

DIAGNOSTIKA A LIEČBA ÚZKOSTNÝCH PORÚCH

Branislav Moťovský

Centrum duševného zdravia, s.r.o., Bánovce nad Bebravou

Úzkostné poruchy patria medzi najčastejšie duševné poruchy. Majú častú komorbiditu s inými duševnými poruchami. Pre diagnostiku úzkostných porúch je dôležitý klinický obraz. Tento článok ponúka stručný popis jednotlivých diagnostických jednotiek, ako aj možnosti liečby.

Kľúčové slová: úzkosť, klinický obraz, telesné prejavy úzkosti, psychické prejavy úzkosti.

Kľúčové slová MeSH: poruchy úzkostné – diagnostika, terapia, psychológia.

Via pract., 2006, roč. 3 (12): 572–574

Podľa súčasnej Medzinárodnej klasifikácie chorôb (MKCH-10) spadá väčšina úzkostných porúch pod *Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresom a somatoformné poruchy* (kategórie F 40 – F48). Ich výskyt v populácii je veľmi častý, niekedy v priebehu života trpelo úzkostnou poruchou približne 10 – 25 % populácie. Dominantným symptómom v tejto skupine psychických porúch je úzkosť, ktorá má psychické a somatické prejavy (tabuľka 1), ktoré môžu byť pri jednotlivých poruchách zastúpené rôznym podielom v rôznej intenzite. V rámci každej úzkostnej poruchy môže byť úzkosť vystupňovaná až do panického záchvatu. Základom na určenie konkrétnej diagnózy úzkostnej poruchy je klinický obraz.

V etiopatogenéze úzkostných porúch sa zisťuje prítomnosť psychogénnych vplyvov, genetických vplyvov, zisťujú sa biochemické a metabolické zmeny v mozgu, pri niektorých poruchách aj diskrétné morfológické zmeny mozgu. Problematika etiopatogenézy je obsiérna, preto na tomto mieste nie je preberaná. Pre jednotlivé poruchy sú vypracované psychoterapeutické a farmakologické algoritmy liečby. Vo všeobecnosti sa odporúča pri úzkostných poruchách podávať benzodiazepíny len na obmedzenú dobu – niekoľko týždňov, resp. sa ich podávanie úplne vyhnúť, nakoľko je pri nich riziko vzniku závislosti a pacienti s úzkostnou poruchou predstavujú pre rozvoj závislosti rizikovú skupinu. V liečbe úzkostných porúch sa používajú antidepresíva (SSRI – selektívne inhibítory spätného vychytávania serotonínu; SNRI – inhibítory spätného vychytávania serotonínu a noradrenalinu, napr. venlafaxin; niektoré tricyklické antidepresíva, niektoré inhibítory monoaminoxidázy), nie je pri nich riziko vzniku závislosti. Ich nevýhodou je, že terapeutický účinok sa objavuje s oneskorením niekoľkých dní až týždňov.

Špecifické (izolované) fóbie – objektom fóbie je špecifická, konkrétne definovaná situácia alebo objekt, napr. zubárske ošetrovanie, pohľad na krv, hlodavce, psy, hrmenie a blesky, tunely, zvracanie, strach z AIDS, rakoviny, objektom fóbie môže byť prakticky čokoľvek. V tejto situácii u pacienta vždy

Tabuľka 1.

Psychické prejavy úzkosti: úzkostná nálada, porucha koncentrácie, pozornosti, hypervigília, insomnia – typické ťažkosti so zaspávaním, depersonalizácia, derealizácia, intrapsychická tenzia, neschopnosť, uvoľníť sa.

Telesné prejavy úzkosti: palpitácie, tachykardia, nepríjemné pocity na hrudníku, regurgitácia, aerofágia, sucho v ústach, nauzea, hyper- alebo hypooexia, pocit tlaku a nervozity v bruchu, plynatosť, hnačky, subjektívny pocit sťaženého dýchania, hyperventilácia, tremor, zvýšená svalová tenzia, závrate, návaly tepla alebo chladu, časté močenie, poruchy libida, erektilná dysfunkcia, potenie, zmeny prekrvenia kože, cefalea, bolesti svalov.

vzniká intenzívna anxieta, ktorá môže prejsť až do panického záchvatu. Fóbia je *neopodstatnený, neprimeraný a intenzívny strach z niečoho*. Pacient si uvedomuje neopodstatnenosť tohto strachu. Môže byť rôznej intenzity. Môže časom spontánne vymiznúť, no môže sa udržiavať celý život a výrazne obmedzovať človeka v bežnej existencii. Typické býva, že ľudia s fóbiou sa intenzívne snažia konkrétnej situácii alebo objektu vyhnúť – *vyhýbavé správanie*. Typická je tiež anticipačná úzkosť, keď človek nie je bezprostredne konfrontovaný s predmetom fóbie, ale má strach, že s ním v kontakte bude, alebo by mohol byť a už samotná myšlienka na obávaný objekt spôsobuje strach – bojí sa vopred (napr. pacient s fóbiou z cestovania v lietadle sa bojí už dva týždne pred odletom – situácie samotnej, ako to zvládne, čo sa mu stane a podobne). Celoživotná prevalencia je okolo 10 %. Špecifické fóbie začínajú najčastejšie v detstve, môžu aj v dospelosti, vtedy skôr po nepríjemnom zážitku, ktorý sa potom stáva predmetom fóbie. V liečbe špecifických fóbií sa uprednostňuje psychoterapia – *expozícia*.

Agorafóbia – zahŕňa strach z verejných priestranstiev, z opustenia domova, z cestovania v dopravných prostriedkoch, z davov, zo státi v rade v obchodoch, z osamelých miest. Ide o situácie, v ktorých má pacient pocit, že je obtiažne z nich uniknúť alebo má pocit, že sa mu nedostane pomoci, ak mu bude „na odpadnutie“, alebo ak dostane panický záchvat. Niekedy sa strach z týchto situácií zmierňuje, ak sa v nich pacient nachádza v prítomnosti blízkeho človeka. Vo viac ako 50 % sa vyskytuje agorafóbia v komorbide s panickou poruchou. Objavuje sa anticipačná úzkosť a vyhýbavé správanie, ktoré môže pacienta v bežnom fungovaní úplne paralyzovať, napr. nie je schopný ísť do obchodu, na

poštu, do práce a pod. Celoživotná prevalencia agorafóbie je okolo 3 %. V liečbe agorafóbie sa používa psychoterapia, SSRI, benzodiazepíny.

Sociálna fóbia – ide o neprimeraný strach zo situácií, keď je dotýčaný stredobodom pozornosti a má obavy z negatívneho hodnotenia seba inými ľuďmi. Títo ľudia sú nadmerne „hanbliví“ v bežných sociálnych situáciách ako sú nakupovanie, vybavovanie na úradoch, prezentácia v zamestnaní, v kontakte s jedincami opačného pohlavia a autoritami. V týchto situáciách dochádza k intenzívnym telesným prejavom (tremor, začervenanie tváre, potenie, zajakávanie sa, trasúci sa hlas), pričom práve týchto symptómov sa pacienti so sociálnou fóbiou obávajú, a majú strach, že si tieto symptómy všimnú aj druhí ľudia a to ešte viac na ich problém upozorní a stanú sa tak objektom kritiky. Tiež majú strach z toho, že obsah toho, čo hovoria, je hlúpy, trápny. Preto sa snažia sociálnym situáciám vyhýbať, hoci v podstate po spoločnosti ľudí túžia, no neadekvátne sa boja znemožnenia a zosmiešnenia. V obávaných situáciách môžu mať nutkanie na zvracanie, k močeniu alebo defekácii, čoho sa tiež obávajú. Vyhýbavé správanie ich môže výrazne obmedzovať v sociálnom fungovaní. Celoživotná prevalencia tejto poruchy je 3 – 16 %. V liečbe sociálnej fóbie je efektívna psychoterapia, SSRI, venlafaxin, moklobemid, benzodiazepíny, betablokátory p.p. (zmiernenie tonusu sympatiku, znižuje telesné prejavy úzkosti).

Panická porucha – ide o opakované záchvaty úzkosti s telesnými prejavmi. Záchvat začína neočakávane, niekedy po určitom spúšťači. Maximum intenzity záchvatu je dosiahnuté v priebehu niekoľkých minút, celý záchvat trvá tiež niekoľko minút. Typické symptómy: palpitácie, tachykardia, potenie, tremor,

pocity sucha v ústach, subjektívne prežívané dyspnoe, algie alebo pocity tlaku na hrudníku, nauzea, nepríjemné pocity v bruchu, závrate, strach zo straty kontroly a zo straty vedomia, strach zo smrti alebo zo „zošalenia“, návaly tepla alebo chladu, parestézie alebo anestézie, pocity cudzosti, zmeny okoliťého sveta, alebo seba samého, svojho prežívania. Panická porucha je charakterizovaná opakovanými panickými záchvatmi – niekoľkokrát mesačne, týždenne alebo denne. Do panického záchvatu môže vyústiť úzkosť v rámci ostatných duševných porúch – vtedy hovoríme len o panickom záchvate (nie poruche) v rámci napr. sociálnej fobie, endogénnej depresie, obsedantno-kompulzívnej poruchy, a iných. Pri panickej poruche sa často objavuje anticipačná úzkosť a vyhýbavé správanie. Asi polovica pacientov trpí zároveň agorafóbiou. Panická porucha má celoživotnú prevalenciu okolo 2 – 3 %. V rámci diferenciálnej diagnózy treba vylúčiť somatické ochorenia, ktoré by mohli imitovať panický záchvat, napr. poruchy srdcového rytmu, hypertyreózu, poruchy minerálneho metabolizmu a iné... *V liečbe je účinná psychoterapia, SSRI, venlafaxin, benzodiazepíny.*

Generalizovaná úzkostná porucha – je typická trvalou úzkosťou, ktorá sa neviaže len na určité situácie alebo objekty. Obsahy obáv sa menia (napr. strach o svoje zdravie, obavy o finančnú situáciu, o manželstvo...), často na seba v priebehu času (aj v priebehu dňa) naväzujú. Úzkosť je pri tom vo svojej intenzite premrštená voči reálnemu ohrozeniu, alebo úplne neopodstatnená (v porovnaní s obavami zdravých ľudí v týchto situáciách). Títo pacienti sa nadmerne zaoberajú bežnými starosťami, čo ich vyčerpáva a unavuje. Najčastejšie subjektívne ťažkosti sú: úzkosť, rôzne obavy, nespavosť so zhoršeným zaspávaním, znížená schopnosť koncentrácie, pocity chvenia, palpitácie, cefalea, nauzea a „ťažoba“ na žalúdku, točenie hlavy, podráždenosť, zvýšená svalová tenzia a iné telesné príznaky úzkosti.

Celoživotná prevalencia je okolo 5 – 10 %. Predpokladá sa, že časť genotypu je spoločná s depresívnou poruchou. *Terapeutický účinok pri generalizovanej úzkostnej poruche má psychoterapia, SSRI, venlafaxin, buspiron, benzodiazepíny.*

Obsedantno-kompulzívna porucha sa prejavuje obsesiami a kompulziami. Obsesie sú nutkavé stereotypné myšlienky, ktoré sa pacientovi sami vnucujú proti jeho vôli a sú pre neho nepríjemné, a výrazne zaťažujúce (Určite som zamkol? Elektrické vypínače svetlá sú špinavé, dostanem hepatitídu!). Kompulzie zmiernujú úzkosť obsesí a prejavujú sa nezmyselným, stereotypným, opakujúcim sa správaním (napr. kontrola kľučiek či sú zamknuté; veľmi časté umývanie rúk), ktorého cieľom je vyhnúť sa domnejšej katastrofe (napr. vykradnutiu, ochoreniu na vážnu infekčnú chorobu).

Pokiaľ sa pacient vykonaniu kompulzii bráni, výrazne narastá úzkosť (že sa niečo zlé stane), až nakoniec kompulziu realizuje – vtedy sa úzkosť zmierni, ale len na krátku dobu a nová obsesia opäť spustí tento patologický kruh. Pacienti si uvedomujú nezmyselnosť svojich obsesí a kompulzií, no ťažko sa im bránia. Táto porucha dokáže výrazne narušiť pracovné, rodinné a spoločenské fungovanie pacientov (napr. pacient chodí neskoro do práce, lebo 3 hodiny doma kontroluje, či je zamknuté). Porucha má prevažne chronický priebeh. Celoživotná prevalencia je 2 – 5 %. *Terapeuticky je účinná psychoterapia, klomipramín a SSRI vo vyšších dávkach, benzodiazepíny, elektrokonvulzívna terapia, poslednou možnosťou pri rezistencii je stereotaktická neurochirurgická operácia.*

Akútna reakcia na stres – vzniká do 1 hodiny po vystavení mimoriadnej psychickej alebo fyzickej záťaži (trauma – pozri posttraumatická stresová porucha), trvá minúty až dni. Môže byť prítomná dezorientácia, porucha pozornosti, hnev, agresia, beznádej, zúfalstvo, bezcieľna hyperaktivita alebo naopak stupor, amnézia na udalosť alebo udalosti tesne po nej. Táto reakcia môže dosahovať až známky psychotického stavu.

Posttraumatická stresová porucha (PTSP) – vzniká po tom, čo bol jedinec vystavený veľmi silnej stresovej udalosti – psychickej alebo fyzickej traume (znásilnenie, únos, prírodná katastrofa, vojna, autohavária, fyzický útok, svedok hrubého fyzického násillia). Bezprostredne po traume sa zvykne objaviť akútna reakcia na stres (pozri vyššie). Následne sa môže rozvinúť PTSP, niekedy hneď po traume, inokedy s latenciou aj niekoľko mesiacov. Prejavuje sa flash-backmi, teda intenzívnym živým prežívaním spomienok z traumy a opakujúcimi sa snami o traume. Pri vystavení sa situácii pripomínajúcej traumy sa rozvíja intenzívna úzkosť, vznikajú flash-backy. Môže ísť o detaily pripomínajúce traumy (napr. vidí chodca, ktorý má podobnú chôdzu ako násilník; začuje pískanie brzdiaceho auta, čo pripomenie autohaváriu). Pacient sa všetkým situáciám a okolnostiam pripomínajúcim traumy vyhýba. Na niektoré časti traumy môže byť amnézia. Dlhodobou je zhoršená koncentrácia pozornosti, poruchy spánku, znížený záujem o pracovný, spoločenský a rodinný život, pocity bezperspektívnosti, pacient neplánuje budúcnosť, stáva sa ľahostajným vo vzťahoch. Blízki ľudia týchto pacientov majú pocit, že sa pacient po traume dosť zmenil. Je prítomná hypervigilita, nadmerné sympatikové vybudenie a nadmerná úľaková reaktivita – jedinci sú neustále v strehu, v očakávaní nejakého nebezpečenstva, čo si často sami neuvedomujú. Táto porucha môže spontánne odznieť, môže sa však chronifikovať a pretrvávajú roky, čo môže viesť k zmene osobnosti. *Liečebne je na*

prvom mieste psychoterapia. Z psychofarmák SSRI, tymopropylaktiká, ostatné psychofarmaká.

Poruchy prispôsobenia – Vznikajú do 1 mesiac po psychosociálnom stresore (napr. strata zamestnania, rozvod), ktorý však nie je katastrofického charakteru, ako pri PTSP. Môže byť pod obrazom úzkostného a depresívneho syndrómu rôznej dĺžky trvania, môže ísť o poruchy správania. *Liečba: psychoterapia, antidepresíva, benzodiazepíny.*

Disociatívne (konverzné) poruchy – v staršej terminológii hysterické. Existuje zrejma časová súvislosť medzi vznikom prejavov a stresovými udalosťami, problémami a potrebami pacienta (napr. hádka s manželom, strach z nočnej služby s potrebou vyhnúť sa jej). Často vznikajú pri interpersonálnych problémoch. Ako psychické, tak aj telesné príznaky vznikajú nevedome, nie sú pod vôľovou kontrolou pacienta. Patria sem:

- *Disociačná amnézia,*
- *Disociačná fuga* (podniknutie neočakávaného cestovania, pričom jedinec koná cieľavedome, no na toto obdobie má amnéziu),
- *Disociačný stupor* (zníženie alebo chýbanie vôľových pohybov, reči a normálnych reakcií na svetlo, hluk a dotyk, pričom dýchanie, svalový tonus a postoj býva zachovaný),
- *Trans a stavy posadnutosti* (dočasný stav kvalitatívnej poruchy vedomia, straty identity a plného vnímania okolia; sú to nechcené a zaťažujúce stavy),
- *Disociatívna porucha motoriky, citlivosti a sensorické poruchy* (úplná alebo čiastočná strata schopnosti vykonávať vôľové pohyby, schopnosti hovoriť, ataxia, čiastočná alebo úplná strata zraku, sluchu, čuchu, perceptorov tepla, chladu, dotyku, vibrácií, bodnutia),
- *Disociatívne kŕče* (kŕče pripomínajú niektorý typ epileptického záchvatu, nedochádza k pohryznutiu jazyka, pomočeniu, strate vedomia a poraneniu),
- *Mnohopočetná porucha osobnosti* (existencia dvoch alebo viacerých osobností u jedinca, ktoré sa striedajú, pričom existuje vždy len jedna; každá osobnosť má svoju charakteristiku, preferencie, individualitu a nevie o tej druhej).

Existuje vysoká komorbidity disociatívnych porúch s inými duševnými poruchami. Niektoré z nich odoznievajú spontánne, iné môžu byť recidivujúce, niektoré môžu mať chronický priebeh. *Liečba – psychoterapia, psychofarmaká podľa komorbidity.*

Somatoformné poruchy – Hlavným prejavom sú opakované sťažnosti na somatické príznaky spolu s neustálymi požiadavkami na lekárske vyšetrenia aj napriek opakovaným negatívnym nálezom a uisteniam lekárov, že príznaky nemajú somatický podklad. Pri tejto diagnóze musia byť

vylúčené somatické príčiny telesných ťažkostí! Somatoformné poruchy majú tendenciu k chronickému priebehu. Celosvetovým trendom je, aby tieto poruchy boli liečené jedným lekárom, prevažne praktickým. Ten by mal koordinovať pôsobenie ostatných špecialistov. Pacient sám má tendenciu svojvoľne vyhľadávať rôznych ďalších špecialistov, čo nie je vhodné. Je potrebné pacienta o somatoformnej poruche edukovať, ako vzniká, ako sa udržuje a ako sa lieči, no neísť do konfrontácií. Vyhnúť sa podávaniu benzodiazepínov, ako aj iných, racionálne neodôvodnených liekov, ktorých sa pacient nátlakom dožaduje.

Somatizačná porucha (podľa americkej klasifikácie je tu zaradená aj Somatoformná vegetatívna dysfunkcia) – časté, premenlivé telesné príznaky trvajúce najmenej 2 roky. Príznaky: abdominalgia, nauzea, plynatosť, pachuť v ústach, povlečený jazyk, vomitus, regurgitácia, hnačky, pocit tlaku a zovretia v epigastriu, aerofágia, singultus, palpítácie, dyspnoe, hyperventilácia, bolesti hrudníka, tlak v prekordiu, dysúria, časté močenie, neobvyklý vaginálny výtok, nepríjemné pocity v oblasti genitálií, škvŕnitosť a bledosť pokožky, návaly, začervenanie pokožky, potenie, bolesti končatín a kĺbov, pocity znečitlivenia a brnenia.

Hypochondrická porucha – Najmenej 6 mesiacov presvedčenie o prítomnosti závažného teles-

ného ochorenia, alebo zaujatie domnelou deformitou. Pacient vie „telesnú diagnózu“ pomenovať. Fyziologické telesné pocity a prejavy interpretuje ako patologické. Pacient sa sústreďuje len na jeden alebo dva orgány/orgánové systémy (na rozdiel od somatizačnej poruchy, kde sa ťažkosti týkajú viacero systémov a orgánov a sú premenlivé).

Pretrvávajúca somatoformná bolestivá porucha – trvalá, ťažká a obavy spôsobujúca bolesť trvajúca po dobu najmenej 6 mesiacov a nepretržite vo väčšine dní v týždni – v ktorejkoľvek časti tela. Vyskytuje sa v súvislosti s psychosociálnym stresom alebo emočným konfliktom a nemožno ju uspokojivo vysvetliť somatickou poruchou.

Liečba somatoformných porúch – psychoterapia, SSRI, pri algiiach venlafaxin, amitriptylin, imipramin, karbamazepín, valproát

Neurasténia – Pri prvom type sa prejavuje sťažnosťami na nadmernú únavu a vyčerpanie po

minimálnej duševnej práci, čo sa prejavuje zníženou koncentráciou, poklesom pracovného výkonu, zníženou schopnosťou adekvátne rýchlo uvažovať a riešiť problémy. Pri druhom type ide hlavne o pocit telesnej slabosti a vyčerpania po minimálnej námahe, čo býva spojené s bolesťami svalov. Pri oboch typoch sa môžu objavovať poruchy spánku – porucha zaspávania a kontinuity spánku, podráždenosť, úzkosť, intrapsychická tenzia, cefalea, závrate, bolesti svalov, zvýšená svalová tenzia, neschopnosť relaxácie, pacient nie je schopný sa odpočinkom alebo relaxáciou zotaviť. Pacienti majú tendenciu vyhýbať nadmernej záťaži a rozhodovaniu.

MUDr. Branislav Moťovský

Centrum duševného zdravia, s.r.o., Ul. Janka Matušku 770/14, 911 01 Bánovce nad Bebravou
e-mail: motovskybr@stonline.sk

Literatúra

1. Andreasen NC, Black DW. Introductory textbook of psychiatry. Third edition. American Psychiatric Publishing, Inc, Arlington, 2001.
2. Bazire S. Psychotropic drug directory 2001/2002. Mark Allen Publishing Ltd, Jesses Farm, 2001.
3. Benkert O, Hippus H. Průručka psychiatrické farmakoterapie. Trenčín: Vydavateľstvo F, 2003.
4. Boer JA, Westenbarg HGM. Obsessive Compulsive Spectrum Disorders. Focus on SynThesis Publishers, Amsterdam, 1997.
5. Nutt D, Feeney A, Argyropoulos S. Anxiety Disorders Comorbid with Depression: Panic disorder and agoraphobia. Martin Dunitz Ltd, 2002.
6. Höschl C, Libiger J, Švestka J. Psychiatrie. Praha: Tigris, 2002.
7. Seifertová D, Praško J, Höschl C. Postupy v léčbě psychických poruch. Praha: Academia Medica Pragensis, 2005.
8. Smolík P. Duševní a behaviorální poruchy. Praha: Maxdorf, 2002

Zbyněk Kalita a kol. Akutní cévní mozkové příhody Patofyziologie, diagnostika, management

Problematika cévních mozkových příhod (CMP) je velmi aktuální, ve vyspělých zemích způsobuje závažný zdravotní, sociální a ekonomický problém. V současné době pandemie tohoto onemocnění stále více postihuje osoby v produktivním věku. CMP jsou druhou nejčastější příčinou smrti a hlavní příčinou invalidizace pacientů středního a vyššího věku. Od vydání poslední publikace s podobným tématem se zásadním způsobem změnil pohled na toto onemocnění. Kniha shrnuje současné poznatky o patofyziologii, diagnostice a možnostech léčitelnosti různých typů CMP a jednotlivých fází mozkové ischemie. Informuje o výsledcích nejnovějších závažných studií, které prověřovaly léčbu a léky primární i sekundární prevence. Řada informací je pro české čtenáře zcela nová.

Maxdorf, 2006, ISBN: 80-85912-26-0, s. 626.

Objednávejte – písomne: Maxdorf, Na Šejdru 247, 142 00 Praha 4
– telefonicky: 004202 4101 1681 alebo e-mailom: knihy@maxdorf.cz

www.maxdorf.cz

