

Fóbia z tehotných žien – realita alebo mýtus?

MUDr. Iveta Fizíková

Psychiatrická nemocnica prof. Matulaya, Kremnica

Diagnostika psychických porúch v detskom a adolescentnom veku má svoje špecifiká. O to väčší dôraz sa kladie na diferenciálnu diagnostiku. Formou kazuistiky prezentujeme prípad 16-ročného chlapca prvýkrát hospitalizovaného na psychiatrickom oddelení. Poukazujeme na pestrú klinickú symptomatiku s fóbiou z tehotných žien v popredí a pomerne prekvapivým diagnostickým záverom pri prepustení.

Kľúčové slová: fóbia z tehotných žien, diferenciálna diagnostika.

Phobia of pregnant women – myth or reality?

Diagnostics of psychiatric disorders in childhood and adolescence has its own specifics, which puts a greater emphasis on differential diagnostics. By means of case study, we present a case of a 16-year-old boy, first hospitalized at a psychiatric ward. We point to the varied clinical symptoms with a phobia of pregnant women in the foreground and the rather surprising diagnostic conclusion at discharge.

Key words: phobia of pregnant women, differential diagnostics.

Psychiatr. prax; 2014; 15(4): 170–172

Úvod

Výskyt fóbie z tehotných žien je pomerne raritný. O to viac, ak sa táto fóbia týka muža. Viaceré medicínske databázy opisujú uvedený typ fóbie ako pregofóbiu.

Pregofóbia je iracionálny strach z pohľadu na tehotnú ženu, ktorý vyvoláva silnú úzkosť (niekedy až panického charakteru). Tým sa odlišuje od gynofóbie – strachu zo žien či tocofóbie – strachu z otehotnenia a pôrodu. Podobne ako iné fóbičné poruchy je okrem strachu spojená i s vyhýbavým správaním, ktoré je zamerané na obmedzenie kontaktu s kritickým podnetom či situáciou (1, 3, 4).

Výskyt fóbií je nerovnomerne rozšírený vo všetkých vekových skupinách. Jednotlivé vekové obdobia prinášajú svoje špecifické zafarbenia a akcenty. Fóbičná psychopatológia je vysoko heterogénna. Iracionálny strach nemusí byť len samostatne vyskytujúcou sa klinickou jednotkou. Vzhľadom na uvedené je dôležité venovať dostatok času i diferenciálnej diagnostike (2, 4, 5). Významnosť diferenciálnej diagnostiky, predovšetkým v období detstva a adolescencie, prezentujeme formou ilustratívnej kazuistiky.

Kazuistika

16-ročný muž:

Rodinná anamnéza: Otec – syndróm závislosti od alkoholu, neliečený. **Osobná anamnéza:** V detstve nebol vážnejšie chorý. Pochádza zo striktno veriacej katolíckej rodiny. Má 3 staršie sestry. Dve sestry osamostatnené. Žije s rodičmi a sestrou v rodinnom dome na dedine. Povaha: od detstva bol skôr uzavretý, má len niekoľko kamarátov. Vzťahy: rozumie si najmä s matkou. K otcovi má ambivalentný postoj. Vzhľadom

na otcov dlhoročný abúzus alkoholu spojený s agresiou voči matke, pacientovi a ostatným súrodencom ho pacient nenávidí, ale i obdivuje a má rád. So sestrami si rozumie, ale posledné mesiace vzťah k sestram skôr konfliktný. Nechce, aby otehotneli. Niekoľko týždňov mal priateľku, vzťah ukončený „po prvej puse“. Vzťah ukončil z obavy, aby priateľka neotehotnela.

Škola: zaškolený načas, prospech priemerný. Od 8. ročníka prospech zhoršený. Aktuálne v 1. ročníku SOU, odbor kuchár-čaišník. Hrozí mu prepádnutie, má veľa vymeškaných hodín. Posledné týždne odmieta chodiť do školy.

Zájmy: miništrovanie v kostole, skladateľ elektronickej hudby. Privyrába si ako DJ v klube. Abúzy: neudané.

Iné telesné a duševné ochorenia a ich liečenie: Pravidelne sa nelieči na žiadne ochorenie.

Psychiatrická anamnéza:

Od 04/2012 – pedopsychiatrický dispenzár pre zhoršenie prospechu v 8. ročníku základnej školy, iritabilitu, sociálnu stiahnutosť. **Diagnostický záver:** Atypická depresia. Odporúčaná terapia: Sertralin, Risperidon. Pacient odmietol ísť na ďalšie kontroly, terapiu neužíval.

07/2012 – psychiatricky vyšetrený pre prehĺbenie sociálnej stiahnutosti, stratu pôvodných záujmov (skladanie hudby, práca v klube), pocity beznádeje, prudké kolísanie nálady. **Diagnostický záver:** Akútna a prechodná psychotická porucha bez príznakov schizofrénie. Odporúčaná terapia: Risperidon. Pacient užíval predpísanú terapiu niekoľko dní, následne liečbu prerušil. Na kontrolu sa nedostavil.

12/2013 – psychiatricky vyšetrený pre výraznú úzkostnú symptomatiku s pregofóbiou v popredí, nápadnosti v správaní. Odporúčaná

urgentná hospitalizácia na našom pedopsychiatrickom oddelení. **Diagnostický záver:** Suspektná akútna a prechodná psychotická porucha bez príznakov schizofrénie. Počas transportu aplikovaný Diazepam á 10 mg.

Terajšie ochorenie:

Heteroanamnéza od rodičov: ...Od 8. ročníka začal byť viac uzavretý... Všetko sa to začalo, keď sa od učiteľa dozvedel, že jedna jeho spolužiačka nebude chodiť do školy, lebo otehotnela... Začal byť podráždený k sestram, bál sa, aby neotehotneli... Neskôr, keď uvidel tehotnú ženu na ulici, začal sa potiť, triasť, strašne sa bál... Teraz to má, aj keď počuje slovo „tehotná“... Nikto nesmie ani len vysloviť to slovo, inak sa hneď roztrasie a je mu zle... Keď kňaz hovoril v kostole o gravidite, odpadol... Posledných 5 – 6 týždňov nespál, stále hovoril o obavách, že uvidí nejakú tehotnú ženu... Stále dookola, nevie si s tým prestať... Odmietal chodiť von... S nikým sa už nechcel stretnúť... Už neskladá ani hudbu... Stále je len v izbe, nekomunikuje s nami... Hovorí, že je unavený... Nič ho nebvá...
...Dnes cestou na kontrolu k psychiatricke uvidel až 2 tehotné ženy, ledva prišiel do čakárne, kde si klakol na zem, zvieral si hlavu dlaňami... Celý sa triasol, veľmi sa bál, že odpadne, že to nezvládne...
Subjektívne: ...Nemôžem o tom hovoriť, bojím sa, že mi príde zle... Nehovorte „TO“ slovo... Nedá sa mi spať... Nieкто hovoril, že videl „takú ženu“, ale rodičia sa tvárili, že nič nepočuli... Nevie sa na nič sústrediť... Už aj pri myšlienke na „TO“ sa mi veľmi rozbuší srdce, začnem sa potiť, bojím sa, že odpadnem...

Objektívny nález: Počas vyšetrenia nepokojný. Neobsedí, zakrýva si ústa rukou. Očný kontakt neudrží, často sa obzerá okolo seba.

Pôsobí vystrašeným dojmom. Dikcia tichšia, mierne inhibovaná, odpovedá menej adekvátne. Mimika a pantomimika preexponované. PMT instabilné. Vedomie lucídne, plne orientovaný.

Nálada bludná, emotivita labilná, prchavá lakrimozita, zvýšená intrapsychická tenzia. Pregofóbia, anticipačná úzkosť s prekolapsovými stavmi. V anamnéze afektívna labilita, dysforické rozlady, znížená frustračná tolerancia. Myslenie: dynamika primeraná, paranoidné a obsesívne bizarejšie obsahy. Vo vnímaní suspektné auditívne halucinácie. Anamnesticky dysomnia, hypobúlia, strata záujmov, hypohedónia, sociálna izolácia. Nápadnosti v správaní. Osobnosť psychoticky alterovaná.

Psychologické vyšetrenie:

Osobnosť mentálne diferencovaná s prevahou introvertnej orientácie v kontakte, schizoidnými percepciami, potlačovaným afektívnym nábojom. Masívne úzkostné prežívanie, celkový útlm emočnej a kognitívnej zložky, úzkosť znemožňuje plynulé prepojenie pozornosti. Výrazne redukovaný kontakt s realitou. Znížená sociabilita, úbytok citovej rezonancie a emočnej schopnosti adekvátne reagovať. Integrácia osobnosti znížená, v popredí psychotické únikové a neurotické mechanizmy. Testovanie reality narušené.

Priebeh ochorenia počas hospitalizácie:

1. týždeň

V popredí klinického obrazu – narušený kontakt s realitou, tenzia, prekolapsové stavy, nápadnosti v správaní, anticipačná úzkosť. Postupné rozšírenie spektra podnetov vyvolávajúcich fóbiu. Pacient mal strach z malých detí, bál sa vychádzať z izby. Prekážal mu hluk. Opakovane sa sťažoval, že počuje plač novorodenca. Neschopný povedať či počuť slovo „tehotenstvo“. **Terapia:** anxiolytikum, antipsychotikum.

2. – 5. týždeň

Po zlepšení kontaktu s realitou v popredí klinického obrazu masívne **obsesívne, prevažne bizarné obsahy** sexuálnej a agresívnej povahy (napríklad „bozk je hriech, tehotenstvo je Boží trest“), intrapsychické konflikty (náboženstvo vs. vlastná sexualita, sexuálna identita), pretrvávajúce sociálnej izolácie, narušený sociálny kontakt, paranoidita, dysomnia, znížená spontaneita, znížená citová rezonancia a emočná schopnosť adekvátne reagovať. **Terapia:** anxiolytikum, antipsychotikum, antidepresívum.

Diskusia

Pri hľadaní primárnej diagnózy, ktorá by vysvetlila pomerne bohatú klinickú symptomatiku u uvedeného pacienta, sme v rámci diferenciálnej diagnostiky uvažovali o nasledujúcom spektre psychických porúch:

- Pregofóbia
- Ťažká depresia s psychotickými príznakmi
- Akútne a prechodná psychotická porucha s príznakmi schizofrénie
- Obsedantno-kompulzívna porucha
- Schizofrénia

Na základe diagnostických kritérií 10. revízie Medzinárodnej klasifikácie chorôb (MKCH-10) sme postupne vylúčili:

Pregofóbiu – fóbiu z pohľadu na tehotnú ženu – nesplnené kritérium: príznaky sa obmedzujú len na obávanú situáciu alebo jej očakávanie (4, 5). U pacienta bolo prítomné postupné rozšírenie spektra objektov vyvolávajúcich fóbiu, narušený kontakt s realitou, nápadnosti v správaní. Pregofóbiu sme uzatvorili ako jeden zo sprievodných príznakov primárnej psychickej poruchy.

Ťažkú depresiu s bludmi – nesplnené kritérium: depresívna nálada, psychomotorická agitovanosť alebo inhibícia, pocity zbytočnosti, nadmerné pocity viny, myšlienky na smrť, samovražedné myšlienky alebo pokusy (4). U uvedeného pacienta bola v popredí skôr úzkostná nálada, ktorá postupne nadobudla bludný charakter. Pacient mal strach zo smrti. Pocity viny či zbytočnosti neboli zaznamenané ani v skorých štádiách poruchy.

Akútne a prechodnú psychotickú poruchu s príznakmi schizofrénie – nesplnené kritérium: dĺžka trvania príznakov 1 mesiac, dramatickejší priebeh v porovnaní so schizofréniou, evidentný spúšťač (4, 5). Podľa anamnestických údajov sa prvé príznaky u pacienta objavili už v roku 2012. Rozvoj poruchy bol postupný. Dramatickejší priebeh bol zaznamenaný len posledných 5 – 6 týždňov. Presný spúšťač nebolo možné zistiť.

Obsedantno-kompulzívnu poruchu – nesplnené kritérium: náhľad na ochorenie, kompulzie, obsesívne nebizarné obsahy (3, 4, 5).

Klinický stav pacienta, najmä od 2. týždňa hospitalizácie na oddelení, pripomínal priebeh obsedantno-kompulzívnej poruchy. Prítomné boli neodbytné myšlienky sexuálnej alebo agresívnej povahy, ktoré však postupne nadobúdali bizarejší charakter (intrapsychické konflikty založené na rozporoch náboženských zákonitostí a jeho vlastnej sexuality, „tehotenstvo je Boží trest“, potreba dodržiavania kresťanských pra-

vidiel a sebaobetovania sa v prospech dobra). Jednoznačné kompulzie neboli pozorované. Pacient mal zvýšenú potrebu modliť sa, ale priame prepojenie s obsesívnymi obsahmi v myslení sa nepotvrdilo. Rovnako, pacient si uvedomoval, že sa s ním „niečo deje“, ale neprípisoval to priamo psychickej poruche.

Hoci sa klinický stav pacienta na oddelení podobal priebehu obsedantno-kompulzívnej poruchy, na základe anamnestických údajov datovaných od roku 2012 a chýbajúcich diagnostických kritérií pre uvedenú poruchu bola i obsedantno-kompulzívna porucha u pacienta vylúčená ako primárna psychická porucha.

Po prehodnotení dostupných anamnestických informácií a klinickej symptomatiky na oddelení sme u pacienta ako primárnu psychickú poruchu určili schizofrénii. Schizofrénia je častým diagnostickým problémom v období detstva a adolescencie. Najmä v skorých štádiách je zamieňaná za iné psychické poruchy, najmä obsedantno-kompulzívnu poruchu. Hlavným diferenciálnym znakom schizofrénie od obsedantno-kompulzívnej poruchy je chýbanie náhľadu a prítomnosť i ďalších bizarných príznakov (5, 6, 7).

Práve v adolescencii sa najčastejšie vyskytujú prechodné tranzitórne psychotické epizódy, silné emočné nevládnuté afekty, disociatívne, konverzné stavy, závislosti od psychotropných látok, dekompenzácia schizoidného vývoja osobnosti či ťažkých hypochondrických a obsedantno-fóbických prejavov. Perzistujúca symptomatika a výrazná sociálna maladaptácia v kolektíve vrstovníkov pomáhajú v diferenciálnej diagnostike medzi týmito stavmi a schizofréniou (4, 5).

Tento fakt sa potvrdil i v prezentovanej kazuistike. Stav pacienta bol v úvode uzatvorený ako atypická depresia, neskôr ako akútne a prechodná psychotická porucha bez príznakov schizofrénie. Klinická symptomatika na našom oddelení pripomínala pregofóbiu pri prijatí, neskôr obsedantno-kompulzívnu poruchu.

Schizofrénia je porucha primárne objavujúca sa v adolescencii. Celosvetovo je udávané, že v 60 – 70 % prípadov prepukne pred 25. rokom života (v 40 % pred 15. rokom, v 5 % pred 15. rokom). Najčastejší začiatok schizofrénie sa u adolescentov prejavuje: 1. poruchami myslenia, 2. depresívnym syndrómom, 3. poruchami osobnosti v zmysle sociálneho odtáženia, izoláciou od vrstovníkov, poruchami koncentrácie pozornosti vedúce ku zhoršenému školskému a pracovnému výkonu, 4. psychotickou reaktivitou, ktorá však nie je špecifická pre schizofréniiu.

Často dochádza k astenickému syndrómu – mladiství sa sťažujú na zníženú psychickú výkonnosť, nespavosť, únavu, na „prázdnotu v hlave“, roztržitosť, nesústredenosť (2, 4).

U prezentovaného pacienta boli pre diagnózu schizofrénie určujúce rozvoj klinickej symptomatiky približne od roku 2012, poruchy myslenia (paranoidita, pomerne bizarné obsesie), poruchy vnímania (auditívne halucinácie – „niekto hovoril o tehotnej“, plač novorodenca), depresívny syndróm (dyssomnia, strata pôvodných záujmov, hypohedónia, hypobúlia), kognitívne problémy (nesústredenosť, zhoršený školský výkon), sociálna odťažitosť (vrátane pravdepodobnej poruchy sexuálnej identity, pregofóbie), ambivalencie (najmä voči otcovi), astenický syndróm (nesústredenosť, únava, prekolapsové stavy).

Prognózu stavu pacienta sme uzatvorili ako relatívne priaznivú. Pacient splňal viaceré faktory zvyšujúce pravdepodobnosť dobrej prognózy (vznik poruchy medzi 14. – 18. rokom života, afektívna symptomatika, normálne EEG, premorbídna osobnosť bez výraznejších nápadností, neprítomnosť hereditárnej záťaže) (2, 4, 6). Nepriaznivými faktormi bol najmä pozvoľný,

plíživý začiatok poruchy a nepriaznivé sociálne podmienky (otec – abúzus alkoholu s poruchami správania a agresivitou, striktná katolícka výchova).

Pregofóbiu sme v tomto prípade považovali skôr za mýtus, pretože bola len sprievodným príznakom rozvíjajúcej sa schizofrenickej poruchy.

Z katamnézy pacienta sme sa dozvedeli, že ordinovanú farmakoterapiu užíva, pravidelne chodí na individuálnu psychoterapiu, pokračuje v štúdiu na SOU s priemerným prospechom, opäť sa venuje skladaniu hudby a miništrovaniu, príznaky pregofóbie nie sú prítomné. Psychosociálne fungovanie pacienta je mierne zlepšené, hoci naďalej vykazuje viaceré nedostatky.

Záver

Diagnostika schizofrénie v období adolescencie je jedným z najťažších procesov. Nejasnosti v rámci diferenciálnej diagnostiky môžu trvať celé mesiace. Jednotlivé symptómy schizofrénie sa často prelínajú alebo sú podobné príznakom iných porúch (4, 5, 7). Uvedený fakt sa potvrdil i v prezentovanom prípade, a záro-

veň potvrdil dôležitosť periodického prehodnocovania psychického stavu a diferenciálnej diagnostiky jednotlivých psychických porúch.

Literatúra

1. Aldrich C. *The Aldrich Dictionary of Phobias and Other Word Families*. Trafford Publishing; 2002: 224–236.
2. Dragašek J, Šútovský S. Psychosociálne fungovanie u pacientov so schizofréniou. *Psychiatr. Prax.* 2012;13(3):98–103.
3. Hofberg K, Ward MR. Fear of pregnancy and childbirth. *Postgrad Med J.* 2003;79:505–510.
4. Hort V, Hrdlička J, Malá E, et al. *Detská a adolescentní psychiatrie*. Praha: Portál; 2008: 231–232.
5. Höschl C, Libiger J, Švestka J. *Psychiatrie*. Praha: Tigris; 2002: 349–352, 497–499.
6. Pavão R, Tort AB, Amaral OB. Multifactoriality in Psychiatric Disorders: A Computational Study of Schizophrenia. *Schizophr Bull.* 2014;146–148.
7. Pečeňák J, Šuba J, et al. *Schizofrénia zo začiatkom v detstve a adolescencii – prehľad a vlastné pozorovania. Kapitoly o schizofrénii*. Martin: Osveta; 2005: 180–195.

MUDr. Iveta Fiziková

Psychiatrická nemocnica prof. Matulaya
Československej armády 234/139,
967 01 Kremnica
iveta.fizikova@gmail.com

