenze“ – relaxuje, menší vliv na psych. komponenty úzkosti
      - azapirony: buspiron (5HT<sub>1A</sub>R) – účinnost BZD bez jejich NÚ; délka nástupu účinku
      - Antihistaminika: hydroxyzin
  - Antikonvulziva
    - **gabapentin**, lamotrigin, topiramát
  - Betablokátory
    - som. projevy úzkosti, lépe jednorázové použití

# Terapie II.: Benzodiazepinová anxiolytika

- pozitivní je rychlý nástup účinku
- negativní jsou behaviorální/kognitivní toxicita, paradoxní excitace, rebound fenomén, závislost + odvykací syndrom, potenciace s alkoholem
- **u úzkostných poruch je zvýšené riziko závislosti – nepodávat BZD dlouhodobě!!!**
- Receptorové mechanismy:
  - omega1-GABA-R: sedace, anterográdní amnézie, antikonvulzivní účinek
  - omega2-GABA-R: anxiolytický účinek
  - částeční agonisté GABA-R: mimo vazebné místo BZD, přímo ovlivňují Cl kanál: tofizopam
    - nemá sedativní účinek, zlepšuje kognit. funkce x mírný-střední anxiolytický účinek

# Literatura

- Höschl C., Libiger J, Švestka J.:  
Psychiatrie, Tigis s.r.o., Praha, 2002, 895 s.