

11. NEUROTICKÉ PORUCHY – FOBICKÉ, ÚZKOSTNÉ, OBSEDANTNĚ-KOMPULZIVNÍ

A. ÚZKOSTNÉ PORUCHY

Úzkost a strach patří k běžným emocím, které každý člověk během svého života prožívá. Úzkost je nepříjemný emoční stav, jehož příčinu nelze přesněji definovat. Strach lze definovat jako emoční a fyziologickou odpověď na rozpoznatelné nebezpečí a trvá pouze po dobu jeho existence. Za normálních okolností mají svůj nezastupitelný ochranný i informační význam.

Úzkostné poruchy patří mezi nejčastější duševní onemocnění, neboť z celoživotního hlediska postihují až jednu čtvrtinu populace vyspělých zemí.

Příčiny vzniku úzkostných poruch:

- **Psychoanalytický pohled** – příčina strachu bývá připisována konfliktům, které vznikly v raném dětství, potlačením především sexuálního a agresivního pudu. Často má tato situace nastat u osob, jejichž výchova byla přísná a omezující.
- **Etologický model** – zdůrazňuje význam evolucí vzniklé potřeby po pevné vazbě s blízkou osobou. Osoby, které v dětství neměly možnost prožít takový vztah, prožívají v zátěžových situacích úzkostné pocity.
- **Behavioristé** tvrdí, že úzkost je podmíněnou reakcí na některé zevní stimuly – například dítě pochopí, že v nepřítomnosti matky (podmíněný podnět) trpí hladem (nepodmíněný podnět), „naučí se“ být úzkostné vždy, když je matka nepřítomna, a tato úzkost přetrvává i v dospělosti.
- Podle **kognitivní teorie** je příčinou úzkosti katastrofická interpretace myšlenek nebo běžných tělesných vjemů. Například zrychlený tep způsobený stresovou situací může být falešně vykládán jako příznak ohrožení a vyvolat záchvat strachu a úzkosti.
- **Existenciální teorie** tvrdí, že si člověk uvědomuje dočasnost své existence a svoji smrtelnost. Úzkost a strach jsou pochopitelnou reakcí na tuto skutečnost.
- **Biologické teorie** – ukazují se, že u těchto pacientů existují dědičné faktory – jedná se o poruchy produkce a výměny neurotransmiterů.

Prožívaný strach je doprovázen řadou tělesných i psychických příznaků. Jedná se o následující okruhy obtíží:

- **Příznaky vegetativní aktivity** – bušení srdce nebo zrychlený tep, pocení, třes nebo chvění, sucho v ústech.
- **Příznaky vztahující se ke hrudi nebo břichu** – pocity dušení, bolesti na hrudi nebo vnitřní neklid, zvracení nebo jiné břišní obtíže.
- **Příznaky vztahující se k duševnímu stavu** – pocity závratí, pocity na omdlení, točení hlavy, depersonalizace, strach ze ztráty kontroly, ze ztráty vědomí, nebo strach, že „se zblázní“, strach ze smrti.

1. FOBICKÉ ÚZKOSTNÉ PORUCHY

a) Agorafobie

Jedná se o strach být v davu, na veřejných místech, cestovat sám nebo strach z opuštění domova. Jsou to tedy obavy být sám nebo být v situacích, ze kterých je obtížné odejít, kde je obtížně dosažitelná pomoc. Typicky obávané situace jsou například užití hromadných dopravních prostředků, jako jsou autobusy, vlaky, letadla, zvláště často se lze setkat z obavy z jízdy v metru, pobytu ve výtahu, restauraci, obchodních domech nebo jiných místech, kde je hodně lidí.

Výše uvedené obavy vedou k tomu, že se postižený snaží těmto specifickým místům a situacím vyhnout (vyhýbavé chování). V nejtěžších případech je proto vázán na domácí prostředí a je schopen ho opustit pouze v doprovodu partnera či jiné blízké osoby.

Porucha začíná obvykle ve věku 18 – 35 let. Ve většině případů dojde k rozvoji několika spontánních panických atak, po kterých se rozvine anticipační úzkost, vyhýbavé a závislé chování.

b) SOCIÁLNÍ FOBIE

Lidé postižení touto poruchou trpí **strachem z kontaktu s jinými lidmi**. V sociálních interakcích se obávají, že **ostatní je nepříznivě přijímají**, že **nepodají očekávaný výkon** a těmto situacím se **snaží vyhnout**. Může se jednat o relativně **izolované strachy**, například **z veřejného vystoupení**, nebo o formu **generalizovanou**, kdy se obavy týkají **téměř všech sociálních kontaktů**. Když se postižený dostane do obávané situace, často se u něho rozvinou **tělesné příznaky úzkosti**, jako jsou například **bušení srdce, chvění, pocení**, zvýšené svalové napětí, pocity prázdnoty v žaludku, sucho v ústech, pocity horka nebo chladu a **bolestí hlavy**.

Sociální fobie obvykle **začíná ve velmi časném věku**. Přibližně **40 % onemocnění** se rozvíjí **před dosažením desátého roku věku** a asi v **95 % případů** začne **před dovršením dvaceti let**. Tento časný rozvoj obtíží může způsobit **vážné vývojové problémy**. Vyhýbání se obávaným situacím je přitom dosti intenzivní a v extrémních případech může vést k téměř **úplné sociální izolaci** postiženého.

c) Specifické (izolované) fobie

Jedná se o ohraničené **obavy ze specifických objektů, situací nebo činností**. **Strachy** bývají pacientem považovány za **nadměrné a nerozumné** a jsou obvykle dlouhodobé. Prosté **uklidňování pacienta je neúčinné**.

Specifické fobie lze dělit do **tří skupin**: **strach ze zvířat** (z pavouků, hadů, hmyzu), **situační fobie** (strach z výšek, výtahů, blesků, létání) a **fobie z poranění** (injekce, zubní ošetření, pohled na krev).

Strachy ze zvířat obvykle začínají v raném dětství (již **kolem čtvrtého roku života**), zatímco **situační fobie až v časně dospělosti** (po dvacátém roce života). Jejich **důsledky** však většinou **nebývají tak závažné** jako u ostatních úzkostných poruch.

d) Generalizovaná úzkostná porucha

Postižení žijí v **neustálém úzkostném očekávání špatných věcí**, mají problémy i s nejtriviálnějšími záležitostmi, jsou plačtiví, **nedokážou si odpočinout, soustředit se**. Prožívají také řadu nepříjemných tělesných obtíží, jako jsou **svalové napětí, nespavost, bolesti hlavy**, nadměrně se potí, trpí třesem atd.

Obtíže se rozvíjejí obvykle **v rané dospělosti**.

e) Smíšená úzkostná depresivní porucha

U těchto pacientů se **současně** vyskytují **úzkostné i depresivní symptomy**, z nichž ani jedny výrazně nepřevládají. Příznaky zahrnují **chronickou úzkost, občasná panické ataky, agorafobické a depresivní obtíže**.

Léčba úzkostných poruch

Základním a rozhodujícím kritériem pro zahájení léčby fobických poruch je skutečnost, že její **symptomy a vyhýbavé chování výrazně narušují psychosociální adaptaci postiženého**. Časným poskytnutím **psychofarmakologické (anxiolytika a) léčby a psychoterapie** může být zmírněno nebo zcela **zabráněno vážným poškozením**, rozvoji škodlivých adaptačních mechanismů a vzniku přidružených duševních poruch.

Bylo spolehlivě prokázáno, že **nácvik sociálních dovedností** (například modelování, **behaviorální nácvik, hraní rolí**), cílené **vystavování se obávaným situacím** (expozice ve **fantaziích** nebo **naživo**) a **kognitivní restrukturalizace**, zaměřená na **negativní a dysfunkční myšlenky** v rámci **kognitivně-behaviorální terapie** jsou účinnou metodou v léčbě fobií.

2. PANICKÁ PORUCHA

Podstatným psychopatologickým rysem jsou **náhle vznikající a nepředvídatelné**, periodicky se opakující **záchvaty masivní úzkosti (paniky)**, které **nejsou omezeny** na žádnou **specifickou situaci** nebo souhrn okolností. Podobně jako u jiných úzkostných poruch jsou symptomy u různých pacientů různé, ale společný

je u všech **náhlý začátek záchvatu**, palpitace, **bolest na hrudi**, **pocity dušnosti**, **závratě**, **derealizace**. Téměř vždy se objevuje **strach z umírání**, **ze ztráty sebekontroly** nebo **z náhlého zešlení**.

V typickém případě začíná panická porucha **u mladších dospělých lidí**, kteří v minulosti **prožili více stresových události**, někdy ve třetí dekádě jejich věku. Ne vzácně **první ataka** přichází v období život ohrožující **nemoci** či **vážné nehody**, v souvislosti se **ztrátou blízkého člověka**, s ukončením partnerského vztahu nebo s **odtržením od rodiny** (například nástup do školy nebo zaměstnání mimo domov). I požití některých **psychoaktivních látek**, jako jsou například **marihuana**, **LSD**, **kokain** nebo amfetaminy, může **provokovat panické záchvaty**.

U větší části pacientů, odhaduje se, že tomu bývá asi **ve dvou třetinách případů**, se po **opakovaných panických atakách rozvine agorafobie**.

Léčba

V léčbě panické poruchy se používají jak metody **psychoterapeutické**, tak **farmakologické**.

Kognitivně-behaviorální terapie se zaměřuje na **ovlivnění akutní i chronické hypoventilace**, využití relaxačních technik a ovlivnění **vnímání** některých **běžných nepříjemných podnětů**, jako je třeba píchnutí u srdce, se kterým se setkává hodně lidí. Avšak tito pacienti jim **připisují často až katastrofický význam**, což spouští celý vzorec nežádoucího chování a pocitů.

B. OBSEDANTNĚ-KOMPULZIVNÍ PORUCHA

Obsedantně-kompulzivní porucha je **známa lidstvu po staletí**.

Jedinci, kteří trpí **OCD** (*obsessive-compulsive disorder*), obvykle popisují svůj každodenní **život jako „vězení“** či **„bludný kruh“**. Přítomné **nutkavé jevy** mění jejich běžné denní aktivity, postižení musí vykonat **řadu rituálů určených ke zmírnění pocit'ovaného strachu**. Základní charakteristikou této poruchy je přítomnost **nutkavých myšlenek – obsesí a nutkavého jednání – kompulzí**.

Obsese jsou **vtíravé myšlenky nebo představy**, které jedinec **pocit'uje jako cizí, neodpovídající jeho skutečným zájmům a přáním**. Obvykle zahrnují některá z níže uvedených nebezpečí nebo potenciálních poškození – **strach z nákazy** (například špinou, choroboplodnými zárodky, chemikáliemi), **strach, že něco důležitého nebylo uděláno** (například zamčení dveří, zavření plynu), **impulsy k násilnému a agresivnímu chování** (například zabití vlastního dítěte), starosti o **ztrátu něčeho důležitého** (například peníze, dokumenty), nepohoda způsobená **asymetrií nebo nepořádkem** (věci „nakřivo“, nepravidelné rozmístění obrazů na stěnách, nesymetrický počet věcí).

Tyto **psychopatologické symptomy** musí být přítomny většinu času po dobu alespoň dvou týdnů a musí splňovat následující kritéria:

- Pacient musí **myšlenky uznávat za své vlastní**, které **nejsou vyvolány z vnějšku**.
- Jsou **nepříjemné, opakují se** a postižený alespoň některou z nich považuje za **nadměrnou či nesmyslnou**.
- Alespoň jedna nutkavá myšlenka nebo čin jsou tak **naléhavé**, že se jim postižený **neúspěšně brání**.
- **Vyhovění nutkání** není samo o sobě **příjemné**.

Popsaný syndrom vyvolává v postiženém **pocity tísně** a **narušuje jeho psychosociální adaptaci**, nejčastěji **velkou ztrátou času**.

Obsedantně-kompulzivní porucha **začíná** obvykle **v pozdní adolescenci nebo rané dospělosti** s mediánem kolem 15 let.

Příčiny poruchy:

- a) **Psychodynamické hypotézy** podtrhují význam **raného psychosexuálního vývoje**. Podle nich OCD vzniká tam, kde dojde k **regresi jedince z oidipální etapy do etapy anální**. Postižení jedinci pak používají ne plně uvědomované **obránné mechanismy k potlačení nepříjemných sexuálních a agresivních stimulů**.

- b) Podle **teorie učení** vzniká obsedantně-kompulzivní symptomatologie mechanismem **dvojstupňového učení**. V první etapě dochází ke **klasickému podmiňování** (úzkost je sdružena se **specifickým podnětem ze zevního prostředí**). Jedinec začne vykonávat **kompulzivní rituály**, které jsou v zásadě **vyhýbavým chováním**, aby **potlačil úzkost**. Jestliže je v tomto úspěšný, kompulzivní chování se stává častějším (**operantní podmiňování**). **Snížení úzkosti po provedeném rituálu posiluje opakování kompulzivního chování**.

Léčba

Bylo prokázáno, že OCD je relativně **dobře terapeuticky ovlivnitelná**, jak prokázaly studie používající metody **kognitivně-behaviorální terapie a antidepresiva a anxiolytika**.

Tři základní principy kognitivně-behaviorální terapie při léčbě jsou **hierarchie, expozice (vystavení se) a prevence nežádoucích odpovědí**. **Hierarchie** vyžaduje, aby pacient sestavil **pořadí situací a činností**, které v něm **vyvolávají strach**, podle jejich **intenzity**. **Expozice** znamená **vystavit pacienta situaci**, která v něm vyvolává strach. **Prevence nežádoucích odpovědí znamená**, že pacient se vědomě snaží **zdržet se kompulzivních rituálů** zaměřených na snížení úzkosti. Důležité přitom je, že **léčebné efekty** bývají **trvalejšího charakteru**.