

NEUROTICKÉ PORUCHY

Psychiatrická klinika
FN Brno
Mgr. Tereza
Knejzlíková

NEURÓZY, ÚVOD

Tradičně se řadily do tzv. „malé psychiatrie“, na rozdíl od „velkých“ psychóz.

Od dělení na psychózy a neurózy psychiatrie již odstoupila, v praxi se s ním však běžně setkáme.

Při vzniku neurotických poruch se přikládá větší význam psychogenním faktorům (vlivy prostředí, výchova, vývojové faktory, vztahy v dětství, vztahy s ostatními atd.).

Přesné a jednoduché vysvětlení vzniku neuróz ale nemáme.

NEURÓZY, ÚVOD

Převažují příznaky úzkost (úzkostné poruchy to mají přímo v názvu), strach, depresivní nálada, únava, slabost, různé tělesné příznaky a u některých i vtíravé, obtěžující myšlenky.

Podle druhu příznaků a jejich kombinací tuto skupinu poruch dělíme na jednotky, které se ale v praxi mohou poněkud překrývat.

U dětí a především dospívajících se s touto skupinou poruch setkáme velmi často. Ne vždy se ale dostanou k dětskému psychiatrovi a jen v závažnějších případech jsou důvodem pro psychiatrickou hospitalizaci.

JAK TO ZAČALO?

Poprvé se termín „neuróza“ objevil ke konci 18.století. O sto let později se neurózami podrobně zabýval rakouský neurolog a psychiatr Sigmund Freud (1856-1939).

Začaly se rozlišovat jednotlivé poruchy, ale jejich přesné ohraničení je dodnes problematické.

HYSTERIE = DISOCIACE / KONVERZE

Do této skupiny se rovněž řadí poruchy, které byly v minulosti nazývány „hysterie“.

Jde o celou řadu příznaků, které vznikají jako důsledek vytěsnění určitého myšlenkového obsahu z vědomí, protože tento obsah je pro člověka příliš bolestný, ohrožující apod. Ačkoli jsou tyto obsahy z vědomí vytěsněny, pokračují ve svém působení vytvářením tělesných příznaků.

Popisovaly se hysterické obrny, znecitlivění, křeče, hysterická slepota, hluchota aj. Protože termín „hysterie“ a „hysterický“ postupně nabyl nelichotivého významu mezi nepsihiatrickou veřejností, pokouší se současně platná klasifikace nemocí obejít bez tohoto termínu. Hysterické poruchy nazývá „disociační“ nebo také „konverzní“.

CO JE TO ÚZKOST?

- nepříjemný emoční stav, jehož příčinu není možné definovat
 - složitá kombinace emocí zahrnující strach, zlé předtuchy a obavy
 - nepříjemný prožitek napětí, tísně a vnitřního nepokoje
- strach
- různá intenzita a délka
- spontánní, situační (fobie), anticipační

ETIOLÓGIE ÚZKOSTI

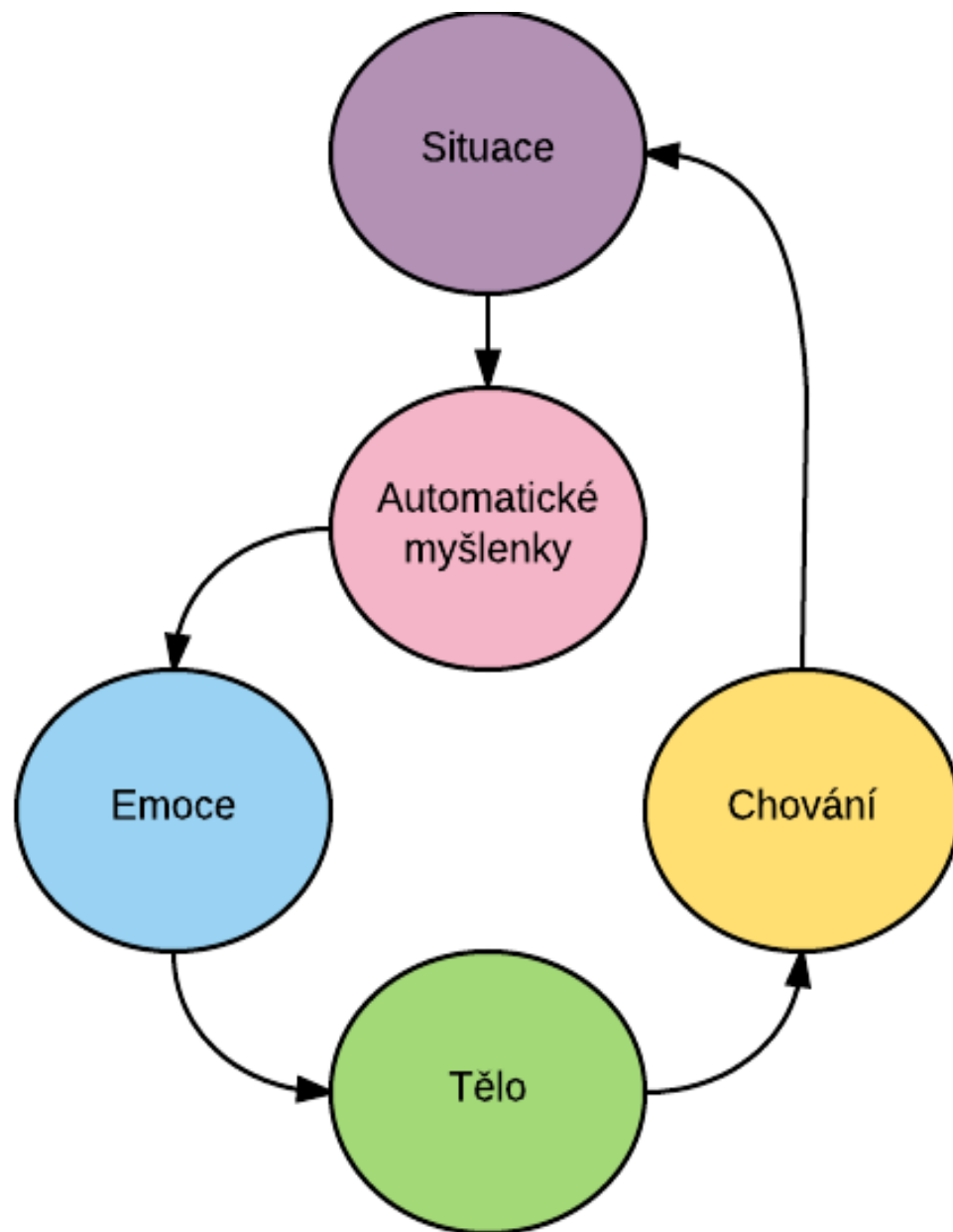
Zkušenost strachu a úzkosti je pro lidstvo univerzální.

Strach a úzkost jsou důležité pro přežití jedince, ale i pro rozpoznání jiného nebezpečí, které se týká jeho hodnoty, vztahů...

Strach a úzkost jsou tedy normální emoce, avšak problém je, když se objevují příliš často, trvají příliš dlouho a jejich intenzita je vzhledem k situaci, příliš velká, nebo jejich prožitek je zcela inadekvátní.

Průběh emoční reakce /úzkosti

BLUDNÝ KRUH ÚZKOSTI



SOUČASNÉ DĚLENÍ

V současnosti rozeznáváme 6 velkých skupin neurotických a úzkostných poruch.

Cílem zde ale nemusí být jednoznačné a nepochybné stanovení diagnózy, ale spíše podrobný popis příznaků, zamyšlení se nad možnými příčinami a důsledky poruchy a léčba zaměřená na příznaky.

To je usnadněno i tím, že léčebné přístupy jsou v celé skupině neurotických a úzkostných poruch velmi podobné.

SOUČASNÉ DĚLENÍ

V první skupině je hlavním příznakem strach.

Tento strach je zaměřen na určité situace v životě, na předměty a zvířata.

Člověk se snaží vyhnout situacím, ve kterých cítí strach, a tak se vytváří **vyhýbavé chování**. Někdy se daří situaci vyhýbat dokonale a člověk není svou poruchou v životě omezován, jindy to ale není možné.

Někdy se člověk bojí, že se mu nepodaří vyhnout se obávané situaci, vzniká strach ze strachu, který odborně nazýváme **anticipační úzkost** (anticipační = předjímaná).

Tato první skupina se nazývá **fobické úzkostné poruchy**.

FOBICKÉ ÚZKOSTNÉ PORUCHY

K tělesným příznakům úzkosti počítáme:

- bušení srdce nebo zrychlený tep
- pocení
- třes
- sucho v ústech
- obtížné dýchání
- bolesti na hrudníku
- nevolnost, pocit na zvracení
- závratě, mdloby
- pocity znecitlivění nebo mravenčení
- návaly horka nebo chladu

AGORAFOBIE

Jedná se o strach ze situací, kde by se člověk nemusel dovolat pomoci, kdyby se něco přihodilo.

Může jít o strach z opuštění domu, návštěvy obchodů, strach z davů, z veřejných prostranství, z cestování veřejnou dopravou bez doprovodu, z návštěvy divadla či kina, z uzavřených prostor atd. Postižený si dokáže připustit, že skutečné nebezpečí neexistuje, ale raději se těmto situacím vyhýbá.

To výrazně narušuje kvalitu života. Postižený nejezdí dopravními prostředky, nechodí nakupovat do obchodů, někdy je výsledkem to, že sedí ve svém bytě u telefonu, kterým může v případě potíží zavolat příbuzným o pomoc.

Asi 2x častější u žen než u mužů, patří k nejčastějším úzkostným poruchám u dospělých.

U většiny jsou přítomny panické záchvaty (agorafobie s panickou poruchou).

SOCIÁLNÍ FOBIE

Jde o strach ze situací, kdy je postižený v kontaktu s jinými lidmi.

Obává se zkoumavých pohledů jiných, má strach, že bude v centru pozornosti. Už tato představa v něm vyvolává silnou úzkost (anticipační úzkost) a snaží se takovým situacím vyhýbat (vyhýbavé chování).

Pokud se do obávané situace dostane, objeví se rychle narůstající úzkost až panika, postižený zrudne, může se třást, je mu nevolno a obává se, že se pozvrací, má nucení na močení či na stolicí, buší mu srdce, potí se, má sucho v ústech, dále mohou být potíže s dechem, závratě (tělesné příznaky úzkosti).

SOCIÁLNÍ FOBIE

U dětí se strach typicky týká následujících situací:

- vystoupení před třídou
- hudební nebo sportovní výkon před jinými
- zapojit se do hovoru jiných
- mluvit s dospělými
- psát na tabuli
- objednat jídlo v restauraci
- chodit večer do společnosti (např. taneční)
- používání veřejného WC
- jídlo ve školní jídelně

SOCIÁLNÍ FOBIE

Rozeznáváme formu částečnou, vázanou jen na některé sociální situace (např. vystoupení na veřejnosti) a formu generalizovanou, která se týká většiny nebo všech sociálních situací.

Průběh bývá dlouhodobý a málo proměnlivý.

Porucha omezuje uplatnění ve škole v zaměstnání i v partnerských vztazích.

Závažnou komplikací je rozvoj závislosti na alkoholu

SOCIÁLNÍ FOBIE

Na rozdíl od dospělých mají děti a dospívající méně možností se těmito situacím vyhýbat (musí chodit do školy, stýkat se s vrstevníky, navazovat vztahy...).

Dospívající se kvůli strachu vyhýbá všem společenským situacím, nemůže tedy navázat přátelské vztahy, zůstává sám. Přitom zájem o kontakty s ostatními má.

Často je přítomno nízké sebevědomí, pokleslá nálada i sebevražedné myšlenky.

SPECIFICKÉ FOBIE

Jde o skupinu fobií, kde je úzkost vázána na specifické objekty nebo situace.

Velmi často je přítomno vyhýbavé chování (často úspěšné).

Při setkání s obávaným objektem nebo situací vzniká masivní úzkost, která může přerůst až do záchvatu paniky.

Předmětem fobie se může stát prakticky cokoli. Popsáno je asi 200 druhů fobií.

Některé fobie jsou častější (např. fobie z hadů je častá i u opic), jiné jsou velmi vzácné.

SPECIFICKÉ FOBIE

zoofobie

strach ze zvířat (obecně)

arachnofobie

strach z pavouků

cagnofobie

strach ze psů

musofobie

strach z myší

ailurofobie

strach z koček

akrofobie

strach z výšek

fotofobie

strach ze světla

hemofobie

strach z krve

kancerofobie

strach z rakoviny

nozofobie

strach z nemoci

nyktofobie

strach ze tmy

SOUČASNÉ DĚLENÍ

Druhá skupina má jako hlavní příznak pocit, který je strachu velmi podobný a nazývá se **úzkost**.

Úzkost, na rozdíl od strachu, není vázána na nějakou konkrétní událost či situaci. Může mít známé vyvolávací příčiny (např. určité myšlenky), ale může také vzniknout náhle, aniž by postižený chápal důvod. Může mít různou míru („sílu“) a různý průběh (záchvatovitý, volně plynoucí).

Kromě úzkosti se často vyskytuje i pokleslá nálada, nikoli ale tak hluboce, jak je tomu u poruch nálady.

Kromě úzkosti jako hlavního příznaku jednotlivé poruchy této skupiny nic nespojuje, proto skupinu nazýváme **jiné úzkostné poruchy**.

PANICKÁ PORUCHA

Opakované záchvaty silné úzkosti

Nejsou vázány na žádnou situaci a nelze je předvídat

Trvají krátce – maximálně desítky minut.

Úzkost je provázena tělesnými příznaky (viz Fobické úzkostné poruchy), dále je přítomen strach ze smrti, ze zešílení, ze ztráty kontroly.

Postižení lidé si tyto stavy nejprve vysvětlují jako závažné tělesné onemocnění

Často proto při prvních několika záchvatech paniky vyhledávají lékařskou pohotovost a teprve odtud jsou odesláni k psychiatrovi.

Základní podmínkou je pochopitelně vyloučit jakoukoli závažnou tělesnou nemoc.

PANICKÁ PORUCHA

Porucha byla u dospělých popsána v 60. letech 20. století.

Jak často se vyskytuje u dětí a dospívajících, není dodnes jednoznačně jasné.

Častější výskyt je u žen.

Typický začátek bývá v mladé dospělosti. U třetiny pacientů je zároveň přítomna agorafobie.

U dětí je provázena podobnými tělesnými příznaky jako u dospělých. Často je přítomen strach z dalšího panického záchvatu.

GENERALIZOVANÁ ÚZKOSTNÁ PORUCHA

Úzkost není vázána na nějaké specifické situace, ale nevyskytují se záchvaty, nýbrž je úzkost přítomná trvale, říká se, že „volně plyne“

Je zde strach z běžných, každodenních situací, z vlastní nedokonalosti.

U dětí a dospívajících jsou to neustálé obavy z nesouhlasu s jejich chováním, obavy z nedostatku schopností.

Vede to k nadměrnému sebeobviňování, potřebují být nadměrně ujišťováni a uklidňováni, nedokážou se uvolnit a velmi často si stěžují na různé tělesné potíže (bolesti hlavy, břicha atd.).

Je celkově zvýšeno svalové napětí, zhoršena pozornost, narušen spánek.

Aby bylo možno diagnostikovat tento stav jako poruchu, měly by příznaky trvat více než půl roku.

SOUČASNÉ DĚLENÍ

Třetí skupina se od předchozích velmi liší.

Úzkost + specifické příznaky : obsese, kompulze.

nazývá se **obsedantně kompulzivní poruchy**.

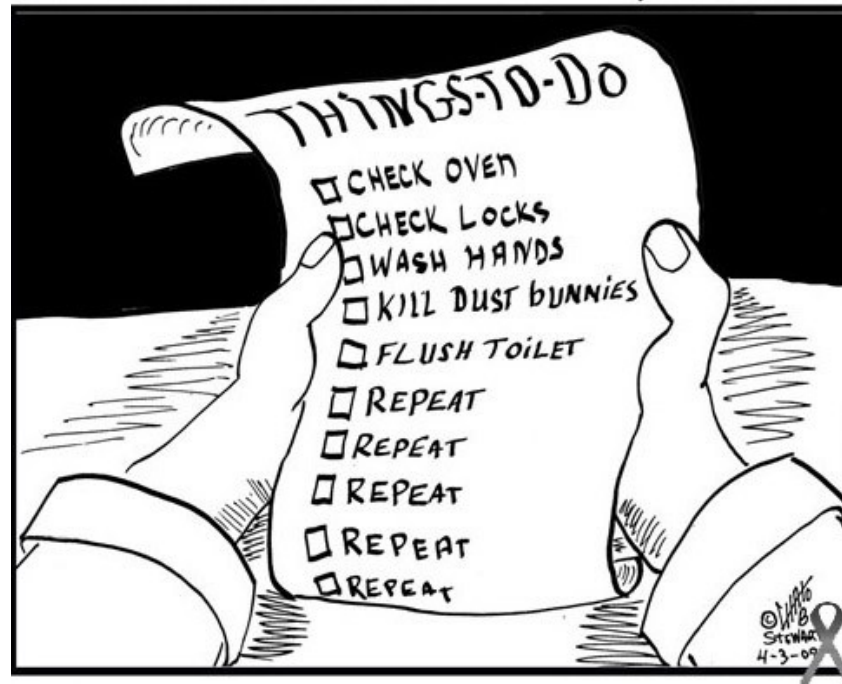
obsese, což jsou vtíravé, opakující se myšlenky, o kterých člověk ví, že jsou jeho vlastní (nejsou mu vkládány do hlavy zvnějšku jako u schizofrenie), ví, že jsou třeba nelogické, nadměrně obavné a přehnané. Přesto v něm vyvolávají velkou míru úzkosti.

Aby tuto úzkost pacient snížil, vykonává určité činnosti, které nazýváme **kompulze**.

Kompulze může pacient vůlí potlačit, ale zažívá přitom velikou úzkost, které nakonec podlehne a kompulzi provede, čímž se mu uleví.

I když obsedantně kompulzivní porucha patří mezi neurotické poruchy, mívá někdy těžký a dlouhodobý průběh a výrazně narušuje kvalitu života.

(OCD)



Výskyt obsesí a kompulzí

OCD se vyskytuje asi u 3% lidí.

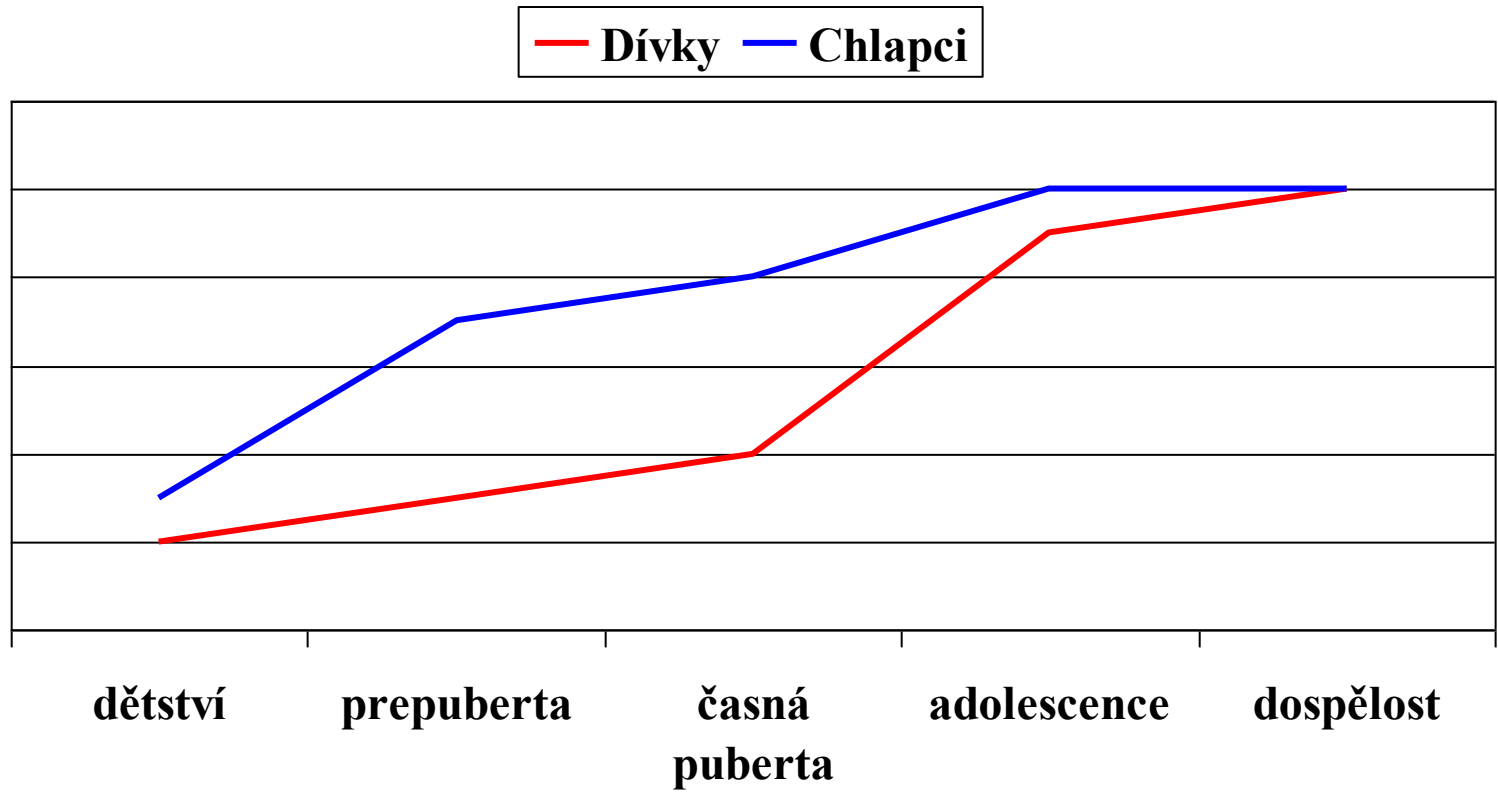
Většina případů ale pravděpodobně není zjištěna a léčena, neboť se nemocní nesvěří a nevyhledají pomoc.

U dětí se vyskytuje asi v 1-2%, u dospívajících častěji.

Poměr chlapců a dívek je přibližně stejný.

Začátek poruchy je nejčastěji v rané adolescenci anebo v rané dospělosti.

INCIDENCE OCD



OBSEDANTNĚ KOMPULZIVNÍ PORUCHA (OCD)

Strach ze špíny spojený s rituály umývání.

Přesnost, pořádek – pacienti přerovnávají věci v bytě, na pracovišti apod. podle určitého systému, vše má své určené místo, věci jsou srovnané podle velikosti, barvy, tvaru atd., pacienti opakovaně uklízí. Každá změna v tomto pořádku v nich působí velkou úzkost, kterou řeší dalším přerovnáváním, uklízením.

Nadměrné pochyby – pacientům se opakovaně vybavují pochybovačné myšlenky, zda vypnuli při odchodu z domu plyn, světlo, zda zavřeli okno, zda zamčeli. Kompulze jsou ve formě opakovaných kontrol, návratů domů, pacient není schopen odejít z domu včas do školy, na schůzky atd.

OBSEDANTNĚ KOMPULZIVNÍ PORUCHA (OCD)

Agrese, sexualita – myšlenky, aby někomu ublížil, ublížil sobě, myšlenky sexuální, obscénní apod. Jsou spojeny s různými rituály, které mají chránit dotyčného, aby tyto věci neprovedl a aby snížil úzkost, které v něm tyto myšlenky vyvolávají (modlení, počítání aj.).

Obavy o sebe o blízké – strach, zda já nebo rodiče či jiní blízcí netrpí nějakou závažnou nemocí, zda se něco nestane, úraz nebo katastrofa. Rituály jsou různé, většinou „magického“ charakteru – šlápe na každou druhou dlaždici, počítá v hlavě číselné řady, obléká se určitým způsobem, provádí další, na první pohled nesmyslné úkony.

OBSEDANTNĚ KOMPULZIVNÍ PORUCHA (OCD)

OCD může mít poměrně nepříznivý průběh s výrazným narušením kvality života.

U většiny postižených se porucha při léčbě upraví a kvalitu života nenarušuje.

OCD se vyskytuje často společně s dalšími psychickými poruchami:

- deprese
- schizofrenie
- jiné úzkostné poruchy
- závislosti
- Tourettův syndrom



OBSEDANTNĚ KOMPULZIVNÍ PORUCHA (OCD)

Léčba:

- Psychoanalýza, v minulosti
- Antidepresiva SSRI, která zvyšují hladinu serotoninu v mozku. U OCD je někdy třeba používat vyšších dávek těchto léků a plný účinek lze zhodnotit až po 6 i 8 týdnech pravidelného užívání.
- Kognitivně behaviorální terapie (KBT), která používá specifické postupy a techniky pro práci s pacienty s OCD.
- Nejúčinnější je pak kombinace léků a psychoterapeutického přístupů.

KBT U OCD

Edukace:

- Pacientské příručky
- Internet
- Rozhovor o konkrétních pacientových potížích
- Společné vytvoření KBT modelu OCD konkrétního pacienta
- Vysvětlení postupu a smyslu terapie

Kognitivní restrukturalizace

- testování platnosti myšlenek (obsesí)
- je doplňkem léčby, nestačí ke zvládnutí obsesí a kompulzí
- nesmí se stát novou kompulzí
- práce s metakognicemi – účinnost se blíží ERP

Expozice se zábranou rituálů (ERP)

- hierarchický seznam situací (spouštěčů)
- krok za krokem vystavení se situaci a bránění rituálu
- mnohokrát opakovat – habituace úzkosti
- další krok

SOUČASNÉ DĚLENÍ

Čtvrtá skupina je v psychiatrii trochu výjimečná tím, že známe vyvolávající příčinu.

Jde o **reakce na závažný stres a poruchy přizpůsobení.**

Vyvolávajícím momentem pro vznik takové poruchy je nějaká katastrofická situace, která se vymyká běžné lidské zkušenosti a při níž je dotyčný nebo jeho blízcí ohrožen na zdraví nebo na životě (přírodní pohromy, autonehody, násilné činy atd).

Poruchy přizpůsobení se rozvíjí po různých zásadních životních změnách.

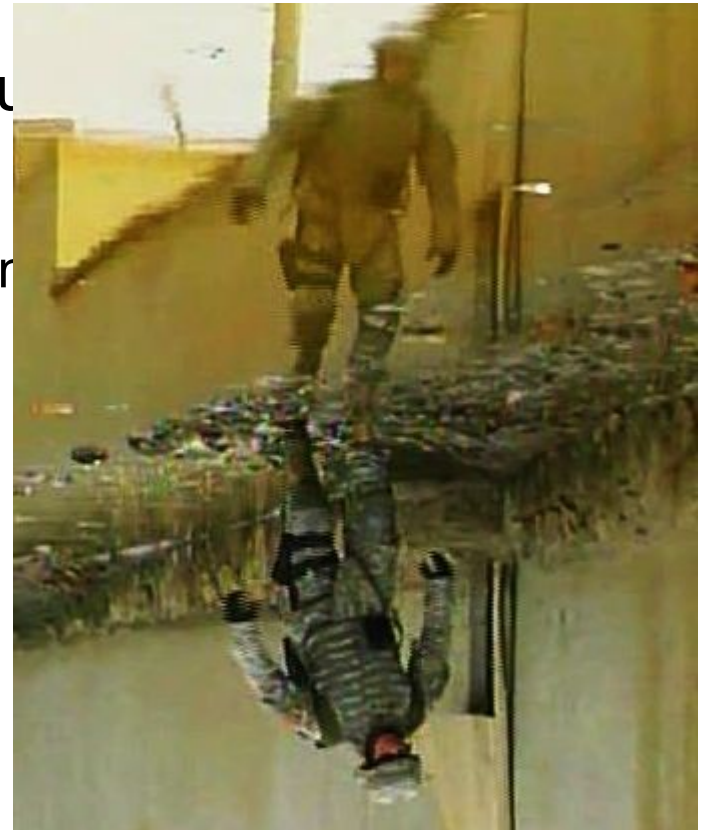
U celé skupiny jsou opět hlavními příznaky úzkost či strach, pokleslá nálada a kromě toho se objevují další příznaky.

POSTTRAUMATICKÁ STRESOVÁ PORUCHA

Následuje po závažném traumatu

Specifické příznaky

- Opakované vzpomínky, představy a sn
- Flashbacky
- Vyhýbavé chování
- Emoční otupělost
- Vegetativní hyperaktivace



POSTTRAUMATICKÁ STRESOVÁ PORUCHA

Výskyt závisí na výskytu traumatických situací

U dětí vystavených závažné traumatizující události je výskyt až 90%

Výrazný dopad na kvalitu života

Pocit ztráty bezpečí

Riziko suicidia!

SOUČASNÉ DĚLENÍ

Do **páté skupiny** se řadí poruchy, které se dříve zahrnovaly pod pojem „hysterie“.

Dnes disociativní (konverzní) poruchy.

závažný tělesný příznak jako důsledek nezpracovaného vnitřního konfliktu.

Dochází ke ztrátě propojení mezi vzpomínkami na minulost, vědomím vlastní identity, aktuálními pocity a kontrolou tělesných pohybů.

Samotné disociační či konverzní projevy mohou být velmi pestré a více či méně věrně napodobovat nejrůznější psychiatrická, neurologická či jiná onemocnění.

DISOCIATIVNÍ PORUCHY

Jde o poruchy, které se dříve nazývaly **hysterie**.

Příznaky těchto poruch jsou různorodé a jejich podstata se obtížně charakterizuje.

Předpokládá se, že hlavní roli při jejich vzniku hraje „rozpojení“ (disociace) následujících psychických procesů: vzpomínky na minulost, vědomí vlastní identity, automatických pohybových pohybů.



DISOCIATIVNÍ PORUCHY

Porucha má tedy především psychický podklad, o jejím biologickém podkladu je známo málo.

Slovo konverze (zavedené Freudem) znamená zjednodušeně to, že se konflikty v lidské psychice projeví jako tělesné příznaky (bolesti, obrny, křeče aj.).

Existuje časová souvislost mezi začátkem příznaků a různými stresovými událostmi nebo problémy v životě postiženého.

DISOCIATIVNÍ PORUCHY

Disociativní poruchy se objevují již u dětí předškolního věku, více se začínají objevovat kolem puberty.

Ve všech věkových skupinách se vyskytují více u dívek.

U dětských poruch hrají významnou roli rodinné faktory.

Typicky se projevy podobají chorobným příznakům někoho ze členů rodiny.

Postoj rodičů k těmto příznakům pak ovlivňuje, jak rychle porucha vymizí.

DISOCIATIVNÍ PORUCHY

Disociativní poruchy vznikají většinou náhle a při vhodné léčbě rychle ustupují.

Na přetrvávání příznaků se často podílí to, jaké přinášejí postiženému pozitivní důsledky.

Často takovým pozitivním důsledkem bývá pozornost, soucit a zájem okolí.

Léčba všech disociativních poruch je doménou psychoterapie.

U dětí je nutno pracovat i s rodinou.

DISOCIATIVNÍ P

Disociativní amnézie

Disociativní fuga

Trans a stavy posedlosti

Disociativní křeče

Disociativní porucha citlivosti a senzorické poruchy

Mnohočetná porucha osobnosti



SOUČASNÉ DĚLENÍ

Šestá skupina - podobná předchozí.

Úzkost, strach a pokleslá nálada se projevují spolu s tělesnými příznaky. Ty nebývají tak „dramatické“ a nápadné jako u předchozí skupiny a mohou se týkat různých tělesných systémů (trávicí ústrojí, dýchací ústrojí, srdce atd.).

Často je zde časová souvislost mezi zátěžovými životními situacemi a vznikem tělesných příznaků. Pro tyto tělesné příznaky nelze najít lékařskými prostředky vysvětlení.

Somatoformní poruchy.

Lidé, kteří těmito poruchami trpí, opakovaně vyhledávají lékařská vyšetření a ani jejich negativní výsledek je neuklidní.

SOMATOFORMNÍ PORUCHY

Somatizační porucha – mnohočetné, opakované a proměnlivé tělesné potíže vycházející z různých částí těla nebo systémů (GIT, kůže, dýchání, srdce a oběh aj.)

Hypochondrická porucha – ovládavá představa, že dotyčný trpí nějakou konkrétní, vážnou chorobou (rakovina aj.). Nejde o blud, postižený je schopen korigovat své přesvědčení, ale každé další nezávažné tělesné obtíže ho zneklidní a opět vyvstane představa „co když mám...“. Sem patří i přesvědčení o domnělé tělesné deformaci či zohyzdění – **dysmorfofobie**.

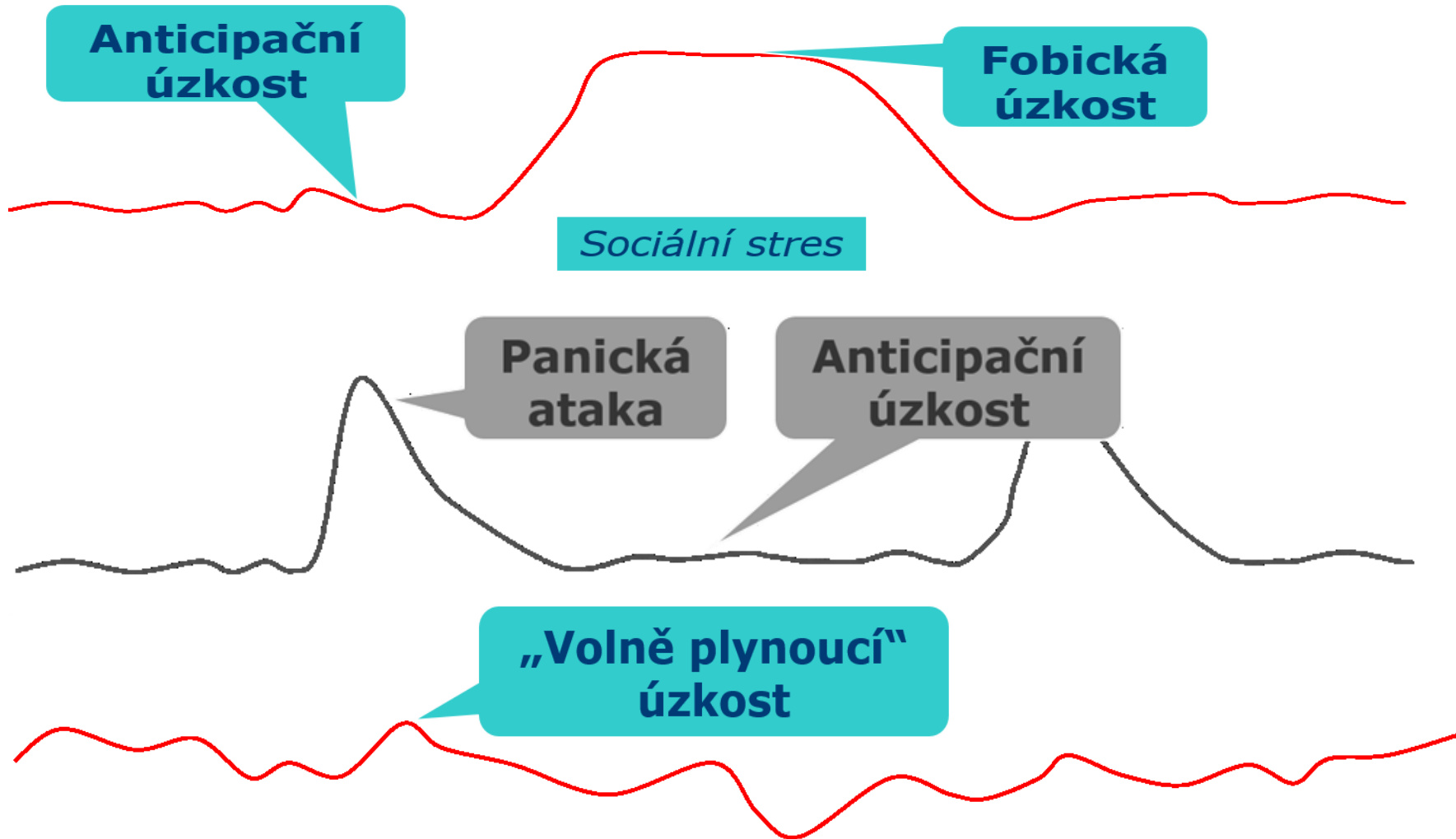
SOMATOFORMNÍ PORUCHY

Somatoformní vegetativní dysfunkce – aktivace vegetativního systému, obavy z vážné nemoci, chybí odpovídající somatický nálezn.

Přetrvávající somatoformní bolestivá porucha – stálá bolest v některé části těla, pro kterou chybí odpovídající vysvětlení.

Léčba těchto poruch je založena především na psychoterapii, často i v kombinaci s léky, které ovlivňují úzkost, strach nebo které ovlivňují některé z tělesných příznaků přítomných při této poruše.

PŘEHLED REAKCE NA ÚZKOST



SMÍŠENÁ ÚZKOSTNĚ DEPRESIVNÍ PORUCHA

ÚZKOSTNÁ PORUCHA

Anticipační úzkost
Fobie
Vyhýbavé chování
Obavy a starosti
Neklid
Psychická tenze
Tělesné napětí
Tenzní bolesti
Fyziologický arousal

Tenze
Únava
Dysforie
Podrážděnost
Citlivost
na kritiku

DEPRESIVNÍ PORUCHA

Ztráta zájmu
Apatie
Zpomalenost
Bezmocnost
Ranní pesima
Dyskoncentrace
Sebeponižování
Sebevýčitky
Abulie
Anhedonie

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_{1A}R) – účinnost BZD bez jejich NÚ; délka nástupu účinku
 - Antihistaminika: hydroxizin
- Antikonvulziva
 - gabapentin, lamotrigin, topiramát
- Betablokátory
 - som. projevy úzkosti, lépe jednorázové použití

BENZODIAZEPINOVÁ ANXIOLYTIKA

Pozitivní je rychlý nástup účinku

Negativní jsou behaviorální/kognitivní toxicita, paradoxní excitace, rebound fenomén, závislost + odvykací syndrom, potenciace s alkoholem

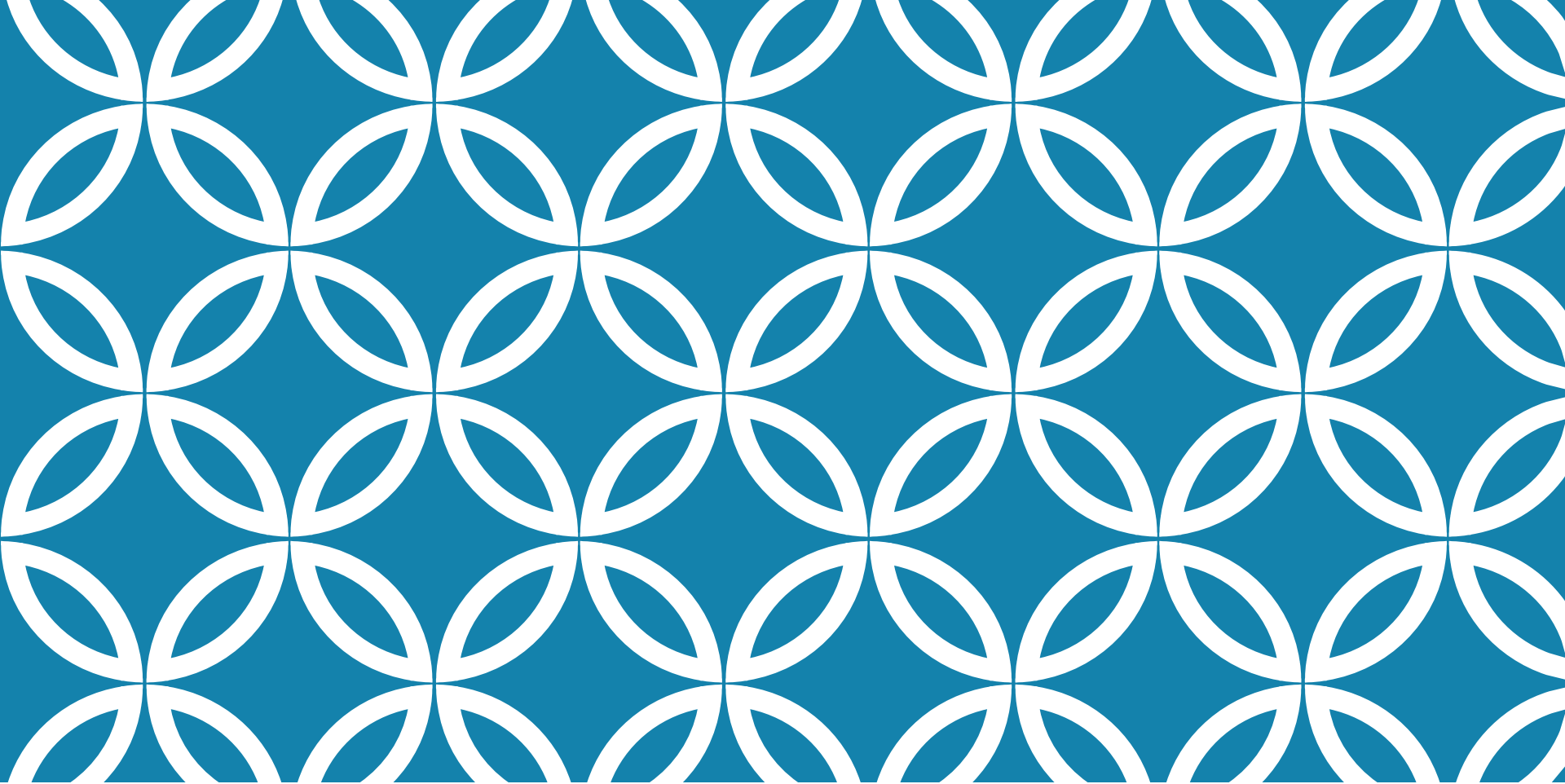
**U úzkostných poruch je zvýšené riziko závislosti
– nepodávat BZD dlouhodobě!!!**

NEUROTICKÉ PORUCHY - LÉČBA

Nejúčinnější léčbou neurotických poruch je kombinace psychoterapie a léčby lékové (farmakoterapie).

Z psychoterapeutických směrů se jako velmi účinná ukázala kognitivně behaviorální terapie (KBT).

Při závažnějším průběhu, především s panickými záchvaty je doporučena farmakoterapie. Používají se antidepresiva SSRI nebo moklobemid, pro rychlou úlevu anxiolytika (např. alprazolam)



DĚKUJU ZA
POZORNOST |