

¹Longauerová, A., ¹Bačíšínová, J., ²Šanta, M.

¹Katedra ošetrovateľstva,

²Katedra urgentnej zdravotnej starostlivosti,
Fakulta zdravotníctva Prešovská univerzita v Prešove

Súhrn

Posttraumatická stresová porucha (PTSD) je komplex psychologických symptómov vyvolaných zážitkom mimoriadne traumatizujúcej udalosti. Obete násilných činov, vojnoví veteráni aj ľudia, ktorí prežili prírodné, či iné katastrofy, sú zraniteľní posttraumatickou stresovou reakciou a môže sa u nich prejaviť psychická porucha. Prejavuje sa predovšetkým opakovaným prežívaním traumatickej udalosti v myšlienkach, snoch a predstavách, aj keď sú tieto spomienky na konkrétnu hroznú udalosť čiastočne narušené. Postihnutí sa vyhýba miestam a situáciám, ktoré sú nejakým spôsobom spojené s danou udalosťou, alebo ju môžu pripomínať. Je úzkostný, neprímerne ostražitý, nedokáže sa sústrediť a koncentrovať, začína sa izolovať od okolia, má sklon k neprímeraným, či už panickým alebo agresívnym reakciám. U človeka, ktorý prežil extrémnu traumatu, môže byť diagnostikovaná PTSD, ak sa u neho vyskytnú určité symptómy z každej z troch skupín príznakov: znovuprežívanie, vyhýbavé správanie a podráždenosť. Uvedené symptómy musia pretrvávajúť aspoň 1 mesiac a musia spôsobovať závažné problémy, alebo ťažkosti v osobnom či pracovnom živote. PTSD je porucha liečiteľná. V liečbe stojí na prvom mieste psychoterapia.

Kľúčové slová: Posttraumatická stresová porucha. Násilie. Príznaky. Terapia. Psychoterapia.

Abstract

Posttraumatic stress disorder is a complex of mental symptoms caused by experiencing extraordinary traumatic incident. Victims of violent acts, war veterans as well as persons which survived natural or another catastrophes are vulnerable to posttraumatic stress reaction and can suffer a mental disorder. This disorder is manifested mainly by re-experiencing the traumatic incident in reflections, dreams and imagination although the memories of the respective frightful incident are partially disrupted. The affected person avoids places and situations which are somehow related to the given incident or may recall it. He/she is anxious, inappropriately wary, cannot concentrate, starts to isolate from his surroundings, is prone to inadequate, whether panic or aggressive, reactions. A person which experienced an extreme trauma may be diagnosed with the PTSD if he/she manifests certain symptoms from three groups of symptoms: flashback, elusive behaviour and hyperarousal. These symptoms must have prevailed for more than 1 month and must have caused serious issues or troubles in the personal or professional life. PTSD is a curable disorder. The psychotherapy is the primary instrument in PTSD treatment.

Key words: Posttraumatic stress disorder. Violence. Symptoms. Therapy. Psychotherapy.

Šok z bombardovania, vojnová neuróza, bojová únava, syndróm znásilnených - to všetko sú pojmy, ktorými sa v minulosti označovali stavy, dnes spadajúce pod pojem posttraumatická stresová porucha. Prvé odborné popisy patologickej adaptácie na traumatické udalosti pochádzajú z 19. storočia. V polovici minulého storočia bol používaný termín vojnové neurózy. Ich obsah a kritéria sú však málo špecifické. Termín posttraumatická stresová porucha (PTSD - z anglického posttraumatic stress disorder) je relatívne nový. Táto diagnostická jednotka bola postulovaná americkými psychiatrami po skúsenostiach z vojen v Kórei a Vietname. V obidvoch týchto konfliktoch sprevádzali priamo na fronte bojujúcich vojakov okrem chirurgov tiež psychiatri a psychológovia. Tí mali možnosť popísať a pokúsiť sa liečiť celý rad psychických zmien, ktoré bojujúci vojaci a následne veteráni, prežívali. Okrem iného tiež zistili, že po otrasných frontových zážitkoch niektorí vojaci nepociťujú len stavy strachu, úzkosti, rezignácie, hostility, či skrytej agresivity, ktoré sú všeobecne známe a chápané ako viac-menej bežná akútna reakcia na stres v danej situácii. U niektorých (disponovaných) vojakov sa po čase objavili úplne nové symptómy. Prekvapením bolo, že tieto príznaky sa nemusia rozvinúť okamžite po danej udalosti, ale rozvíjajú sa často bez varovania až v priebehu niekoľkých dní či týždňov, a to i po období asymptomatickom, kedy už odznela akútna stresová reakcia. PTSD sa môže rozvinúť dokonca až do šiestich mesiacov po prekonanej traume. V minulosti veľa ľudí verilo, že iba vojaci alebo iní ľudia, ktorí boli vo vojne, môžu trpieť PTSP. Kvôli tomu sa pred rokmi PTSP bežne nazývala "bojová únava" alebo "bombový šok". PTSP môže ovplyvniť každého. Na základe nových výskumov lekári a vedci zistili, že všetky typy ľudí z rôznych prostredí môžu trpieť traumatickými skúsenosťami, ktoré niekedy vedú až k PTSD. Možno ju pozorovať aj u ľudí prežívajúcich iné, ako vojnové traumatické situácie.

Táto porucha je často nesprávne vysvetľovaná a nesprávne diagnostikovaná aj napriek tomu, že sa vyznačuje súborom veľmi špecifických príznakov, tvoriacich syndróm. Popísaná úplne nová symptomatológia bola dôvodom pre vytvorenie novej diagnostickej jednotky.

PTSD je zaradená do veľkej skupiny úzkostných porúch a rozlišuje formu akútnu a chronickú. PTSD je úzkostná porucha, ktorá sa typicky rozvíja po emocionálne ťažkej, stresujúcej udalosti, ktorá svojou závažnosťou presahuje zvyčajnú ľudskú skúsenosť a býva traumatizujúcou pre väčšinu ľudí. Posttraumatická stresová porucha vzniká po náhlych, otrasných, osobnú integritu obmedzujúcich, či život ohrozujúcich udalostiach, ktoré prežil človek buď sám, alebo bol ich bezprostredným svedkom. PTSD sa väčšinou týka disponovaných osôb. To znamená jedincov oslabených dlhodobým psychickým vypätím, chronickou chorobou, fyzickým vyčerpaním, starších alebo tých, ktorí sú vystavení závažnej zmene v sociálnych či interpersonálnych vzťahoch.

PTSD sa najčastejšie vyskytuje u ľudí, ktorí prekonali:
- bitie alebo týranie v rodine

- znásilnenie alebo sexuálne zneužívanie
- autonehodu alebo letecké nešťastie
- povodeň, požiar, hurikán, zemetrasenie
- vojnu, teroristický útok
- situáciu, v ktorej mohli byť zabití
- náhlu a neočakávanú smrť veľmi blízkej osoby
- boli obeťami násilného činu
- boli svedkom (očítym) horeuvedených situácií
- profesionáli, ktorí pomáhajú v horeuvedených situáciách - zdravotníci, polícia, záchranári, požiarnici, vojači, dobrovoľníci.

Náhly stres z traumatickej udalosti spôsobuje chemické reakcie v mozgu a má príznaky aj na telesnej úrovni. U niektorých ľudí pociťujúcich uvedené príznaky sa môže vyvinúť PTSD (9).

Príklady situácií, ktoré môžu byť spájané s PTSD:

1. Žena, ktorá pred tromi rokmi prežila hroznú automobilovú nehodu, sa pri zvuku sirény auta záchranej zdravotníckej služby začne nekontrolovateľne triasť, má búšenie srdca a potia sa jej ruky.

2. Muž, ktorý bol prepadnutý a vážne zbitý v tmavej ulici, je "extrémne nervózny" a nevychádza z domu, hlavne v noci.

3. Už dva roky uplynuli odvtedy, čo istá žena prišla o svoj domov a všetko v ňom počas náhlej záplavy. Stále ju však trápia nočné mory o záplavách a má vážne problémy so spánkom. Kedykoľvek predpoveď počasia predpokladá nočný dažď, spomenutá žena nezaspí.

Nie všetci ľudia, ktorí zažijú traumatickú udalosť, vyžadujú liečbu. Niektorí sa z nej zotavia za pomoci rodiny, priateľov či kňazov. Ale mnohí potrebujú pre úspešnú nápravu psychologických škôd pomoc odborníkov.

Je dôležité si uvedomiť, že symptómy PTSD sú pre laickú verejnosť neočakávané a nepredpokladané. Bežný civilný pohľad na prežívanie po traumatických udalostiach je, že postihnutý prežije zdesenie, beznádej a depresiu, čo sa po čase stratí. Laik je schopný predstaviť si a pochopiť akútnu reakciu na stres, nie však PTSD. Akútna reakcia na stres, ktorá vzniká u disponovaných osôb po podobných udalostiach, trvá väčšinou hodiny, maximálne tri dni po ukončení ohrozujúcej udalosti. Jej obraz je variabilný a individuálny. Obyčajne začína stavom ustrnutia, zúžením vedomia a obmedzením pozornosti. Postihnutý nie je schopný úplne a správne pochopiť situáciu a adekvátne reagovať, môže byť dezorientovaný. Druhým štádiom je buď prehĺbenie apatie, alebo naopak agitovanosť a hyperaktivita spojená so silnou vegetatívnu reakciou. Prvou pomocou je racionálny a citlivý prístup a prípadne jednorázové/krátkodobé podanie benzodiazepínu. (6)

Hoci sa väčšina štúdií zaoberá traumou u dospelých ľudí, PTSD sa môže rozvinúť aj u detí. Je známe, že pôrodná trauma, zneužívanie dieťaťa, či iných členov rodiny, strata rodičov, hrôzy vojny, majú často hlboký poškodzujúci vplyv na životy detí. Prejavy tejto poruchy u detí si však vyžadujú ďalšie výskumy, zamerané na zisťovanie špecifik, odlišujúcich ju od PTSP u dospelých. Nie je napríklad doteraz jasné, akým spôsobom závisí rozvoj a vyústenie poruchy od typu traumy, od veku, v ktorom sa objaví a od použitej liečby. (9)

Výskyt PTSD a komorbidita

Celoživotná prevalencia PTSD v západnej populácii je 10,4 - 12,3 % u žien a 5,0 - 6,0 % u mužov. Štúdie ukazujú, že ženy trpia poruchou dvakrát častejšie ako muži, čo pravdepodobne súvisí s častejším traumatickým narušením ich intímnej integrity, fyzickými alebo sexuálnymi vyhrážkami, či napadnutím. Ešte vyššie percento ľudí trpí len niektorými príznakmi tejto poruchy. U amerických vojnových veteránov z bojových jednotiek sa uvádza výskyt PTSD v 5 % a u tých, ktorí utrpeli zranenie, stúpa až na 20 %. V krajinách, kde sa odohrala vojna alebo živelná pohroma, sa PTSD môže vyskytovať až u 20 - 30 % obyvateľstva. (5, 6)

Najtypickejšími traumatizujúcimi zážitkami u mužov sú vojnové udalosti a autonehody, u žien znásilnenie alebo iné sexuálne zneužitie. (4) Porucha častejšie postihuje jedincov slobodných, rozvedených, ovdovených, ekonomicky handicapovaných alebo sociálne izolovaných. Prevalencia PTSD je asi dvadsaťkrát vyššia u jedincov psychicky narušených, trpiacich somatizáciou, schizofréniou, panickou poruchou. Vo väčšine prípadov ide o návaznosť na traumy prežité v detstve. (5)

Komorbidita PTSD je vysoká. Najčastejšie PTSD sprevádza výskyt úzkostných stavov, depresia, závislosti na návykových látkach (drogy, alkohol), partnerské problémy a suicidálne myšlienky alebo pokusy. Výskumy v USA preukázali, že 98,8 % osôb trpiacich PTSD súčasne trpelo najmenej jednou psychiatrickou poruchou. U mužov to bolo najčastejšie zneužívanie alkoholu, depresie a generalizovaná úzkostná porucha. U žien to bola najčastejšie depresia, generalizovaná úzkostná porucha, zneužívanie alkoholu a panická porucha. (6)

V niektorých prípadoch príznaky PTSD časom vymiznú, ale u niektorých ľudí pretrvávajú po mnoho rokov. (5)

Príznaky

Prejavy PTSD môžu byť veľmi dramatické, vynucujúce si pozornosť, ale aj menej výrazné, zato však výrazne negatívne ovplyvňujúce život človeka. Posttraumatická stresová porucha sa obvykle rozvinie do 3 mesiacov od traumatizujúcej udalosti, ale niekedy sa jej príznaky objavia až po viacerých mesiacoch, či dokonca rokoch. Porucha teda vzniká po určitej latencii od prežitej udalosti (dni, týždne, mesiace). Niektorí autori poukazujú na tri možné etapy rozvoje PTSD.

V prvej sa objavujú nešpecifické pretrvávajúce zmeny - úzkosť, nespavosť, nesústredenosť.

V druhej sú už prítomné typické znaky poruchy - znovuprežívanie udalostí, vyhýbavé správanie.

V 10 % prípadoch dochádza k rozvoju tretej etapy. Objavuje sa ľahostajnosť, rezignácia až apatia, klasické príznaky depresie s rizikom suicídia, invalidizácia. Úplné uzdravenie možno očakávať u 30 % chorých, ale u ďalších 30 % budú dlhodobo pretrvávajúť mierne príznaky. V zostávajúcich prípadoch možno očakávať stredne závažnú symptomatiku, ktorá môže viesť napríklad k opakovaným pracovným alebo osobnostným zlyhaniam. (5,9)

Ústup príznakov PTSD by mal nastať v priebehu 6 mesiacov, u niektorých jedincov však príznaky PTSD pretrvávajú aj niekoľko rokov. PTSD je komplexná porucha, ktorá zasahuje do mnohých oblastí života postihnutej osoby.

Ľudia s PTSD často prežívajú epizodické stavy, v ktorých sa traumatická udalosť "votrie" do ich súčasného života. Môže mať podobu náhlych, veľmi živých spomienok, spojených s bolestnými pocitmi, pohlcujúcimi celú pozornosť obete. Toto "znovuprežívanie" traumy sa nazýva flashback - spomienka, ktorá je taká silná, že si človek myslí, že opäť prežíva traumy, alebo ju vidí odvíjať sa pred svojimi očami. U traumatizovaných detí sa toto oživenie traumy často objavuje v podobe opakujúcej sa hry. Keď človek zažíva flashback, je v tzv. dissociatívnom stave, ktorý si môžeme zmyliť s námesačnosťou. Keď k nemu dôjde, človek sa správa tak, ako keby práve teraz opäť prežíval traumatickú udalosť. Nie je si však plne vedomý toho, čo robí. Napr. vojnový veterán sa môže zakrádať okolo susedných domov, ako keby hliadkoval na nepriateľskom území (5).

Niekedy má znovuprežívanie traumy podobu nočných mor, ktoré sú také silné, že sa človek prebudí kričiaci hrôzou, akoby znovu prežil traumy v spánku. U detí sa znovuprežívanie traumy objavuje ako súčasť nočných mor vo všeobecnejšej podobe, napr. v podobe monštier, zachraňovania druhých alebo ohrozenia seba aj iných. Inokedy prichádza znovuprežívanie traumy ako náhly, bolestný nápor emócií bez zjavnej vyvolávajúcej príčiny. Často ide o pocity smútku, vháňajúceho slzy do očí a zvierajúceho hrdlo, ale môžu to tiež byť pocity

hnevu alebo strachu. Tieto emocionálne zážitky sa objavujú opakovane, podobne ako spomienky alebo sny o traumatickej udalosti.

Ďalšou skupinou príznakov sú tzv. vyhýbavé fenomény. Tieto zasahujú do vzťahov postihnutého s inými ľuďmi, pretože sa často vyhýba blízkym emočným kontaktom s príbuznými, kolegami či priateľmi. Takýto človek sa spočiatku cíti znecitlivený, jeho emócie sú zredukované, je schopný dokončiť iba rutinné, mechanické činnosti. Neskôr, keď dochádza k znovuprežívaniu traumy, strieda sa u postihnutého záplava emócií s úplnou neschopnosťou pociťovať alebo vyjadrovať emócie. Ľudia, ktorí trpia PTSD, často popisujú neschopnosť pociťovať emócie, predovšetkým ku svojim najbližším. Dokonca aj keď sú schopní emócie prežívať, nie sú schopní ich vyjadrovať. Ak táto vyhýbavosť pretrváva, začnú sa cítiť znužení, chladní alebo odpojení. Ich príbuzní sa potom často cítia odmietnutí, pretože od nich necítia náklonnosť, iba akési mechanické správanie. Pre deti, trpiace PTSD, môže byť veľmi ťažké popísať terapeutovi také príznaky, ako je znecitlivenie alebo zníženie záujmu o dôležité aktivity. Preto sú veľmi dôležité údaje od rodičov, učiteľov a iných ľudí, ktorí s deťmi prichádzajú do kontaktu. (Tab. 1)

Človek s PTSD sa vyhýba situáciám, ktoré mu pripomínajú traumatickú udalosť, pretože situácie alebo činnosti, ktoré niečím, niekedy len malým detailom, pripomínajú pôvodnú traumy, vyvolávajú zhoršenie príznakov ochorenia. Napr. človek, ktorý bol vojnovým zajatcom, môže mimoriadne silno reagovať pri pohľade na ľudí v uniformách, podobných tým, ktoré nosili do-

Tab. 1 DSM-IV symptómy klasteru A: znovuprežívanie traumatickej udalosti - zdroj www.fenestra.sk

dospelý	adolescent	školský vek	predškolský vek
1. opakujúce sa spomienky	opakujúce sa fantázie o pomste alebo vyslobodení	opakujúce sa fantázie o pomste alebo vyslobodení	opakujúca sa hra
2. úzkostné sny	nočné mory	nočné mory nočné desy	nočné mory nočné desy
3. pocit, že sa udalosť opakuje	pocit, že sa udalosť opakuje	prehrávanie traumy pri intruzívnych zvukoch a obrazoch	prehrávanie traumy pri intruzívnych zvukoch a obrazoch
4. distres pri vystavení situáciám pripomínajúcich traumatickú udalosť	prežívanie strachu v každodenných situáciách, ktorý je špecifický pre traumy	prežívanie strachu v každodenných situáciách, ktorý je špecifický pre traumy	separácia úzkosť úzkosť z cudzích ľudí regresné strachy
5. fyziologická reaktivita pri vystavení traumatickej udalosti	reaktivita a somatické problémy	reaktivita a somatické problémy	problémy s príjmom potravy, senzitivita na hlasné zvuky

zorcovia v zajateckom tábore. Časom sa môže určitých situácií obávať tak, že celý jeho život je podriadený snahám vyhnúť sa im. Obvyklým dôsledkom tejto neschopnosti vysporiadať sa s bolestnými pocitmi je depresia. Niektorí ľudia trpia pocitmi viny za to, že oni prežili katastrofu, zatiaľ čo iní, zvlášť ich priatelia a príbuzní, ju neprežili. Takéto pocity viny za prežitie bývajú veľmi mučivé u vojnových veteránov alebo civilného obyvateľstva, ktoré prežilo katastrofu. U detí, ktoré prežili ťažkú traumu, môže dôjsť k zmenám v orientácii na budúcnosť. V dospelosti môžu odmietať uzavretie manželstva, vytvorenie si dlhodobého dôverného vzťahu alebo prácu na profesionálnej kariére. (Tab. 2)

Ľudia s posttraumatickou stresovou poruchou sa často správajú tak, akoby boli neustále ohrození traumou, ktorá u nich zapríčinila vznik ochorenia. Aj bez vyvolávajúceho podnetu sú často podráždení alebo explozívni. Majú problém so sústredením sa a so zapamätaním si nových informácií. Často trpia nespavosťou, ťažko zaspávajú, pretože ich organizmus je stále v strehu, niekedy aj kvôli strachu z nočných mor, ktoré ich v spánku trýznia. Tento pocit, že nebezpečenstvo je neustále niekde nablízku, zapríčiňuje premrštené úľakové reakcie. Ženu, ktorá bola znásilnená, zachváti obrovská úzkosť, keď ju niekto nečakane od chrbta chyti za plece. Rozbúši sa jej srdce, začnú sa jej triasť ruky, obleje ju studený pot, môže pociťovať mdloby. Dôsledkom extrémneho strachu, ktorý prežíval človek počas traumy, a ktorý ostal v priebehu neskorších životných udalostí nevyriešený, môžu sa dostaviť aj záchvaty paniky. U detí, ale aj u dospelých sa môžu popri príznakoch zvýšenej dráždivosti

rozvinúť telesné ťažkosti, ako napr. bolesti brucha, bolesti hlavy a rôzne iné nevysvetliteľné bolesti. (Tab. 3)

Jedinci, trpiaci následkami traumy, mnohokrát hľadajú úľavu od bolestného znovuprežívania traumy, od pocitov osamelosti, či viny a od panickej úzkosti v alkohole, užívaní drog alebo liekov, ktoré si sami "ordinujú". To môže viesť k rozvoju závislosti. Ľudia s PTSD sú v dôsledku depresie, negatívneho sebahodnotenia a slabej kontroly impulzov často ohrození samovraždovým konaním.

Človek, ktorý trpí v dôsledku prežitej minulej traumy, zlyháva v rôznych oblastiach života. Môžu byť narušené jeho vzťahy s inými ľuďmi, fungovanie v rodine, partnerskom vzťahu, je znížený jeho pracovný výkon. (5, 10)

Znovuprežívanie (flashback)

Znovuprežívanie sa prejavuje ako časté, náhle a zamrucujúce spomienky na udalosť, vrátane myšlienok alebo obrazov z danej udalosti.

Opakované stresujúce sny o danej udalosti.

Opätovné prežívanie udalosti.

Silná emocionálna alebo mentálna bolesť, keď postihnúť vidí ľudí, miesta alebo iné veci z danej udalosti.

Fyzické reakcie (napríklad triaška, zimnica, prudké bušenie srdca), ak ľudia, miesta alebo iné veci pripomenú danú udalosť.

Tab. 2 DSM- IV symptómy klasteru B: vyhýbanie sa a zamrznutie - zdroj www.fenestra.sk

dospelý	adolescent	školský vek	predškolský vek
1. vyhýbanie sa myšlienkam alebo pocitom spojeným s udalosťou	"vytesňovanie"	"vytesňovanie"	"vytesňovanie"
2. vyhýbanie sa ľuďom, miestam alebo aktivitám	fóbické správanie	fóbické správanie	fóbické správanie
3. neschopnosť spomenúť si na udalosť	skreslené vnímanie času, vytváranie si osudových znamení	skreslené vnímanie času, vytváranie si osudových znamení	kognitívny zmätok
4. znížený záujem o aktivity	záškoláctvo	odmietanie školy	regresné prejavy správania
5. odpútanie sa od ostatných	izolácia, „acting out“ proti ostatným	stiahnutie sa z rovesníckej skupiny, nezáujem o hru	úzkostná väzba
6. obmedzená škála afektov	smútok, pocity viny	smútok, pocity viny, pocit osamelosti	smútok, bezmocnosť
7. pocit krátkej budúcnosti	pocit krátkej budúcnosti	pocit krátkej budúcnosti	pocit krátkej budúcnosti

Tab. 3 DSM- IV symptómy klasteru C: zvýšený arousal - zdroj www.fenestra.sk

dospelý	adolescent	školský vek	predškolský vek
1. poruchy spánku	nespavosť, upadanie do hlbokého spánku	ťažkosti so zaspávaním	ťažkosti so zaspávaním
2. iritabilita, hnev	hnev, agresivita	opozičné správanie	výbuchy zlosti
3. poruchy pozornosti	problémy s učením	problémy s učením	nepozornosť pri inštrukciách
4. hypervigilancia	hypervigilancia	obsesie s detailmi traumy	citlivosť na zvukové stimuly
5. neprimeraná šoková reakcia	neprimeraná šoková reakcia	neprimeraná šoková reakcia	neprimeraná šoková reakcia

Vyhýbavé správanie

Vyhýbanie sa myšlienkam, pocitom alebo konverzácií o danej udalosti.

Vyhýbanie sa činnostiam, miestam alebo ľuďom, ktorí danú udalosť pripomínajú.

Neschopnosť zapamätať si dôležité podrobnosti z udalosti.

Neschopnosť tešiť sa, alebo zúčastňovať sa na činnostiach, ktoré predtým postihnutého bavili.

Pocit izolovanosti alebo odcudzenia sa rodine a priateľom.

Pocit emocionálnej meravosti, ktorý si môžu všimnúť aj iní.

Presvedčenie, že určité dôležité životné ciele (napríklad manželstvo, rodičovstvo alebo starnutie) sa nenaplnia.

Podráždenosť (hyperarousal)

Problémy so zaspávaním alebo spánkom.

Výbuchy hnevu a podráždenosť.

Problémy s koncentráciou.

Pocit "prílišnej ostražitosti".

Neprimerané ľakanie sa.

Diagnostika

S PTSD sa nestretávame bezprostredne v prvých hodinách či dňoch po traume. Chorí sa k lekárovi dostanú (ak sa k nemu vôbec dostanú) až po niekoľkých týždňoch, ktoré ubehli od udalosti. Nebudú veľmi zhovorčiví, budú sa sťažovať na neurčité telesné a psychické problémy. Budú to bolesti končatín, tela, hlavy, únava, telesná slabosť, strach, smútok, obavy, strata záujmov, zlyhávanie v bežných činnostiach. Ide o príznaky, ktoré pripomínajú miernejšiu depresiú, ale chorý to ako depresiú

nepocituje. (8)

Pokiaľ je známe, že jedinec bol vystavený traumatickej udalosti, pátrame po príznakoch PTSD. V tejto situácii môže diagnosticky veľmi pomôcť predovšetkým udávanie návratných, znovuprežívaných predstáv a myšlienok. Pretože PTSD je prognosticky ďaleko závažnejší stav ako mierna depresia, je potrebné okamžité zahájenie liečby a prevencia prechodu ochorenia do chronickej poruchy.

Pri prvom kontakte s pacientom nie je vhodný zľahčujúci, bagatelizujúci, či prehnane racionalizujúci prístup ("to postretlo kde koho ... vzmúž sa ... môže byť ešte horšie"). Postihnutý musí nadobudnúť pocit, že mu rozumieme, chápeme jeho utrpenie, poznáme problematiku PTSD a že mu dokážeme a chceme pomôcť. Zároveň má dostať signál, že nejde o niečo úplne výnimočné, že touto poruchou netrpí on sám ako prvý a jediný na svete. (8, 10)

Tri zásady prvého kontaktu s pacientom postihnutým PTSD:

- účasť a porozumenie,
- vysvetlenie poruchy - obrazu i výskytu,
- vysvetlenie liečby - spôsobu a prognózy.

Ak ošetrujúci lekár chorého pozná a zaznamená nárpadnú zmenu správania, alebo ak má referencie o významnej zmene v jeho konaní, zvykoch a prejavoch, nemal by váhať odoslať chorého k psychiatrovi. Urobí tým menšiu chybu, ako keď stav podcení a chorý cestou z jeho ordinácie suiciduje. Psychiatrická indikácia je vhodná aj v prípade, že chorý uvažuje o samovražde alebo sa o ňu už dokonca pokúsil. Psychomotorický útlm, ako nový fenomén, je rovnako veľmi rizikový, pretože tiež hrozí autoagresívnym konaním. (6)

U človeka, ktorý prežil extrémnu traumú, môže byť diagnostikovaná PTSD, ak sa u neho vyskytujú určité symptómy z každej z troch skupín príznakov: znovuprežívanie, vyhýbavé správanie a podráždenosť. (Tab. 1.

3) Uvedené symptómy musia pretrvávajúť aspoň 1 mesiac a musia spôsobovať závažné problémy alebo ťažkosti v osobnom či pracovnom živote.

Diagnostické kritéria

A. Osoba bola vystavená traumatizujúcej udalosti a prešla jedným alebo obidvoma z nasledujúcich:

- prežila alebo bola svedkom udalosti v súvislosti s ktorou došlo k smrti, alebo v súvislosti, s ktorou hrozila smrť alebo vážne zranenie.
- reagovala intenzívnym strachom, beznádejou alebo zdesením. (U deti to môže byť vyjadrované neorganizovaným alebo rozrušeným správaním).

B. Traumatická udalosť je stále znova prežívaná nasledujúcimi spôsobmi:

- opakujúce sa neodbytné úzkostné spomienky na udalosť, vrátane obrazov, myšlienok alebo pocitov. (U deti sa môžu objaviť opakujúce sa hry, ktorými je vyjadrovaná prežitá trauma).
- opakujúce sa úzkostné sny o udalosti. (U deti to môžu byť desivé sny bez rozpoznateľného obsahu).
- osoba koná alebo sa cíti akoby sa traumatická udalosť opakovala (ilúzie, halucinácie).
- postihnutý pociťuje silnú úzkosť keď je vystavený niečomu, čo pripomína traumatickú udalosť.

C. Osoba sa neustále vyhýba podnetom pripomínajúcim traumatickú udalosť a jej všeobecná schopnosť reagovať na podnety sa znížila. Sú prítomné tri alebo viac príznakov z nasledujúcich:

- snaha vyhnúť sa myšlienkam, pocitom alebo konverzácií spojenej s traumou.
- snaha vyhnúť sa aktivitám, miestam alebo ľuďom ktorí vyvolávajú spomienky na traumou.
- neschopnosť spomenúť si na dôležitú vec vo vzťahu k traume.
- nápadne zmenšený záujem o vykonávanie dôležitých činností.
- pocit odcudzenia alebo odlúčenia od ostatných.
- obmedzenie citového rozsahu (napr. neschopnosť cítiť lásku).
- zmenený pohľad na budúcnosť (napr. postihnutý jediniec neočakáva kariéru, sobáš, deti).

D. Sú prítomné stále príznaky podráždenia (ktoré neboli prítomné pred traumou). Vyskytujú sa dva alebo viacero z nasledujúcich:

- problémy so zaspávaním a spánkom
- podráždenosť, precitlivenosť alebo výbuchy hnevu
- problémy s koncentráciou
- prehnaná ostrážitosť (bdelosť)
- prehnané ľakavé reakcie.

E. Pretrvávajúce príznaky dlhšie ako 1 mesiac

F. Príznaky významne zasahujú do spoločenského alebo pracovného života postihnutého.

Terapia

Nie všetci ľudia, ktorí zažijú traumatickú udalosť, vyžadujú liečbu. Niektorí sa z nej zotavia za pomoci rodiny, priateľov či kňazov. Mnohí však potrebujú pre úspešnú nápravu psychologických škôd pomoc odborníkov.

V liečbe PTSD stojí na prvom mieste psychoterapia. Jej všeobecným princípom a cieľom je integrácia traumy do celku osobných skúseností človeka a zmiernenie alebo odstránenie jej negatívneho vplyvu na jeho psychický a telesný stav, ako aj rast jeho osobnosti.

Prvou z metód, používaných pri liečbe dôsledkov traumy, je kognitívno-behaviorálna terapia. Zameriava sa na korekciu problematických a k utrpeniu vedúcich spôsobov myslenia a správania, ktoré sa rozvinuli v dôsledku zážitku traumy a tvoria bludný kruh. Jej realizácia predpokladá vyškoleného psychoterapeuta. Vedenie pacienta je časovo náročné. Vyžaduje 10-16 sedení, najskôr raz týždenne, neskôr v štrnásťdňových intervaloch. Pacientovi je potrebné vysvetliť priamy vzťah medzi jeho príznakmi a traumatickou udalosťou, ako aj problematiku PTSD. V ďalších krokoch je chorý vystavený spúšťačím momentom (najčastejšie formou rozhovoru o priebehu udalosti, čo je potrebné opakovať približne 10x). Vďaka tomu postupne dochádza k znižovaniu emocionálneho napätia. Vystavenie človeka podnetom vyvolávajúcim strach a úzkosť, spúšťačom stresovej reakcie, v kombinácii s relaxáciou, v podmienkach bezpečia terapeutickú situáciu, vedie ku desenzitizácii, poklesu úzkosti a zníženiu citlivosti na dané podnety. To potom vedie k zmene v jeho správaní (hlavne k odstráneniu vyhýbavého správania). Súčasťou liečby je tiež práca so stereotypne sa opakujúcimi a demoralizujúcimi myšlienkami a narušeným postojom človeka k sebe, k svojej budúcnosti, k iným ľuďom a k svetu. Dôležité je tiež učenie sa novým zručnostiam, potrebným pre zvládanie problémov a situácií spojených s traumou. Pri ukončení je dôležité, aby chorý prevzal riešenie ďalších stresových situácií, ktoré zákonite nastanú, na seba, aby mal vypracovaný plán, ako im čeliť a ako ich zvládať. Pri práci s erudovaným psychoterapeutom a pri dostatku času je úspešnosť tejto liečby vysoká.

Ďalšou terapeutickou metódou, používanou u traumatizovaných ľudí, je podporná psychoterapia. Snaží sa o vnútornú stabilizáciu a skludnenie pacienta. Terapeut s porozumením načúva pacientovi a povzbudzuje ho ku odreagovaniu negatívnych emócií (pocitov strachu, smútku, hnevu, viny atď.). Povzbudzuje ho, aby popísal, čo ho trápi a postupne dopĺňal a vybavil si detaily traumatickej udalosti. Pomáha pacientovi porozumieť súvislostiam, spoločne hľadajú riešenie problémov súvisiacich s následkami traumy. Terapeut sa usiluje získať pre spoluprácu dôležité vzťahové osoby pacienta a zaisťuje tiež zapojenie potrebných inštitúcií a služieb.

Počas traumatickej udalosti často dochádza ku násilnému útoku na osobné hodnoty človeka. Psychodynamická psychoterapia pomáha traumatizovanému človeku skúmať jeho osobné hodnoty a tiež to, do akej miery správanie a prežívanie počas traumatickej udalosti poznamenalo ich prestúpenie. Cieľom je vyriešenie vedomých i nevedomých konfliktov, ktoré v dôsledku toho

v človeku prebiehajú. V terapii ďalej pracuje na obnovení a zvýšení sebaúcty a sebakontroly, obnovení pocitu integrity a osobnej hrdosti.

Vhodnou metódou môže byť aj rodinná terapia. V dôsledku posttraumatickej stresovej poruchy daného človeka často trpia aj jeho blízki - partner, deti. Tito často popisujú, že ich manžel /manželka/matka s nimi málo komunikuje, neprejavuje city, záujem, nepodiela sa ani na rodinnom živote. V terapii sa členovia rodiny učia rozpoznávať emócie, ktoré každý z nich prežíva a vysporiadať sa s nimi. Učia sa lepšej komunikácii, rodičovskej starostlivosti a technikám zvládania stresu.

Ďalšou účinnou liečbou sú diskusné skupiny alebo na poradenstvo zamerané skupiny, zložené výlučne z ľudí, ktorí trpia PTSD. Táto metóda povzbudzuje tých, čo prežili podobnú traumatickú udalosť, aby sa navzájom podelili o svoje zážitky a o reakcie na ne. Uvedomenie si, že aj mnoho iných ľudí prežilo podobné hrôzy a zakúša podobné pocity, pomáha jednotlivcovi uvedomiť si, že on či ona nie je výnimočným spôsobom nevhodný/ná alebo vinný/ná. Časom ľudia zmenia svoje postoje k sebe samým a vybudujú si nový pohľad na svet a pozitívny sebacit. (6, 9)

Medikamentózna terapia je možnosťou liečby, ktorá sa využíva väčšinou v kombinácii s psychoterapiou. Pomáha kontrolovať príznaky PTSD, zvládať pridruženú depresiu, úzkosť, agresívne a impulzívne správanie a iné pridružené psychické poruchy. Môže zmierniť vtieravé príznaky a príznaky zvýšenej dráždivosti. Výhodou podávania moderných psychofarmák je menšia časová náročnosť liečby, do istej miery rýchlejší efekt a široké spektrum účinku (prinajmenšom antidepresívny, anxiolytický, antiimpulzívny). I tu je úspešnosť liečby dobrá, ak chorý lieky správne a trpezlivo užíva. Pri farmakoterapii PTSD je potrebné vyberať také lieky, u ktorých nehrozí rozvoj závislosti (benzodiazepíny, ktoré možno užívať pri liečbe akútnej reakcie na stres). Dnes sú lieky prvej voľby v liečbe PTSD antidepresíva skupiny SSRI (bežne používaná skratka z anglického názvu serotonin selective reuptake inhibitors). K nim patria: citalopram (Citalec, Seropram), fluoxetin (Deprex, Prozac), fluvoxamin (Fevarin), faroxetin (Seroxat) a sertralín (Zoloft). (6, 7)

Desať bodov na záver

1. Prvou možnou reakciou na závažnú traumatizujúcu udalosť je u disponovaných jedincov akútna reakcia na stres.
2. PTSD nie je akútnou reakciou na stres, ide o úplne novú chorobnú psychickú kvalitu.
3. K rozvoju PTSD dochádza s odstupom niekoľkých

dni i týždňov po závažnej traume, môže sa objaviť dokonca aj po šiestich mesiacoch.

4. PTSD môže byť až v 80 % prípadov kombinovaná s depresiou.
5. Až u 30 % obetí živelných katastrof sa stretávame s PTSD.
6. V daných situáciách je potrebné o PTSD uvažovať a pokúsiť sa ju odhaliť.
7. PTSD je porucha liečiteľná.
8. Možnosťami liečby sú psychoterapia a farmakoterapia.
9. Liekmi prvej voľby pri liečbe PTSD sú antidepresíva skupiny SSRI.
10. Pri pochybnostiach, alebo neštandardnom priebehu ochorenia, nemá praktický lekár nikdy váhať s odoslaním chorého k špecialistovi. (6)

Predovšetkým zdravotnícki profesionáli by mali vedieť, že v prípade PTSD ide o závažný zdravotný problém. Musia pochopiť, že porucha nie je znakom osobnej slabosti postihnutého a príznaky tohto ochorenia nie sú "len v jeho hlave" alebo "v jeho predstavách". PTSD nemôže vzniknúť, ak by postihnutý jedinec nebol vystavený náročnej traumatizujúcej udalosti. Je treba mať na pamäti, že liečba trvá mesiace a nie len pár dní. (8)

Literatúra

1. BAŠTECKÁ, B., GOLDMAN, P. *Základy klinickej psychologie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. 156 s.
2. BAŠTECKÁ, B. a kol. *Klinická psychologie v praxi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 145 s.
3. ČEŠKOVÁ, H., KUČEROVÁ, H. *Psychopatologie a psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2006. 178 s.
4. JANOSIKOVÁ, E.H., DAVIESOVÁ, J.L. *Psychiatrická ošetrovateľská starostlivosť*. 1. vyd. Martin: Vydavateľstvo Osveta, 1999. 242 s. .
5. KUSÁ, K. *Posttraumatická stresová porucha (PTSP)*. 2006 [online]. www.vydavatelstvo-f.sk. [citované 25.1. 2008]. Dostupné na <http://www.vydavatelstvo-f.sk/preklady/p0214.doc>.
6. PIDRMAN, V. Posttraumatická stresová porucha. In: *Praktický lekár*. 2007, roč. 87, č.10, s. 615-617
7. RABOCH, J., ZVOLSKÝ, P. a kol. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Galén a Univerzita Karlova, Karolinum. 2001. 622 s.
8. ŠPATENKOVÁ, N. a kol. *Krizová intervence pro praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. 156 s.
9. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004. 198 s.
10. VODÁČKOVÁ, D. a kol. *Krizová intervence*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. 124 s.