

12. PORUCHY VYVOLANÉ STRESEM. SOMATOFORNÍ PORUCHY. PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY.

PORUCHY VYVOLANÉ STRESEM

Specifickou vyvolávající příčinou zde jsou **mimořádně stresující životní zážitky** nebo **významné životní změny**.

1. AKUTNÍ REAKCE NA STRES

Akutní reakce na stres je **závažná duševní porucha**, která vzniká u **jedince**, který **dříve netrpěl psychickými obtížemi**, jako **okamžitá odpověď na mimořádně výjimečný fyzický nebo duševní stres**. Vyvolávajícím faktorem může být **zážitek spojený s ohrožením duševní či fyzické integrity jedince** nebo jeho **blízkých příbuzných** (například povodeň, požár domu, těžký úraz, autonehoda, únos, znásilnění, život ohrožující choroba), nebo **náhlá a závažná změna v sociální roli a mezilidských vztazích postiženého** (ztráta zaměstnání, nevěra partnera, rozvod).

Symptomatologie je dosti **variabilní**, avšak probíhá obvykle v typickém cyklu: **úvodní stav „ustrnutí“** se zúženým vědomím a pozorností, neschopností chápat podněty a dezorientací (až stupor, „stavění se mrtvým“). Na tento stav může dále navazovat **další emoční otupění**, nebo **naopak agitace a hyperaktivita** (útěková reakce). Obvykle jsou přítomny vegetativní příznaky v podobě **tachykardie, pocení, chvění, zčervenání**. **Symptomy** obvykle během **několika hodin**, maximálně dnů, **spontánně mizí**. Na zmíněné období se může rozvinout částečná nebo úplná **amnézie**..

2. POSTTRAUMATICKÁ STRESOVÁ PORUCHA

Posttraumatická stresová porucha (*Posttraumatic Stress Disorder* – PTSD) vzniká u disponovaných osob jako **opožděná reakce na mimořádně intenzivní stresovou událost**. Na rozdíl od akutní reakce na stres se jedná o reakci dlouhodobou, která se **rozvíjí do šesti měsíců od stresující události**. Postižený **opakovaně prožívá katastrofickou událost** v živých myšlenkách, snech či fantaziích (tzv. **flashbacks**), **vyhýbá se situacím a místům**, ve kterých se zážitek přihodil. Jeho **vzpomínky** na kritickou dobu a událost jsou částečně **narušeny**. Pociťuje **úzkost**, **trpí poruchami spánku, koncentrace**, je nadměrně ostražitý, má sklon k **úlekovým, panickým či agresivním reakcím**. Jeho **afektivita** se stane **otupělou, vyhaslou**, ztrácí zájem o své předchozí aktivity, cítí se být **odcizen lidem**.

V léčbě PTSD se používají různé **psychoterapeutické postupy** a různé skupiny léků (**antidepresiva, neuroleptika**). Časná **krizová intervence** a **podpůrná psychoterapie** mohou pomoci předejít těžšímu průběhu obtíží, byly vypracovány specifické postupy v rámci **krátké dynamické a kognitivně-behaviorální terapie**, které bývají u těchto pacientů dosti účinné.

3. DISOCIAČNÍ PORUCHY

Aby bylo možno diagnostikovat disociační poruchu, **nesmí být prokázána žádná somatická choroba**, která by mohla vysvětlit charakteristické příznaky této poruchy. Existuje **jasný časový vztah mezi začátkem příznaků a stresovými událostmi, problémy nebo potřebami**. Objevují se **příznaky, které přinášejí jedinci určitý prospěch**. Hovoří se o tak zvaném **primárním zisku**, který **osvobozuje postiženého od úzkosti** tím, že **udrží skryté konflikty mimo vědomí**. **Sekundárním ziskem** jsou pak míněny **praktické výhody** plynoucí z ovlivňování nebo z **manipulací jinými lidmi** (**závislá osoba ochrne na jednu dolní končetinu, a tím přinutí partnera, aby ji neopustil**).

a) Disociační amnézie

Disociační amnézie je typická **funkční porucha paměti**, týkající se **traumatických nebo stres vyvolávajících událostí** (pohlavní zneužití, znásilnění, ale také sebevražedný pokus, kriminální delikt, vážné manželské problémy). Vztahuje se většinou na **ohraničený časový úsek trvající minuty až roky**.

Přestože některé **informace** jsou přechodně **nepřístupny** vědomému zpracování, **ovlivňují chování a citění** dotyčných. Tito pociťují **odcizení, demoralizaci**, jsou **sníženě schopni** prožívat **kladné intimní vztahy**.

b) Disociační fuga

Disociační fuga je **mráкотný stav**, kdy postižený jedinec **neočekávaně opustí domov, bezúčelně cestuje** (na první pohled je „normální“), **nepamatuje si svoji skutečnou identitu a minulost**. Někdy **získá i novou identitu**. Fuga často začíná náhle jako reakce na **silný psychosociální stres**.

c) Disociační stupor

Při disociačním stuporu se náhle rozvine výrazný **útlum psychomotoriky**, který splňuje kritéria pro stupor. Pro uvedený stav se **nenajde žádné somatické vysvětlení**. Nápadná bývá jeho časová souvislost k proděláním nějakého **intenzivního prožitku** (například autonehoda).

d) Disociační trans a stavy posedlosti

Postižená osoba jedná, jako by se jí **zmocnil jiný jedinec, duch, božstvo, „cizí síla“**.

e) Disociační poruchy motoriky, disociační křeče, poruchy citlivosti a senzorické poruchy

Dojde ke **ztrátě** nebo narušení **pohybů končetin, kožního cití, ke ztrátě zraku, sluchu nebo čichu** a podobně. Může se jednat o **ochrnutí, křeč, hluchotu, slepotu**. Nápadný bývá **nedostatek prožívání**.

f) Mnohočetná porucha osobnosti

Někdy může dojít až k rozvoji mnohočetné poruchy osobnosti, kdy **v jednom jedinci** jako by existovaly **dvě nebo více samostatných osobností**. V daném časovém **okamžiku** se projevuje **vždy jen jedna z nich**, ale žádná **nemá přístup ke zbývajícím**. Každá forma má své **vlastní vzpomínky, preference a vzorce chování**, které mohou být i zcela **protikladné**. Přeměna z **jedné osobnosti do druhé** je obvykle spojena s **traumatickou událostí**.

V typickém případě se obtíže rozvíjejí **v adolescenci nebo rané dospělosti**.

g) Ganserův syndrom

Ganserův syndrom je **vzácný fenomén**, pro který jsou **typické „přibližné“ nebo zcela nehorázné odpovědi**. Například žena – **účetní**, obviněná z **defraudace** velké finanční částky, ve vyšetřovací vazbě udává na dotaz znalce, že **2 + 2 = 8, je rok 1854** a podobně. Přitom její chování je jinak zcela normální. Jedná se o **nevědomou simulaci duševní poruchy** rozvíjející se u **lidí v obtížné osobní situaci**, jako **vazební pobyt** nebo v rámci **válečných útrap**, směřující k **úniku z této situace** a k vyhnutí se odpovědnosti.

Léčba

Léčba disociačních poruch náleží odborníkům vzdělaným a vycvičeným v různých druzích **systematické psychoterapie**. Často bývá používána též **hypnóza**. Po ústupu disociační symptomatologie je třeba zpracovat intrapsychické nebo interpersonální problémy, které byly podkladem pro rozvoj obtíží.

SOMATOFORNÍ PORUCHY

a) Somatizační porucha

Podstatou této poruchy jsou **opakované a často se měnící tělesné příznaky**, pro které pacient **vyžaduje u rozličných lékařů a specialistů léčbu**. Může se jednat o **mnohočetné problémy postihující potenciálně všechny orgány**, například bolesti břicha, končetin, kloubů, stížností na zvracení, průjmy, vyrážky a jiné. Typické je, že **zahrnují více orgánových systémů**.

Obtíže **začínají v adolescenci** nebo **časně dospělosti**. Nejčastějšími komplikacemi této poruchy jsou **opakované neúčelné operační výkony, nadužívání návykových látek, narušení partnerských vztahů, rozvody, sebevražedné pokusy**.

V časném **dětství** se postižený **ve své rodině** častěji setkával se **modelem manipulace pomocí nemoci** a velkou **starostlivostí o zdraví**. I při minimálních příznacích následovala návštěva lékaře nebo podání nějakého léku.

b) Hypochondrická porucha

Základním rysem zde **není zabývání se tělesnými symptomy**, jako u **somatizační poruchy**, ale **strach z toho, že jedinec trpí závažnou chorobou**. Pokud se postižený zabývá tím, že je **deformován nebo zohyžděn**, hovoří se o **dysmorfické poruše** (například považuje svůj nos za příliš vyčnívající nebo vlasy za ošklivé).

c) Přetrvávající somatoformní bolestivá porucha

Pacient si stěžuje na **somaticky nevysvětlitelné bolesti velké intenzity**, které jsou neustále středem jeho pozornosti a způsobují mu problémy.

V léčbě je třeba předepisovat **anxiolytika** a vyhýbat se požadovaným analgetikům. Dalšími užívanými léky jsou **antidepresiva**, ale především **komplexní psychotherapeutický přístup**, obdobně jako u pacientů se somatizační poruchou.

d) Neurastenie

Neurastenie zahrnuje buď **zvýšené pocity únavy po malém duševním vypětí** nebo trvalé a úzkostné stesky na pocity únavy a tělesnou slabost **po malé tělesné námaze**. Příznaky zahrnují **bolesti ve svalech, závratě, bolesti hlavy, poruchy spánku, podrážděnost**. Na rozdíl od somatoformní poruchy zde nejsou v popředí **obavy z nepříjemných tělesných příznaků**, ale **ze snížené výkonnosti**.

Léčba

V léčbě těchto poruch se dává přednost **psychotherapeutickému přístupu**. Zdá se, že prvky **podpůrné, racionální, edukativní a abreaktivní psychotherapie** jsou účinné. Těžiště psychotherapeutických rozhovorů je výhodné postupně přesouvat **ze somatických symptomů k sociálním a interpersonálním problémům pacienta**. Při hlubší depresi se používají antidepresiva.

e) Depersonalizační a derealizační syndrom

Postižení depersonalizačním a derealizačním syndromem si stěžují na **pocity neskutečnosti, odcizenosti, „neexistence“**. Mají pocit, že **jejich myšlenky a tělo** (depersonalizace) nebo že **okolí nebo určité předměty** (derealizace) **vypadají divně**, jako na jevišti, na kterém všichni hrají. Pacienti si **uvědomují**, že **nejde o realitu**. Jako samostatná porucha se tento syndrom vyskytuje velmi vzácně. Obvykle **doprovází řadu duševních poruch** (epilepsie, intoxikace, úzkostné a afektivní poruchy, prodromy schizofrenie), ale vyskytuje se i **v rámci stresových situací** nebo při **horečnatých stavech**. Většinou se jedná pouze o **krátkodobý, přechodný jev**, který nevyžaduje léčbu.

PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY

Poruchy příjmu potravy jsou psychickým onemocněním, které se vyznačuje **obsedantním myšlením na vlastní postavu**, na **udržení nízké hmotnosti** a na **jídlo** a **poruchami tělesného schématu**. V kontextu **kultury idealizující štíhlost** se pacientka **snaží kontrolou nad jídlem a postavou docílit změn i v jiných životních oblastech**, například **získat ocenění a pozornost**. Onemocnění může mít zpočátku emocionální vyrovnávací funkci, **pacientka** se dočasně **zbaví strachu, úzkosti, pocitu nejistoty a nízkého sebehodnocení**.

Původní symptomy postupně vedou k rozvoji **široké škály následných problémů somatických, psychických** (omezení zájmů na diety a **obsedantní systém pravidel** týkající se jídla a cvičení, **poruchy koncentrace, černobílé myšlení, afektivní labilita, deprese a anxieta**) i **sociálních** (**sociální izolace, ztráta zaměstnání, studijní selhání, ztráta rodinného zázemí, ekonomické problémy**).

Jde o onemocnění **biopsychosociální**. **Riziko** onemocnění je **vyšší pro dívky**, které se věnují „**rizikovým aktivitám**“ (modelky, baletky, zpěvačky). Sociokulturní faktory jsou zprostředkovány **tlakem rodiny, vrstevníků i médií**. Výzkumy potvrzují, že **trauma a stres** mají podíl na vzniku a průběhu onemocnění (například sexuální zneužití, raná separace od rodičů, nehody). Jedna z teorií říká, že **tyto dívky se bojí dospělosti a role dospělé ženy**, proto odmítají dospět – nechtějí, aby se u nich začaly vyvíjet sekundární pohlavní znaky dospělé ženy. Další teorie říká, že **tyto dívky pocházejí z rodin s přísným režimem**, kde samy nemohly o ničem rozhodovat, jediné co měly pod kontrolou, jediné, co **mohly ovládat, byla jejich hmotnost**.

a) Mentální anorexie

Mentální anorexie je charakterizována **úmyslným snižováním hmotnosti**, které si pacientka způsobuje a udržuje sama. Tělesná **hmotnost** je udržována **nejméně 15 % pod předpokládanou hmotností**. Specifická psychopatologie spočívá v přetrvávajícím **strachu z tloušťky i při výrazné podvázce**, zkreslené představě o vlastním těle a **vtíravých, ovládacích myšlenkách** na udržení **nízké hmotnosti**.

b) Mentální bulimie

Mentální bulimie je charakterizována opakovanými **záchvaty přejídání** a přehnanou **patologickou kontrolou tělesné hmotnosti**. Začíná **později než anorexie** a často se z anorexie vyvíjí. Symptomy poruchy je **neustálé zabývání se jídlem**, neodolatelná touha po jídle a záchvaty přejídání. Snaha potlačit výkrmný účinek jídla **vyprovokovaným zvracením, laxativy, diuretiky**.

c) Ortorexie

Ortorexie je **patologická posedlost zdravou výživou**. Tato porucha se projevuje tak, že se u nemocného z počáteční **orientace na zdravou stravu**, na obchody se zdravými potravinami a na hledání informací, jak se takové potraviny vyrábějí, stává **posedlost a hlavní náplň času**. Roste strach z „nezdravého“ jídla, **zdravé jídlo** je podrobováno stále většímu **zkoumání** a i to postupně **přestává být dost zdravé**, tedy bezpečné. **Jídelníček** se tak **zužuje na minimum**, nemocný ztrácí na tělesné hmotnosti a trpí podvýživou. Navíc musí **na jídlo** podobně jako při mentální anorexii velmi často **myslet, trápí ho úzkosti a deprese**.

d) Bigorexie

Bigorexie se týká převážně tělesných proporcí ve smyslu **posedlosti vlastním vzhledem**. Jde o poruchu vnímání vlastního těla, kdy nemocný **usiluje o dosažení** často **nereálných hodnot** ve své **fyzické zdatnosti**, svých tělesných proporcí. Bigorektici si připadají slabí, nedostatečně svalově vyvinutí, a jsou ochotni pro dosažení **vzhledu z kulturistických časopisů** udělat cokoli. Často jsou **závislí na posilování, zneužívají zejména bílkovinné potravinové doplňky** a látky, podporující svalový růst a ovlivňující metabolismus.

e) Přejídání spojené s jinými psychickými poruchami

Přejídání spojené s jinými psychickými poruchami je **reakcí na stresové události**, například **úraz, sexuální trauma, ztrátu blízké osoby** či uplatnění. Přejídání, které **vede k nárůstu hmotnosti**, může vést postupně ke **sníženému sebehodnocení, poruchám nálady, úzkostným stavům**, nejistotě v osobních vztazích a sociální izolaci. **Dietní opatření** často vedou do začarovaného kruhu výrazného **kolísání hmotnosti**.

Pika – nutkavé požívání látek, které nejsou k jídlu (hlína, výkaly).

Léčba

Bezprostředním cílem je především **navození normálního jídelního režimu a odstranění biologických a psychologických následků podvýživy**. Dlouhodobé cíle spočívají v řešení **psychických problémů** (vztahové problémy, nízké sebevědomí a nízká frustrační tolerance) k prevenci relapsu. V posledních letech jsou zdůrazňovány pozitivní výsledky **kognitivně-behaviorální terapie** a užívání **svěpomocných manuálů**. **Rodinná terapie** a poradenství jsou považovány zvláště u **mladších adolescentů a dětí** za téměř nezbytné. Z léků se užívají **antidepresiva a anxiolytika**.