

Posttraumatický stresový syndrom

Posttraumatický stresový syndrom (též *posttraumatická stresová porucha*, PTSD, angl. *Posttraumatic Stress Disorder*, něm. *posttraumatische Belastungsstörung*) je podle DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition, by the American Psychiatric Association) definován jako:

- *duševní porucha, která vzniká po náhlých, život či osobní integritu ohrožujících událostech.*

Otrěsnou událost může zažít přímo pacient sám nebo jeho blízký člověk (příbuzní či přátelé), eventuálně může být přítomen pouze jako svědek.

V současné době nahlížíme na PTSD zjednodušeně řečeno jako na:

- *stav, kdy selže začlenění traumatického zážitku mezi ostatní každodenní zkušenosti.*

Stručná historie

Posttraumatickou stresovou poruchou se v jistém smyslu zabýval již v minulém století Sigmund Freud, když pátral po okolnostech, které způsobily postižení zhruba 20 % rakousko-uherských vojáků během první světové války.

- Tato skupina vojáků měla psychické i fyzické problémy, přičemž nikdo z nich nebyl vážně zraněn.

Freud odmítl tehdejší tvrzení, že by mohlo jít o důsledek drobných krvácení do centrálního nervstva a že se může jednat také o reaktivaci dětské neurózy. Za příčinu postižení vojáků považoval reakci na bezprostřední ohrožení života ve válce.

Jako samostatná diagnóza byla PTSD klasifikována americkými psychiatry po výzkumech změn psychiky vojáků ve válce v Koreji a Vietnamu. Během této doby se pozornost zaměřovala na objasnění biologických (fyziologických, genetických a neuropsychologických) okolností vzniku PTSD a na vyvíjení a testování nových způsobů léčby, jako je využití somatiky, psychodynamiky a kognitivně behaviorální terapie.

Příznaky

Posttraumatická stresová porucha vzniká nejčastěji jako opožděná reakce na mimořádně silnou stresovou událost (váleka, dopravní nehoda, znásilnění či jiný kriminální čin, povodně). Po takovéto události se může rozvinout nejprve akutní reakce na stres, charakterizovaná ustrnutím, dezorientací, omezením pozornosti, v pozdějším stádiu pak apatií nebo naopak hyperaktivitou. Tuto reakci lze často snadno během několika dnů překonat. Poté může následovat PTSD.

PTSD se rozvíjí jen u části lidí vystavených stresoru (hovoří se o 20–40 % obětí). Projeví se znovuprožíváním události v myšlenkách, fantaziích nebo snech („flashbacks“). Pacient se často vyhýbá místu nebo situaci připomínající nehodu. Nevzpomíná si na některé podrobnosti či dokonce na celé období, má obtíže s usínáním a spánkem, bývá podrážděný, mívá návaly hněvu, potíže s koncentrací a trpí nadměrnou úlekovou reaktivitou. K rozvoji těchto příznaků dochází nejpozději do 6 měsíců po události a symptomy trvají nejméně jeden měsíc.

Bylo zjištěno, že pravděpodobnost rozvoje PTSD příliš nezávisí na pohlaví či věku postižené osoby. Jsou traumata, po kterých se porucha vytvoří téměř vždy (např. mučení, únos), u některých vzniká jen za určitých okolností (např. dopravní nehody).

Diagnostika

Pro diagnostiku PTSD se používá systém kritérií, které **alespoň v pěti bodech** pacient trpící touto poruchou splňuje:

- Jedinec byl vystaven traumatické události.
- Traumatická událost je znovu prožívána ve formě úzkostných vzpomínek, flashbacků, myšlenek, snů, pocitů, halucinací nebo iluzí. Po vystavení pacienta podnětům připomínajícím trauma se objevují značné psychické potíže.
- Osoba se vyhýbá podnětům, myšlenkám, místům nebo činnostem připomínajícím událost. Obtížně si vybavuje některé momenty z období traumatu a někdy pociťuje odcizení od okolní společnosti.

Posttraumatický stresový syndrom

Posttraumatic stress disorder

Soubor:USMC-120503-M-9426J-001.jpg

Umění může být způsob jako překonat postraumatický stresový syndrom

Rizikové faktory	trauma, genetické faktory
Klinický obraz	selhání začlenění traumatického zážitku mezi ostatní každodenní zkušenosti

Klasifikace a odkazy

MKN	F43.1 (https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F43.1)
MeSH ID	D013313 (https://www.medvik.cz/link/D013313)
MedlinePlus	000925 (https://medlineplus.gov/ency/article/000925.htm)
Medscape	288154 (https://emedicine.medscape.com/article/288154-overview)

- U pacienta pozorujeme zvýšenou dráždivost, která před traumatem nebyla přítomna. Jde například o neklidný spánek či potíže s usínáním, zvýšená úleková reaktivita (při náhlém hluku, záblesku světla nebo dotyku). Dostávají se potíže s koncentrací, skrytá agrese s občasnými návaly hněvu.
- Veškeré symptomy trvají déle než jeden měsíc.
- Duševní porucha se promítá do pracovního, sociálního i rodinného života pacienta. Klesá zájem o koníčky a oblíbené činnosti a mohou se objevit poruchy sebehodnocení a emoční strnulost.

Posttraumatický stresový syndrom může být spojen i s jinými psychickými poruchami, jako jsou deprese, panická porucha, fobie a generalizovaná úzkostná porucha. Někdy lze PTSD zaměnit s těmito chorobami, diferenciální diagnostikou je však dokážeme navzájem odlišit.

PTSD můžeme diagnostikovat také biochemicky stanovením krevní hladiny hormonu kortizolu z kůry nadledvin. U nemocných PTSD se kortisolémie paradoxně snižuje, přestože odpovědí na stres by mělo být naopak zvýšení hladiny kortizolu v krvi.

Péče o pacienta a léčba

V současnosti se k léčbě PTSD používá psychoterapie a farmakoterapie. Co se týče léků, podávají se hlavně antidepresiva SSRI (Selective Serotonine Reuptake Inhibitors) a inhibitory monoaminoxidázy (IMAO, Monoamine Oxidase Inhibitors). Ukázalo se, že podávání anxiolytik není tak úspěšné, přestože se také mohou v akutních případech používat. Jako první pomoc lze podat benzodiazepiny. Významnou roli v léčbě posttraumatického stresového syndromu hraje také placebo. Zajímavé bezesporu je, že podávání neúčinných látek je prakticky stejně úspěšné jako podávání běžně užívaných léků s guanfacinem či clonidinem.

Nejdůležitější je ovšem proces psychoterapie, neboť pacient se musí s nešťastnou událostí srovnat a začlenit se znovu do běžného života. Zde se poněkud liší přístup k dětem a přístup k dospělým. Děti totiž často trpí tím, že dospělí o jejich neštěstí nemluví, aby dítě snadněji zapomnělo. Potlačované emoce však způsobují napětí, se kterými se dítě musí v tomto případě vyrovnat samo. Vnitřně totiž chápe, že s ním rodiče, případně ostatní dospělí nechtějí o prožité události hovořit. Proto musí psychoterapeut dobře zanalyzovat situaci a zvolit správný postup léčby.

Psychoterapeutický přístup je založen na **empatickém rozhovoru**. U dětí se rozhovor skládá z těchto tří částí:

1. **otevírání** – dítě prostřednictvím hry nebo kresby vyjádří podstatu traumatu; zvláště v předškolním a mladším školním věku jsou výtvarné projevy snadno čitelné, takřkajíc průhledné.
2. **trauma** – postupně se přechází v rozhovor o události.
3. **uzavírání** – představuje souhrn celé terapie, vyrovnání se s událostí; terapeut ujistí dítě o jeho bezpečí a o tom, že jeho pocity jsou pochopitelné a pouze přechodné.

Rozhovor s dospělými má poněkud odlišnou strukturu, přestože se opět dělí do tří fází:

1. **hodnocení současného stavu** – se zaměřením na deprese, úzkost, znovuprožívání traumatu, úlekové reakce, apod.
2. **období před traumatem** – s otázkami na eventuální psychické poruchy v rodině.
3. **diskuze o traumatu** samotném.

Psychoterapeut by se měl snažit být empatický, klidný, příjemný. Občasnými a vhodně volenými otázkami se dostává k podrobnostem a rozebírá je společně s pacientem. V žádném případě nesmí vnucovat pacientovi své vlastní názory – naopak, pacient dojde k závěrům sám. Pacient by se neměl bránit emocím (vztek, bezmoc, pláč), je vhodné jej podporovat v projevech citů, neboť zde je vynikající způsob zbavit se napětí a vnitřně si ujasnit svůj postoj k traumatu, případně později formulovat cíle do dalšího života.

Psychoterapeut má většinou dlouhodobou praxi a bohaté zkušenosti s vedením podobných rozhovorů. Složitější situace nastává, má-li například praktický nebo jiný lékař v rámci ambulantní léčby v místě, kde psychoterapeutická péče není dostupná, léčit pacienta s touto poruchou. Není výjimkou, že veškerá terapie končí pouhým podáváním antidepresiv. Takováto péče je ovšem nedostatečná a nezřídka dochází k doživotnímu poznamenání osobnosti po traumatické události, změně povahy pacienta a jeho osobního života a mnohdy se rozvíjí dlouhodobé psychosomatické potíže. V případě hromadných neštěstí (např. teroristické útoky 11. září 2001 v USA, povodně v ČR v letech 1997 a 2002, tragická nehoda vlaku u Studénky 8. srpna 2008) slouží ke cti, že se různé organizace snaží sestavit týmy psychologů, které jsou obětím k dispozici, případně alespoň zřizují speciální telefonní linky s nabídkou psychologické pomoci.

Odkazy

Externí odkazy

- Reakce na závažný stres (<https://web.archive.org/web/20200129073139/http://www.uzkost.cz/reakce.htm>)
- Lze žít život bez jizev na duši? (http://www.stopstigma.cz/napsali_o_nas_56.html/,)
- PTSD v příkladech (<http://klimes.mysteria.cz/clanky/psychologie/ptsd.htm>)
- Černá díra dětství – Příběhy lidí trpících posttraumatickým syndromem (<https://www.ceskatelevize.cz/porady/10104119181-osm-dni-zdravi-v-evrope/20656223103/>) – Archiv ČT1

Použitá literatura

- BLAHOŇOVSKÁ, V. *Syndrom posttraumatické stresové poruchy (PTSD)* [online]. [s.l.], 200-?, dostupné také z <<http://vosaci.sweb.cz/referaty-msp/PTSD.doc>>. Seminární práce.
- TOKAR, S. *Common PTSD Drug Is No More Effective Than Placebo* [online]. ©2006. [cit. 2009]. <<http://www.ucsf.edu/news>>.
- TUCKER, W. Recognition and Management of Posttraumatic Stress Disorder: Approaches for the Practitioner. *Journal of Practical Psychiatry and Behavioral Health*. 1998, roč. 4 (1), s. 20, ISSN 1527-4160.
- VYMĚTAL, J. *Základy lékařské psychologie*. 1. vydání. Praha : Psychoanalytické nakladatelství J. Kocourek, 1994. 184 s. ISBN 80-901601-3-1.
- VYMĚTAL, J, et al. *Obecná psychoterapie*. 2. vydání. Praha : Grada, 2004. 340 s. ISBN 80-247-0723-3.
- ZACHAROVÁ, E, et al. *Zdravotnická psychologie – Teorie a praktická cvičení*. 1. vydání. Praha : Grada, 2007. 232 s. ISBN 978-80-247-2068-5.
- RABOCH, Jiří a Petr ZVOLSKÝ, et al. *Psychiatrie*. 1. vydání. Praha : Galén a Karolinum, 2001. 622 s. s. 295. ISBN 80-7262-140-8.