

Neurotické poruchy



Úzkost a strach

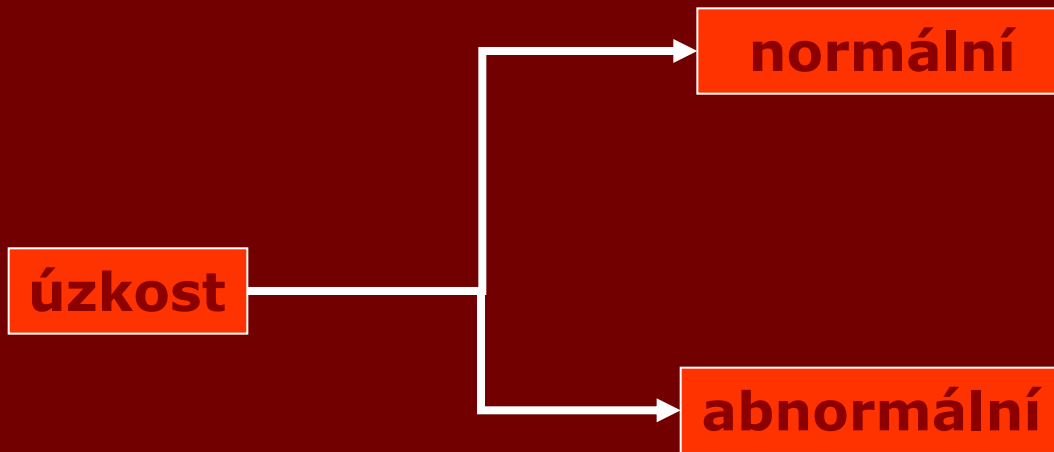
- Úzkost a strach patří k běžným emocím.
- **Úzkost** je nepříjemný emoční stav, jehož příčinu nelze přesněji definovat. Je často doprovázena vegetativními příznaky, které mohou vést po delší době k únavě nebo vyčerpání.
- **Strach** lze definovat jako emoční a fyziologickou odpověď na rozpoznatelné nebezpečí a trvá pouze po dobu jeho existence
- **Spontánní úzkost** – rozvíjí se nečekaně; při velké intenzitě spontánní panika
- **Situační nebo fobická úzkost** – vyskytuje se za určitých okolností a je možné její vznik předvídat; při velké intenzitě situační nebo fobická panika
- **Anticipační úzkost** nebo anticipační panika – rozvíjí se při pouhé myšlence na určitou situaci

Orientační screening úzkostných poruch

- Cítíte se na kraji svých sil, vyčerpaný?
- Děláte si hodně starostí?
- Jste podrážděný?
- Máte problémy se uvolnit?
- Spíte špatně?
- Máte bolesti hlavy nebo za krkem?
- Máte: třesy, chvění, závratě, pocení, časté nucení na moč nebo stolicí?
- Děláte si starosti o své zdraví?
- Usínáte špatně?

>2 pozitivní odpovědi = 50% pravděpodobnost
přítomnosti úzkostné poruchy

Úzkostné poruchy



- adekvátní reakce na stres
- ochranný význam
- adaptivní
- posiluje zvládací mechanismy

toxický původ

- ovlivnění návykovými látkami
- abstinenční stavy

psychózy

organický původ

- somatické choroby

poruchy osobnosti

Úzkostné poruchy

- adekvátní reakce na příliš silný stres
- neadekvátní reakce na stres
 - příliš silná
 - příliš dlouhá
 - specifická
- maladaptivní
- vyčerpává zvládací mechanismy

Klasifikace úzkostných a nutkavých poruch (MKN-10)

■ F40 Fobické úzkostné poruchy

- F40.0 Agorafobie
 - F 40.00 bez panické poruchy
 - F 40.01 s panickou poruchou
- F40.1 Sociální fobie
- F40.2 Specifické (izolované) fobie
- F40.8 Jiné fobické úzkostné poruchy
- F40.9 Fobická úzkostná porucha nespecifikovaná

■ F41 Jiné úzkostné poruchy

- F41.0 Panická porucha (epizodická paroxysmální úzkost)
- F41.1 Generalizovaná úzkostná porucha
- F41.2 Smíšená úzkostně-depresivní porucha
- F41.3 Jiné smíšené úzkostné poruchy
- F41.8 Jiné specifikované úzkostné poruchy
- F41.9 Úzkostná porucha nespecifikovaná

■ F42 Obsedantně kompulzivní porucha

- F42.0 Převážně obsedantní myšlenky nebo ruminace
- F42.1 Převážně nutkavé akty (kompulzivní rituály)
- F42.2 Smíšené obsedantní myšlení a jednání
- F42.8 Jiné obsedantně kompulzivní poruchy
- F42.9 Obsedantně kompulzivní porucha nespecifikovaná

F40.0 Agorafobie

Anticipační
úzkost

Fobická
úzkost

Specifická situace

- Vazba na specifické situace, které je těžké opustit, není-li nablízku lékařská pomoc
- Vyhýbavé chování

- Cítíte úzkosti na místech, ze kterých je nesnadno uniknout nebo není nablízku pomoc, jako jsou tlačnice, cestování metrem, autobuse, chůze po mostě nebo jste mimo domov?
- Vyhýbáte se těmto situacím?

Psychické příznaky:

- Úzkost, nedefinovatelný strach
- Strach z opuštění domova, jízda dopravními prostředky
- Strach z omdlení
- Strach z úmrtí

Tělesné příznaky:

- Povšechné vegetativní příznaky
- Zrudnutí, třes
- Strach ze zvracení
- Nucení na moč nebo stolicí

F40.0 Agorafobie

- **agorafobie** – abnormní obavy nejen z velkých, ale i uzavřených prostor (dříve klaustrofobie)
- snaha vyhnout se specifickým místům a situacím = **vyhýbavé chování**

- příznaky vegetativní aktivace
- příznaky vztahující se k ke hrudi nebo břichu
- příznaky vztahující se k duševnímu stavu
- všeobecné příznaky

- léčba farmakologická:
 - antidepressiva
 - anxiolytika (pozor na toleranci a závislost)
- léčba psychoterapeutická
 - kognitivně-behaviorální terapie (KBT)

F40.1 Sociální fobie

Anticipační
úzkost

Fobická
úzkost

Sociální stres

- Vazba na specifickou situaci
- Vyhýbavé chování

- Máte potíže mluvit s cizími lidmi, stýkat se s vrstevníky?
- Cítíte se být společensky izolovaní?
- Máte strach z odmítnutí a zesměšnění?

Psychické příznaky:


- Strach ze se zesměšnění, ztrapnění, kritiky
- Strach z odmítnutí
- Vyhýbání se sociálně stresujícím situacím (střed pozornosti, kontakt s opačným pohlavím, jídlo na veřejnosti)
- Narušení běžných společenských a pracovních aktivit

Tělesné příznaky:

- Povšechné vegetativní příznaky
- Zrudnutí, třes
- Strach ze zvracení
- Nucení na moč nebo stolicí

F40.1 Sociální fobie

- **sociální fobie** – strach z kontaktu s jinými lidmi
- **vyhýbavé chování**
- v obávané situaci se často rozvinou tělesné příznaky úzkosti

- léčba psychoterapeutická
 - kognitivně-behaviorální terapie (KBT)
- léčba farmakologická:
 - antidepresiva
 - benzodiazepiny
 - plokátory

F40.2 Specifické (izolované) fobie

- **specifické fobie** - ohraničené obavy ze specifických objektů, situací nebo činností

Rozdělení:

1. strach ze zvířat
2. situační fobie
3. fobie z poranění

- léčba psychoterapeutická
 - kognitivně-behaviorální terapie (KBT)

Fobie

- **Agorafobie**
 - strach z prostranství
- **Akrofobie**
 - strach z výšek
- **Androfobie**
 - strach z mužů
- **Arachnofobie**
 - strach z pavouků
- **Bacilofobie**
 - strach z bacilů
- **Dipsofobie**
 - strach z napití
- **Dysmorfofobie**
 - strach ze znetvoření
- **Ereutofobie**
 - strach z červenání
- **Fobofobie**
 - strach ze strachu
- **Gynefobie**
 - strach z žen
- **Hypnofobie**
 - strach ze spánku, z usnutí
- **Klaustrofobie**
 - strach z uzavřených prostor
- **Kancerofobie**
 - strach z rakoviny
- **Nosofobie**
 - strach z nemoci
- **Mysofobie**
 - strach ze špíny, z ušpinění
- **Tanatofobie**
 - strach ze smrti
- **Zoofobie**
 - strach ze zvířat
- **Xenofobie**
 - strach z cizinců

Fobie - PST

- racionální PST
- empatický přístup a náhledová terapie
- hypnóza – série hypnotických sezení se sugescemi indiferentního postoje ke zdroji fobie, sugesce pocitu klidu a bezpečí
- obdobně nácvik relaxace a autogenní trénink – autosugesce „při vystoupení jsem klidný a jistý“ (u trémy)
- KBT – zde nejúčinnější forma PST

Kognitivními prvky PST jsou: **edukace** (výklad vzniku poruchy), **kognitivní rekonstrukce** (odhalení automatických myšlenek, doprovodných emocí, chování tělesných reakcí a jejich důsledků), **postupná expozice** obávaným situacím.

Systematická desenzibilizace, nácvik se provádí v představách, provádí se pomalé stupňování zátěže náročnějšími úkoly (při agorafobii např. vyřídit pochůzky po městě apod.)

F41.0 Panická porucha



Panická ataka

Anticipační úzkost

- Ohraničená epizoda strachu
- Začíná náhle
- Vrcholí během minut
- Trvá několik minut

Psychické příznaky:

- Úzkost, nedefinovatelný strach.
- Strach z omdlení.
- Pocity neskutečnosti okolního světa nebo odcizení vlastního těla.
- Strach ze ztráty kontroly nad sebou
- Strach z náhlého propuknutí závažné tělesné choroby (infarkt myokardu, cévní mozková příhoda, epilepsie...).
- Strach z náhlého úmrtí.

Tělesné příznaky:

- Bušení srdce, palpitace
- Bolesti na hrudi
- Pocity dušnosti vedoucí ke zrychlenému povrchnímu dýchání.
- Nadměrné pocení, polévání horka a chladu po těle
- Suchost v ústech, nevolnost, nutkání na stolicí či na močení, průjem, bolesti břicha
- Mravenčení prstů rukou, předloktí, chodidel, kolem úst, křeče
- Chvění nebo třes končetin nebo celého těla
- Točení hlavy, pocit nejisté rovnováhy, pocity na omdlení, mdloby

F41.0 Panická porucha

- **panická porucha** - náhle vznikající a nepředvídatelné, periodicky se opakující záchvaty masivní úzkosti, které nejsou omezeny na žádnou specifickou situaci nebo souhrn okolností
- trvání ataky: obvykle 5-20 min. (i déle)
- léčba psychoterapeutická
 - psychodynamické postupy
 - kognitivně-behaviorální terapie (KBT)
- léčba farmakologická:
 - anxiolytika (tolerance a závislost na nich)
 - antidepresiva (vhodnější pro dlouhodobou léčbu) –

F41.1 Generalizovaná úzkostná porucha

„Volně plynoucí“
úzkost

- Všeobecná a trvalá úzkost
- Intenzita není maximální ani minimální

- Nemůžete se uvolnit?
- Děláte si starostmi s věcmi, které váš dříve netrápily?
- Máte strach, že se stane něco špatného vám nebo vašim blízkým, i když jste si vědom, že nic bezprostředně nehrozí?

Psychické příznaky:

- Obavnost
- Strach z budoucího neštěstí
- Trvalá podrážděnost
- Pocity psychického vyčerpání
- Potíže s koncentrací

Tělesné příznaky:

- Trvalé napětí
- Tenze, neschopnost uvolnit se
- Palpitace
- Suchost v ústech
- Pocity závratí

F41.1 Generalizovaná úzkostná porucha

- **generalizovaná úzkostná porucha** (GAD) – zahrnuje výraznou a chronickou úzkostnou symptomatologii, trvající alespoň 6 měsíců, při nepřítomnosti panických atak
- 5-9% populace (ženy 2krát častěji)
- vysoká komorbidita s jinými duševními poruchami (deprese, jiné úzkostné poruchy)
- **léčba farmakologická:**
 - anxiolytika (tolerance a závislost na nich)
 - antidepresiva
 - antihistaminika
- **léčba psychoterapeutická**
 - psychodynamické postupy
 - kognitivně-behaviorální terapie (KBT)

Úzkostné poruchy - PST

- racionální PST – výklad mechanismu úzkostných stavů, pátrání po příčinách, spouštěcích úzkostných reakcí a účelu těchto reakcí
- empatický přístup a náhledová terapie se používá ve stejném smyslu jako u neurastenie
- hypnóza pomůže symptomatickými sugescemi snížit intenzitu úzkosti nebo ji zcela odstranit
- nácvik relaxace a autogenní trénink může pomoci snížit pohotovost k záchvatům a snížení chronické úzkostné tenze
- KBT – systematická desenzibilizace, trénink kontroly obav, zvládnání úzkosti a tělesných příznaků, nácvik systematického řešení problémů. Dále nácvik relaxace zejména v situacích navozujících úzkost, nácvik sebeprosazení.

Rozdíly mezi GAD a panickou poruchou

	<i>Panická porucha</i>	<i>GAD</i>
etiopatogeneza	větší genetická zátěž	výraznější psychosociální vlivy
začátek poruchy	konec 3. decenia	začátek 3. decenia
symptomatika	vegetativní hyperaktivita	vzrušivost, zvýšená bdělost
kognitivní charakteristika	katastrofická interpretace tělesných prožitků	nadměrné starosti o běžné životní události
somatická komorbidity	hypertenze	hypotyreosa

F41.2 Smíšená úzkostně depresivní porucha


ÚZKOSTNÁ PORUCHA

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

DEPRESIVNÍ PORUCHA

Tenze
Únava
Dysforie
Podrážděnost
Citlivost
na kritiku
Ztráta zájmu
Apatie
Zpomalenost
Bezmocnost
Ranní pesima
Dyskoncentrace
Sebeponižování
Sebevýčitky
Abulie
Anhedonie

Etiologie úzkostných poruch

- **etiopatogeneze úzkostných poruch:** komplex faktorů biologických, psychosociálních a behaviorálně podmíněných
- **psychoanalytická teorie:** příčiny poruch v raném dětství (potlačení sexuálního a agresivního pudu)
- **etotologický model:** zdůrazňuje význam potřeby po pevné vazbě s blízkou osobou
- **behaviorální teorie:** úzkost je podmíněnou reakcí na některé zevní stimuly
- **kognitivní teorie:** příčinou úzkosti je katastrofická interpretace myšlenek nebo běžných tělesných vjemů
- **existenciální teorie:** úzkost a strach jsou reakcí na uvědomění si dočasnosti své existence a smrtelnosti
- **biologické teorie:** s rozvojem strachu a úzkosti souvisí řada somatických faktorů
 - úzkost a strach mají zřejmě genetický základ (ale nebyly dosud identifikovány geny odpovídající za dispozici k úzkostným stavům)
 - masivní hyperaktivita  adrenergního systému, zvýšená aktivita locus coeruleus
 - GABA-benzodiazepinová hypotéza (hyposenzitivita tlumivých GABA receptorů)

F42 Obsedantně kompulzivní porucha

- obsedantně-kompulzivní porucha (OCD)
- **obsese** = vtíravé myšlenky nebo představy, které jedinec pociťuje jako cizí, neodpovídající jeho skutečným zájmům a přáním:
 - strach z nákazy
 - strach, že něco důležitého nebylo uděláno
 - impulsy k násilnému a agresivnímu chování
 - starosti o ztrátu něčeho důležitého
 - nepohoda způsobená asymetrií nebo nepořádkem
- **kompulze** = nutkavé jednání
- celoživotní prevalence OCD: 2-3%
- komorbidity: často s depresivní poruchou, také se sociální fobií a jinými úzkostnými poruchami

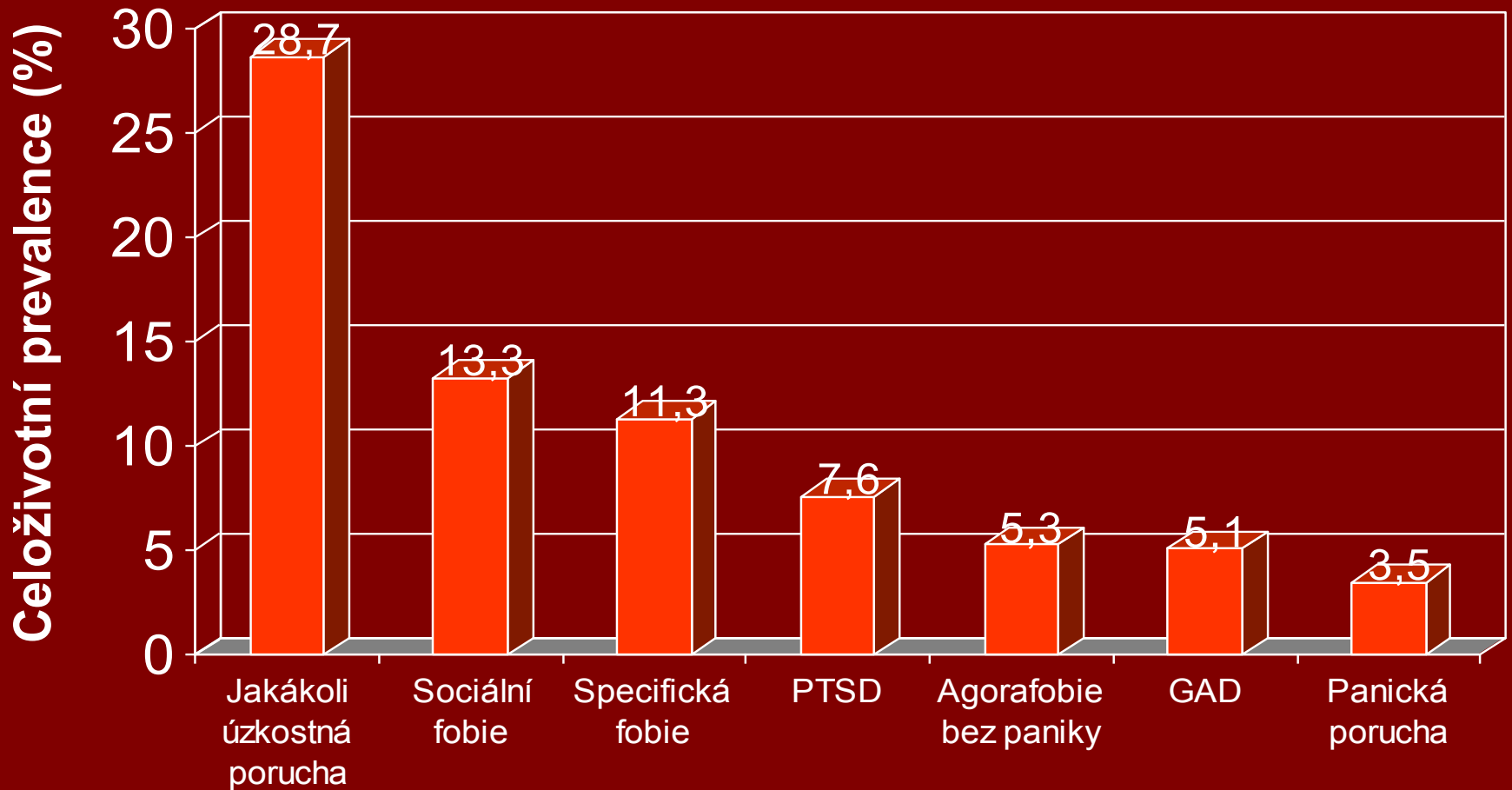
F42 Obsedantně kompulzivní porucha

- etiopatogeneze - faktory genetické, vývojové, behaviorální a biochemické:
 - zvýšený výskyt OCD u příbuzných prvního stupně (3-7%); konkordance OCD u jednovaječných dvojčat je vyšší než u dvojčat dvojvaječných
 - psychodynamické hypotézy: význam raného psychosexuálního vývoje
 - podle teorie učení vzniká OCD mechanismem dvojstupňového učení
 - z neurotransmitterových systémů má zřejmě největší roli serotonin
- léčba farmakologická:
 - antidepressiva ovlivňující serotonergní systém
 - kombinace s anxiolytiky nebo antipsychotiky
- léčba psychoterapeutická
 - klinické vedení postiženého a jeho rodiny
 - kognitivně-behaviorální terapie (KBT)

OCD - PST

- racionální PST – výklad mechanismu obsese a kompulze, trénink lhostejného postoje k obsesím, trénink odpoutání pozornosti
- empatický přístup a náhledová terapie se rovněž v přístupu neliší od PST jiných neurotických poruch
- hypnóza – sugesce lhostejného postoje, snížení naléhavosti obsesivních myšlenek, obdobně u autogenního tréninku (AT) - autosugesce „nutkavé myšlenky jsou mi lhostejné“
- KBT – desenzibilizace obsesí, trénink v jednání proti obsesím („záměrné špinění se při obsesi mytí“)

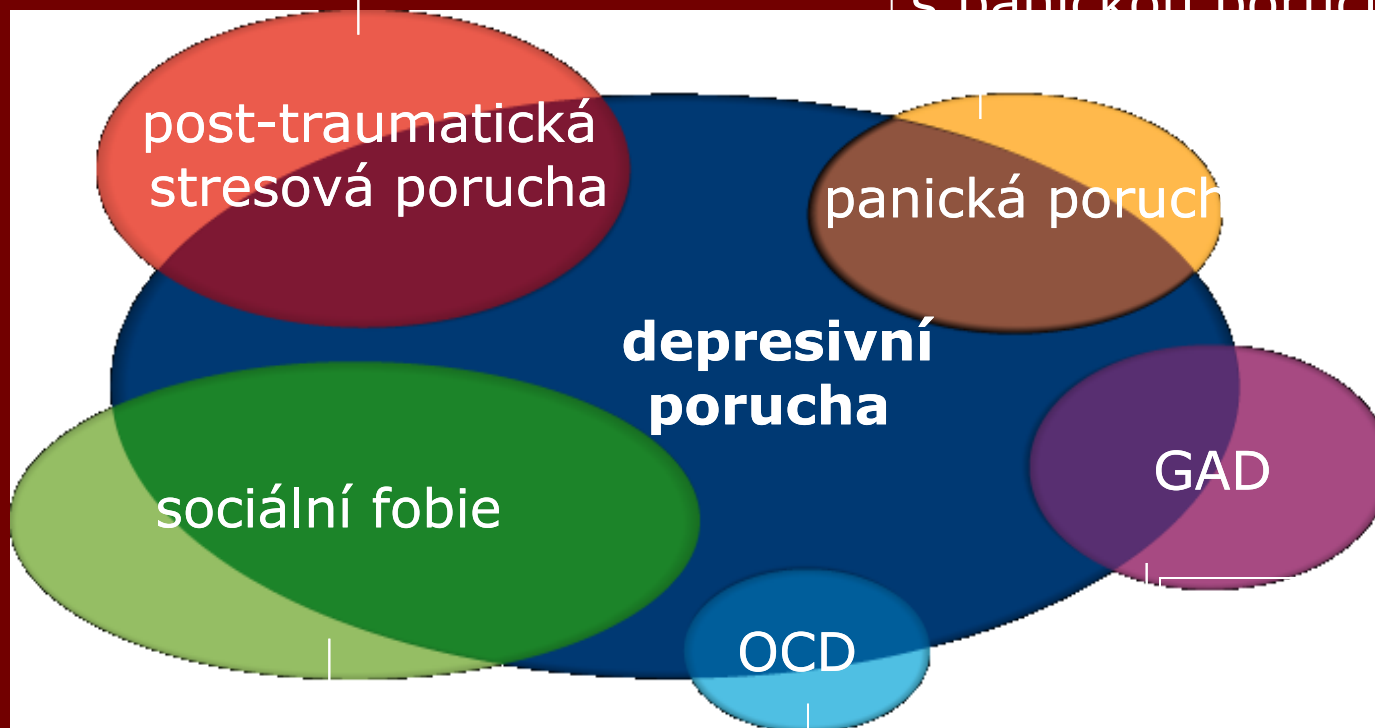
Epidemiologie



Komorbidita úzkostných poruch a deprese

48% pacientů s PTSD

50-65% pacientů s panickou poruchou



9%
ů s GAD

34-70% pacientů se sociální fobií

67% pacientů s obsedantně kompulzivní poruchou

Existuje kontinuum mezi depresí a úzkostí?

- 95% depresivních pacientů má >1 úzkostný příznak
 - 72% nadměrné starosti
 - 62% psychická úzkost
 - 42% somatické úzkost
 - 29% panické ataky v anamnéze
- >65% pacientů s úzkostnou poruchou má depresivní příznaky
- společný genetický základ pro GAD a depresivní poruchu?

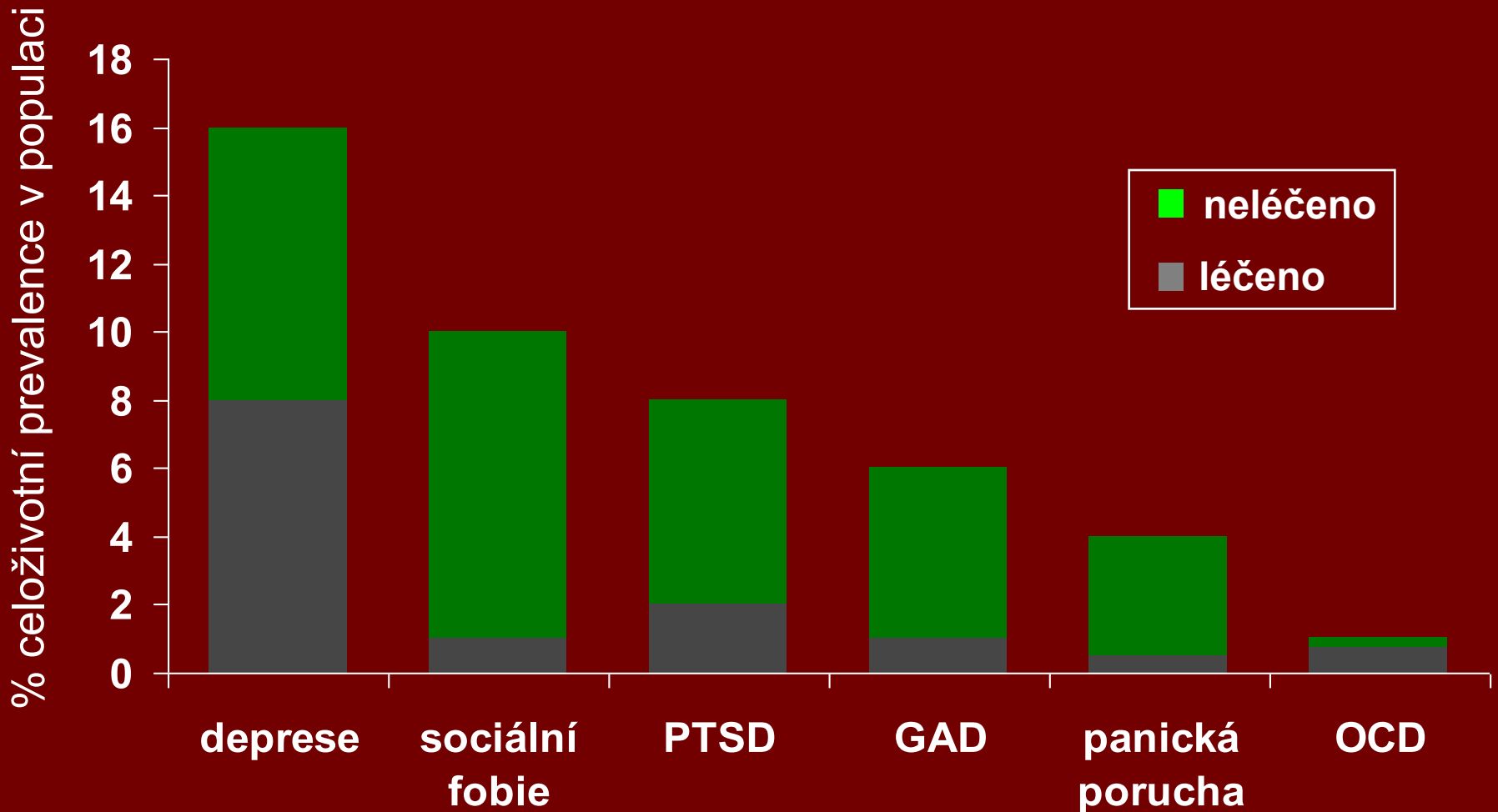
Existuje kontinuum mezi depresí a úzkostí?

- Depresivní porucha může být konečným výsledkem neléčených úzkostných poruch
- Serotonin zřejmě hraje přímou nebo neuromodulační úlohu v patogeneze úzkostných poruch
- Látky ovlivňující metabolismus serotoninu jsou účinné napříč celým spektrem úzkostných poruch

Léčba úzkostných poruch

- Neléčená úzkostná porucha zásadně zhoršuje kvalitu života
- Adekvátní léčba úzkostných poruch antidepresivy ovlivňuje nejen jádrové příznaky nemoci, ale i komorbidní poruchy a celkovou kvalitu života pacientů

Léčba úzkostných poruch



Léčba úzkostných poruch

- **Farmakoterapie**
 - antidepresiva
 - anxiolytika - BZD
- serotoninová antidepresiva - léky první volby, účinné i na komorbidní depresi
- BZD nejsou doporučována u pacientů s anamnézou závislostí a deprese
- TCA – starší AD nejsou doporučována u pacientů se suicidální pohotovostí, kardiálními chorobami a s komorbidní epilepsií
- **Psychoterapie**
- KBT by měla mít většina pacientů

Neurobiologie

Amygdala

- je součástí limbického systému
- ústřední uzel pro zpracování reakcí na strach a úzkost
- její poškození narušuje rozpoznávání ohrožujících podnětů a podmiňování reakce na ohrožení
- elektrická stimulace vyvolává úzkostné, panice podobné reakce

Reakce na stres a dissociativní poruchy - klasifikace

- **F43 Reakce na závažný stres a poruchy přizpůsobení**
- F43.0 Akutní reakce na stres
- F43.1 Posttraumatická stresová porucha
- F43.2 Poruchy přizpůsobení
- F43.8 Jiné reakce na závažný stres
- F43.9 Reakce na závažný stres nespecifikovaná

- **F44 Dissociativní (konverzní) poruchy**
- F44.0 Dissociativní amnézie
- F44.1 Dissociativní fuga
- F44.2 Dissociativní stupor
- F44.3 Trans a stavy posedlosti
- F44.4 Dissociativní poruchy motoriky
- F44.5 Dissociativní křeče
- F44.6 Dissociativní porucha citlivosti a poruchy sensorické
- F44.7 Smíšené dissociativní (konverzní) poruchy
- F44.8 Jiné dissociativní (konverzní) poruchy
- F44.9 Dissociativní (konverzní) porucha nespecifikovaná

F43.1 Posttraumatická stresová porucha

- **posttraumatická stresová porucha** (PTSD) – vzniká u disponovaných osob jako opožděná reakce na mimořádně intenzivní stresovou událost
- jedná se o reakci dlouhodobou – rozvíjí se do 6 měsíců od stresující události
- opakované prožívání katastrofické události; vyhýbání se situacím a místům, ve kterých se zážitek přihodil; pocitování úzkosti; poruchy spánku a koncentrace, nadměrná ostražitost; sklon k úlekovým, panickým či agresivním reakcím; otupělá afektivita a odcizení lidem
- celoživotní prevalence: 1-9%
- komorbidita s OCD, agorafobií, panickou poruchou a depresivními stavy

F43.1 Posttraumatická stresová porucha



**Život
ohrožující
trauma**

- Prožil jste v posledních měsících život ohrožující zážitek?
- Vrací se vám tyto události ve vzpomínkách?
- Nedokážete se uvolnit?
- Máte trvalý pocit ohrožení?

Psychické příznaky:

- znovuprožívání traumatu ve vzpomínkách a snech
- vyhýbání se okolnostem, které připomínají trauma
- narušený spánek
- podrážděnost a návaly hněvu
- narušená koncentrace
- hypervigilita
- nadměrná úleková reaktivita

F43.1 Posttraumatická stresová porucha

- etiopatogeneze:
 - vyvolávající traumatická situace
 - existují genetické dispozice
 - neurotransmitterové systémy : noradrenalinový (reguluje vzrušivost CNS), endogenní opiátový systém (souvislost s negativní symptomatologií PTSD), serotoninergní dysfunkce (souvislost s pozitivní symptomatologií PTSD)
- léčba farmakologická:
 - antidepressiva
 - benzodiazepiny
- léčba psychoterapeutická (hlavně na negativní příznaky):
vypracovány specifické postupy v rámci krátké dynamické a kognitivně-behaviorální terapie

Reakce na závažný stres - PST

- Akutní stres: nejvhodnější je krizová intervence
- PTSD : podpůrná, KBT, empatická a náhledová, hypnóza – nutná rekonstrukce traumatu, abreakce a podpora pacienta a jeho pocitu bezpečí
- empatický přístup a náhledová terapie – terapeut se snaží obejít pacientovo popření události – rekonstrukce, abreakce a katarze, následuje zprostředování náhledu na pacientovo maladaptivní chování a tvorba nových postojů ze zkušenosti v terapeutickém vztahu
- KBT – obdobně jako u OCD (orientace, emoční podpora, abreakce, až poté edukace o poruše, expozice, kognitivní rekonstrukce a relaxace, řešení problému)

F44 Dissociativní poruchy

- dříve – konverzní hysterie
- existuje jasný časový vztah mezi začátkem příznaků a stresovými událostmi, problémy nebo potřebami
- dochází k narušení normální integrující funkce vědomí a k reakcím, jako jsou konverze a disociace
- **primární zisk** – osvobozuje postiženého od úzkosti tím, že udrží skryté konflikty mimo vědomí
- **sekundární zisk** = praktické výhody plynoucí z ovlivňování nebo z manipulací jinými lidmi

- neurobiologie disociace:
 - osa hypofýza-nadledvinky
 - aktivace opioidních mechanismů
 - vazba na posttraumatickou stresovou poruchu

- léčba: systematická psychoterapie, často hypnóza; psychofarmaka jen přídatně

F44 Dissociativní poruchy

- **dissociativní amnézie** – funkční poruch paměti, týkající se traumatických nebo stres vyvolávajících událostí; vztahuje se na ohraničený časový úsek (minuty až roky)
- **dissociativní fuga** – prakticky se jedná o vigilambulantní mráкотný stav (postižený opustí domov, bezúčelně cestuje, nepamatuje si svoji identitu a minulost) – reakce na silný psychosociální stres
- **dissociativní stupor** – útlum psychomotoriky bez somatického vysvětlení
- **dissociativní trans stavy a stavy posedlosti** – jako by se postižené osoby zmocnil jiný jedinec, duch, božstvo, „cizí síla“
- **dissociativní poruchy motoriky, dissociativní křeče a poruchy citlivosti a senzoričké poruchy** – ztráta nebo narušení pohybů končetin, kožního čítí, ke ztrátě zraku, sluchu nebo čichu apod.
- **jiné dissociativní poruchy:**
 - Ganserův syndrom (pseudodemence) – vzácný
 - mnohočetná porucha osobnosti - v jednom jedinci jakoby existovaly dvě nebo více samostatných osobností

Konverzní a disociativní poruchy - PST

- racionální PST - objasnění psychogenního mechanismu poruchy, návrh adaptivnějších forem řešení pacientových problémů
- empatický přístup a náhledová terapie se rovněž v přístupu neliší od PST jiných neurotických poruch
- hypnóza - pacienti s konverzní symptomatikou jsou často vysoce hypnabilní, hypnóza je velmi účinná u monotematických konverzních symptomů
 - **postup**: sugesce s přímým příkazem ke zrušení symptomu nebo navození halucinované situace, která vyžaduje uplatnění narušené funkce, následuje upevnění posthypnotickou sugescí a terapeutické zpracování zážitku v bdělém stavu pacienta
- AT - autosugesce zaměřené na symptom, zvýšení psychické odolnosti a racionální sebekontroly
- KBT – tzv funkcionální trénink: narušená funkce se léčí jakoby byla skutečně organicky podmíněná (při konverzním mutismu se pacient učí znovu mluvit)

Dissociativní poruchy

Raná traumatizace

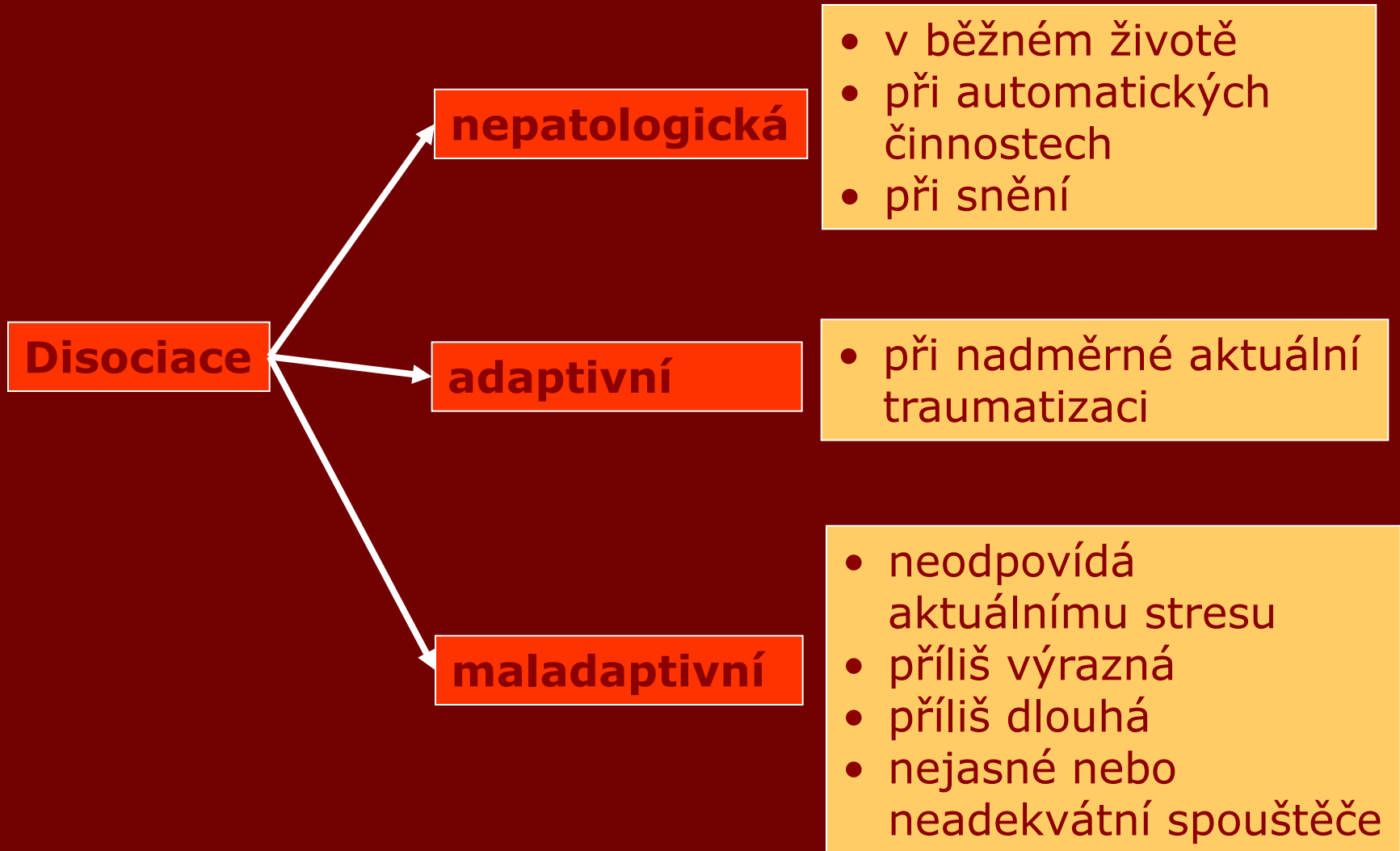
1. Sexuální zneužívání v dětství
2. Tělesné zneužívání v dětství
3. Dlouhodobé emoční odmítání od rodičů
4. Opuštění rodiči v dětství nebo jiné závažné trauma v dětství
5. Tělesné napadení nebo život ohrožující zážitek
6. Rodinné klima v dětství, které dlouhodobě v dítěti vzbuzovalo vztek a které potlačovala jeho otevřené vyjadřování

Dissociativní poruchy

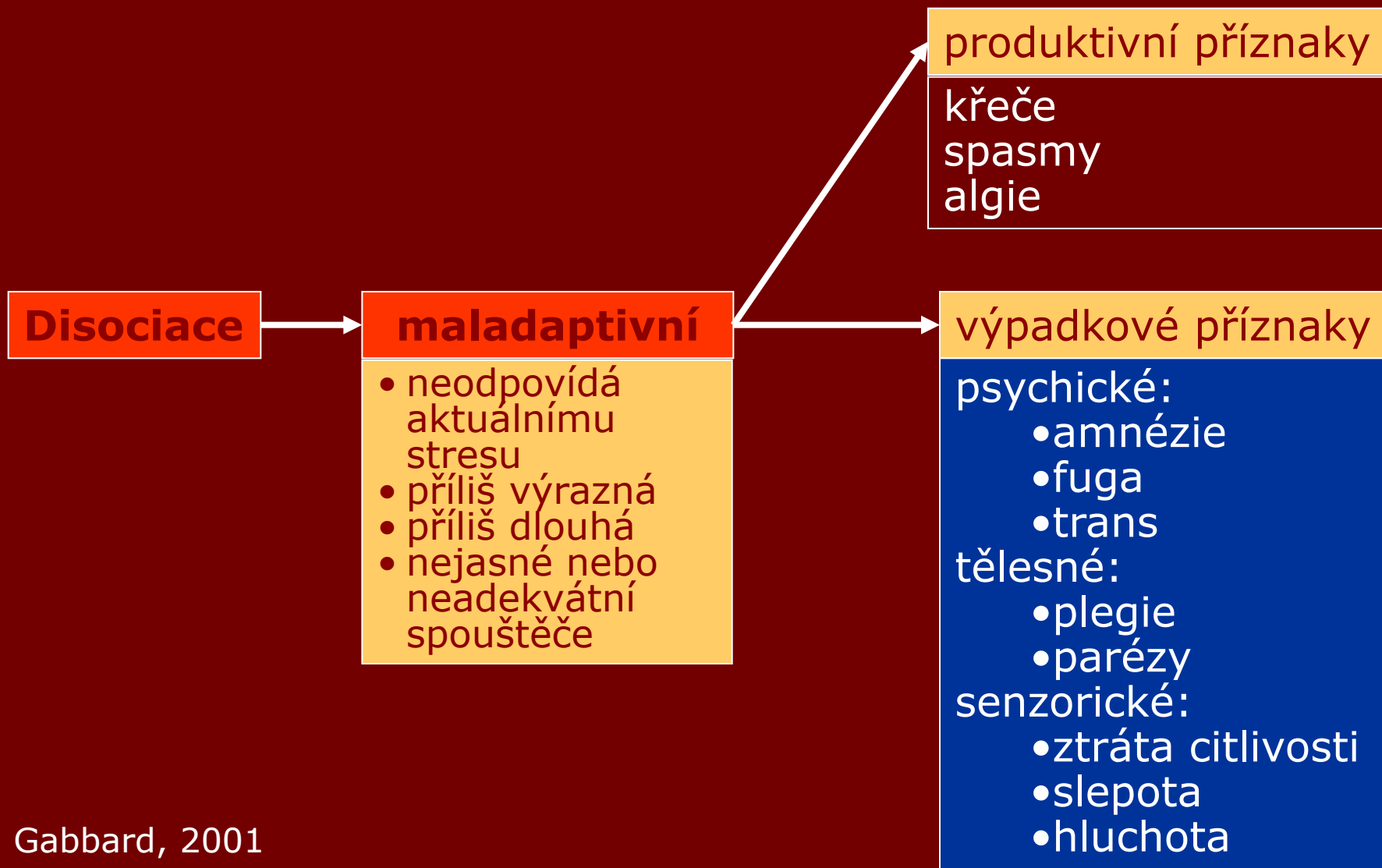
Spouštěče

1. Nehoda jakéhokoli typu (automobilová havárie, úraz, požár...)
2. Kumulace běžných životních stresorů (finanční potíže, vztahový nesoulad, zdravotní potíže...)
3. Změna životní role (sňatek, narození dítěte nástup do pracovního poměru...)
4. Náhlá nemoc nebo chirurgický zákrok
5. Úmrtí blízké osoby nebo opuštění blízkou osobou (rozvod, rozchod...)
6. Závažný vztahový konflikt
7. Závažná sexuální událost (menarche, iniciace sexuální aktivity, homosexuální zážitek, znásilnění, incest)
8. Kontakt nebo hrozící kontakt s osobou, která danou osobu zneužívala nebo znásilnila
9. Tělesné nebo sexuální zneužívání a násilí ze strany životního partnera
10. Ztráta práce, pracovní stres, konflikty v práci

Dissociativní poruchy



Dissociativní poruchy



Somatoformní poruchy a jiné neurotické poruchy - klasifikace

- **F45 Somatoformní poruchy**
- F45.0 Somatizační porucha
- F45.1 Nediferencovaná somatizační porucha
- F45.2 Hypochondrická porucha
- F45.3 Somatoformní vegetativní dysfunkce
- F45.4 Přetrvávající somatoformní bolestivá porucha
- F45.8 Jiné somatoformní poruchy
- F45.9 Somatoformní porucha nespecifikovaná

- **F48 Jiné neurotické poruchy**
- F48.0 Neurastenie
- F48.1 Depersonalizační a derealizační syndrom
- F48.8 Jiné specifikované neurotické poruchy
- F48.9 Neurotická porucha nespecifikovaná

F45 Somatoformní poruchy

- u 20-50% pacientů v ordinacích praktických lékařů se nenajde jasná tělesná příčina jejich obtíží
- **somatoformní poruchy**: základní projev – somatické stesky, které nelze vysvětlit tělesnou poruchou

F45.0 Somatizační porucha

Diagnostická vodítka

- **somatizační porucha**: opakované a často se měnící tělesné příznaky, pro které pacient vyžaduje u rozličných lékařů léčbu; popisované symptomy zahrnují typicky více orgánových systémů, laboratorní výsledky jsou negativní; diagnóza somatizační poruchy – potíže musí trvat alespoň 2 roky; pokud je somatická porucha přítomna, nevysvětluje rozsah příznaků.
- pacient je těmito příznaky zaujat natolik, že mu to působí trvalé obtíže, pro které vyžaduje a vyhledává lékařské konzultace nebo odborná vyšetření, navštěvuje léčitele nebo užívá léky
- nevíra v negativní nálezy a ujištění

F45.0 Somatizační porucha

DG dle MKN 10: požadavek 6 příznaků
(alespoň ze 2 skupin)

- 1. GIT příznaky** (bolesti břicha, nauzea, pocit plnosti či plynatosti, pachut' v ústech, zvracení či regurgitace, průjmy, plyny)
- 2. Kardiovaskulární příznaky** (dušnost, bolesti na hrudi, palpitace)
- 3. Urogenitální příznaky** (dysurie, polakisurie, dysestesie v genitálu, výtok)
- 4. Kožní nebo bolestivé příznaky** (skvrnitost pokožky, bolesti v končetinách či kloubech, necitlivosti a brnění)

F45.0 Somatizační porucha

Epidemiologie a komorbidita

- celoživotní prevalence: asi 2% žen (poměr žen k mužům je 5 až 20:1)
- 5% pacientů u obvodního lékaře
- 9% pacientů v nemocnici
- 12% pacientů v ambulanci bolesti
- 17% pacientů s dráždivým tračníkem
- častěji svobodní, nižší vzdělání, nižší socioekonomický status, chaotický životní styl, časté rozvody, změny zaměstnání

- 61-72% pacientů trpí poruchou osobnosti, nejčastěji vyhýbavá, paranoidní, OC, schizotypální, histriónská, emočně nestabilní
- 50% pacientů prodělá velkou depresivní epizodu
- 34% GAD, 26% panická porucha, časté fobie, abusus léků, alkoholu

F45.0 Somatizační porucha

Etiologie

- **genetická dispozice:** konkordance u monozygotních dvojčat (29%) vyšší než u dizygotních
- **teorie sociální komunikace:**
 - využití tělesných příznaků k manipulaci a kontrole ve vztazích
 - alexithymie: neschopnost verbálně vyjádřit své emoce, tělesné příznaky symbolicky vyjadřují emoční stav.
 - řešení intrapsychického konfliktu: neschopnost jiné adaptace na požadavky okolí a vývoje.
- **psychodynamický přístup:**
 - hysterie: nevyřešený Oidipovský konflikt, tělesné příznaky představují potlačené pudové impulzy
 - konverze a disociace:
 - traumatizace v dětství (sexuální či agrese)
 - chronický traumatický průběh života
 - vývojová nedostatečnost
- **behaviorální pohled:**
 - učení se od rodičů, imitace nadměrné pozornosti pro somatické stesky v rodině

F45.0 Somatizační porucha

Terapie

- potřeba navázání dobrého terapeutického vztahu
- léčba farmakologická: neexistuje lék, který by prokazatelně kladně ovlivňoval tyto potíže
 - antidepressiva: TCA (nejlepší efekt u bolestivých příznaků), SSRI (lepší tolerance)
 - anxiolytika: vysoce riziková vzhledem k návyku
 - antipsychotika
- léčba psychoterapeutická:
 - podpůrná, behaviorální, dynamická, individuální i skupinová
 - témata:
 - akceptace souvislosti psychiky a příznaků
 - naučit se mírnit příznaky
 - naučit se vyjadřovat své emoce
 - řešit životní problémy adaptivním způsobem
 - spojovat zhoršení příznaků s aktuálním stresem

Terapie nebo management ?

- Somatizační porucha podstatně ovlivňuje sociální život a pracovní schopnosti pacienta.
- Soustředíme se na **„management“**
více než na terapii.
- Strategie „managementu“ je prováděna
v primární péči

Terapie

- **Nejvýznamnější je úspěšný management**
- Důvěryhodný vztah mezi *pacientem a jedním (je-li to možné) lékařem první linie*
- Časté změny lékařů jsou frustrující a neterapeutické.
- Pravidelně plánované návštěvy po 4 –6 týdnech.
- Krátké ambulantní návštěvy – provedeme jedno fyzikální vyšetření během každé návštěvy zaměřené na aktuální stesky.

Terapie

- Chápat symptomy jako **emoční zprávu spíše než** známky nového onemocnění
- Vyhýbat se dalším **diagnostickým a laboratorním testům** a procedurám bez jasné indikace
- Cílem je připravit vybrané pacienty se somatizační poruchou pro psychologické-psychiatrickou péči.

- **Skupinová terapie:**

časově limitovaná, behaviorálně orientovaná a strukturovaná

podpora lidí s podobnými obtížemi, zlepšení „coping“ strategií, zlepšení vnímání a schopnosti vyjadřovat emoce a pozitivní zkušenost skupiny

Somatizační porucha nediferencovaná F45.1

Zahrnuje nespecifikované psychofyziologické nebo psychosomatické poruchy u pacientů, jejichž symptomy a s nimi spojené problémy nesplňují **plně kritéria pro jinou somatoformní poruchu.**

Terapie a průběh onemocnění se však výrazněji neliší.

F45.2 Hypochondrická porucha

- základní rys: strach z toho, že jedinec trpí závažnou chorobou
- obavy alespoň ze dvou vážných tělesných nemocí přetrvávají alespoň 6 měsíců
- dysmorfická porucha – postižený se zabývá tím, že je deformován nebo zohyžděn (nos, vlasy)
- celoživotní prevalence 3-13%; v ordinacích praktických lékařů trpí touto poruchou 10-20% pacientů
- léčba především psychoterapeutická; při komorbiditě s depresí se používají antidepresiva

Hypochondrická porucha

F45.2

- Charakterizovaná **přetrvávajícím zaujetím a strachem** z rozvoje jedné nebo více vážných a progredujících tělesných onemocnění.
- Pacient si stále **stěžuje** na fyzické problémy nebo je stále zaměstnáván projevy onemocnění.
- Strach je založen na misinterpretaci tělesných projevů a pocitů.
- Lékaři nezjistí vyšetřením žádné tělesné onemocnění, ale strach a **přesvědčení o nemoci přetrvává navzdory ubezpečení.**

Diagnostická vodítka

Pro **definitivní diagnózu** jsou **nutná následující kritéria:**

- Přetrvávající víra v **existenci vážného onemocnění** přes opakované ujištění pacienta o negativních vyšetřeních a nálezech nebo persistující **zaujetí předpokládanou deformitou**.
- Persistující **odmítání rad** a ujištění několika lékařů, že se o vážné onemocnění nebo abnormitu nejedná.

Diferenciální diagnóza

- Vyloučení **organického postižení**, obvykle již provedeno lékařem primární péče.
- **Somatizační porucha** - více **zaujetí samotnými symptomy** než konkrétním onemocněním

X

zaujetí 1 nebo 2 somatickými onemocněními přetrvává,

výskyt bez rozdílu pohlaví,

není prokázán typický rodinný kontext

Diferenciální diagnóza

- **Známky simulace** - aktuální symptomy jsou spíše uváděny než předváděny.
- **Somatické bludy u psychotických onemocnění**, depresivní porucha, schizofrenie a porucha s bludy – další psychotická symptomatika.
- **Anxieta a panické poruchy - somatické projevy úzkosti** mohou být někdy považovány za známky vážného onemocnění

X

přesvědčení o přítomnosti závažného tělesného onemocnění se nerozvíjí.

Terapie a prognóza

- **Komorbidní psychiatrické symptomy** mohou zjednodušit doporučení pacienta k psychiatrovi a vést i ke zlepšení hypochondrické poruchy
- Jinak pacienti **silně odmítají psychiatrickou péči** a zůstávají v péči primární.
- **Podobná léčba „management“ a skupinová terapie - stejné cíle jako somatizační porucha.**

Průběh onemocnění

- Obvykle dlouhodobý průběh, **epizody trvají měsíce nebo roky.**
- Znovu vznikají po **psychosocialním stresu** a poškozují psychosociální adaptaci a pracovní schopnosti postiženého.
- Přibližně **50 % pacientů se zlepší**, u ostatních chronický kolísající průběh přetrvává.
- **Lepší vyústění onemocnění predikuje** :. vyšší socioekonomický status, současný výskyt další léčitelné poruchy - anxiety a deprese, akutní začátek, nepřítomnost poruchy osobnosti nebo komorbidní organické poruchy.

Somatoformní autonomní porucha F45.3

- chronické onemocnění s častými relapsy jako **somatizační porucha**
- **Pacient udává horší zdravotní obtíže než pacienti s prokázanou** chronickou somatickou poruchou a udává specifické symptomy
- **Když pacient splňuje kritéria závažnosti symptomů – je to dostatečné pro diagnózu –**
i když lékař o diagnóze pochybuje a nepovažuje ji za dostatečně prokázanou.

Somatoformní bolestivá porucha F45.4

- **Perzistující výrazná a stresující bolest** – nemůžeme ji plně vysvětlit fyziologickými procesy tělesného onemocnění.
- Vyskytuje se současně s **emočními problémy a konflikty nebo** psychosociální problematikou.
- Chronická bolest – jako cesta **hledání mezilidských vztahů, pozornosti a podpory**
- Někdy vymizí při léčbě současných psychiatrických problémů.

Somatoformní bolestivá porucha (2)

- Je velmi obtížné **specifikovat do jaké míry** chronická bolest souvisí s daným poškozením.
- **Vyjádření chronické bolesti je různé** – u různých osobnostních typů a v různých kulturách.
- Z klinického hlediska je nutné akceptovat, že pacient **bolest nesimuluje** a jeho stesky o intenzitě bolesti je třeba brát vážně.

Somatoformní poruchy

- hlavně psychodynamická PST a KBT
- racionální PST – nejdříve řádné vyšetření somatického stavu, následuje vysvětlení mechanismu jeho psychogenního příznaku, trénink odpoutání pozornosti od těla a přesunutí k jiným zájmům a hodnotám (zejména u hypochondrie)
- empatický přístup a náhledová terapie: jak skupinová tak individuální forma, skupinová je často účinnější – vzájemná podpora, konfrontace facilituje náhled a reflexi, ke které se konflikty vytěsňující pacient v rámci individuální PST často nedostane
- hypnóza – demonstrace vlivu psychogenních faktorů na somatické příznaky, sugesce celkového zlepšení zdravotního stavu
- AT – autosugesce jako např. „potíže jsou mi lhostejné“, „zajímají mě více věci kolem“
- KBT – opět edukace, kognitivní rekonstrukce a postupná expozice, dále desenzibilizace představ obávaných chorob, nácvik „stop techniky“ – zastavit nevhodný sled myšlenek a představ