

616.89-009.97

AKUTNÍ REAKCE NA STRES A POSTTRAUMATICKÁ STRESOVÁ PORUCHA

Vlastimil TICHÝ, Ján PRAŠKO
Psychiatrické oddělení Ústřední vojenské nemocnice, Praha
Psychiatrické centrum, Praha

Souhrn

Schopnost zvládat stresovou reakci je ovlivněna individuální vulnerabilitou a funkcí obranných mechanismů, které se navenek projevují u jedince značně rozdílně. Selžou-li tyto obranné mechanismy, rozvíjí se akutní stresová reakce. Na rozdíl od akutní reakce na stres vzniká posttraumatická porucha zpožděně jako odezva na stresovou událost a její příznaky se mohou objevit i po několika měsících po vyvolávající události. Přitom traumatické události může být člověk pouze svědkem, aniž by se ho přímo dotýkala, jako je tomu např. u záchranářů a zdravotníků.

Klíčová slova: Stres; Trauma; Reakce; Deprese.

Acute Reaction to Stress and Posttraumatic Stress Disorder**Summary**

The ability to manage stress reaction is influenced by individual vulnerability and the function of defence mechanisms which are different in each individual. If these defence mechanisms fail the acute stress reaction develops. Posttraumatic disorder contrary to acute stress reaction develops as a response to stressful situation and its symptoms can appear even a few months after the event which caused it. But the affected person can only be a witness without being personally involved in the traumatic situation as for example members of a rescue team and medical workers.

Key words: Stress; Trauma; Reaction; Depression.

Podle Mezinárodní klasifikace nemocí ICD - 10 je akutní reakce na stres (ARS) definována jako přechodná porucha významné závažnosti, která vzniká u jedince bez jakékoli výrazné psychické poruchy jako odpověď na výjimečný fyzický či duševní stres a která obvykle odeznívá během několika hodin nebo dnů. Stresorem může být zdrcující traumatický zážitek zahrnující vážné ohrožení bezpečnosti nebo somatické integrity jedince nebo blízkých osob (např. živelní pohroma, úraz, ozbrojený konflikt, přepadení, znásilnění) nebo neobvyklá náhlá a ohrožující změna v sociálním postavení či v mezilidských vztazích jedince, např. ztráta mnoha blízkých osob nebo požár v domácnosti. Riziko rozvoje poruchy je větší, je-li též přítomno fyzické vyčerpání nebo organické faktory (např. ve stáří). Důležitá je individuální vulnerabilita a schopnost zvládat stres (1). Jedinec na zátěžovou situaci reaguje tím, že uvádí v činnost své obranné mechanismy tak, jak se obvykle vyrovnával s běžnými stresovými situacemi, včetně krátkodobého stavu vnitřní tenze. Navenek

se to projevuje výraznou emoční reakcí (pláč, strach, zlost, smích, přehloupplé usmívání, panika), v chování (narušení volní kontroly nižších funkcí, tělesný neklid, tělesné projevy, např. bolesti břicha, zbržděné emoční projevy, nemožnost mluvit, ztuhnutí - nemožnost dostat se z místa, nutkání utéct, nutkání přejít do útoku, panické chování - neúčelné impulzivní reakce), v prožívání (pocit neskutečna - to snad ani nejsem já, zúžení zorného pole - snažení je upnuto na jediný cíl, vše ostatní je nepodstatné, časová distorze - pocit, že událost trvá hodiny a přitom jsou to minuty a naopak) (13). Jestliže tyto mechanismy selžou, dostavuje se pak akutní reakce na stres. Její symptomy vykazují velkou variabilitu, ale typicky zahrnují úvodní stav „ustrnutí“ se zúžením vědomí a pozornosti, neschopností chápat podněty a dezorientací. Na tento stav může dále navazovat další stažení se (odklon od situace a prostředí v rozsahu až disociativního stuporu - psychogenní ztuhnutí) nebo agitace a hyperaktivita (útěková reakce nebo fuga - nemotivované toulání se s

dezorientací osobou) - tzv. „fight or flight“ - „útěk nebo útok“. Obvykle jsou přítomny vegetativní příznaky panické úzkosti (tachykardie, pocení, zčervenání). Symptomy se obvykle objeví během několika minut po dopadu stresujícího podnětu nebo události a mizí během několika hodin, nejpozději však do 2-3 dnů. Na toto období může být částečná až úplná amnézie (1). Podle Knopové zde může dojít k fyzickému sebepoškození - pořežení se, popálení se cigaretou (tělo na extrémní stres může reagovat znečistlivěním - jde zde o záměrné podráždění s potřebou znovu pocítit), k sebevražedným úvahám a tendencím, k rozvoji psychotického obrazu (porucha reálného vnímání světa - rozvoj bludu - nereálná nevývratná myšlenka, halucinace - postižený slyší, vidí či cítí podněty, které reálně neexistují), k regresi (návratu) do raného dětského chování (žvatlání, cucání prstu), k hypersexuální reakci se ztrátou zábrán (veřejná masturbace při stresu, znásilnění), k tzv. sekundárnímu feedbacku (část Já jedince funguje jako svědek, druhá část není schopna jednat smysluplně, výsledkem může být strach ze zbláznění), k tzv. flashbacku neboli dojezdu (projevuje se v situaci, kdy je již klid, někdo např. udělá prudký pohyb na hranici zorného pole jedince a ten se stává podnětem obranné reakce, např. agresivní reakce). ARS může být také bezprostřední či odložená - např. se může projevit po prvním spánku, kdy se jedinec uvolní (13).

Na rozdíl od ARS vzniká posttraumatická stresová porucha (PSP) jako zpožděná či protrahovaná odezva na stresovou událost nebo situaci, krátce nebo dlouhodobě působící, neobvykle hrozivého nebo katastrofického rázu, která pravděpodobně téměř u každého vyvolá pronikavou tíseň (např. sem patří přírodní katastrofy (zemětřesení, povodně), lidmi zaviněné nehody (požáry, dopravní nehody, průmyslová neštěstí, letecké havárie), úmyslně způsobená neštěstí (teroristické atentáty, mučení, bojové akce, držení rukojmích, věznění, znásilnění, vážná přepadení, ohrožení rodiny).

Charakteristickými příznaky PSP jsou:

1. Znovuprožívání traumatické události

- nepříjemné sny o události
- náhlé pocity či jednání, jako by událost znovu nastala
- intenzivní úzkost tváří v tvář pozůstalým neštěstí nebo věcem, které událost připomínají
- pocity viny, že dotyčný přežil a nepomohl více ostatním

2. Vyhybání se podnětům spojeným s událostí či otupělost

- snaha vyhybat se myšlenkám či pocitům spojeným s událostí
- vyhybání se činnostem nebo situacím, které připomínají událost
- amnézie na událost
- ztráta zájmu o důležité činnosti, např. o práci, o školu
- derealizace (pocit odcizení okolního světa) a depersonalizace (pocit odcizení sebe sama)
- neschopnost normálně vnímat lidi

3. Přetrvávání projevů zvýšeného předráždění

- obtížné usínání
- hněv či podrážděnost
- špatná koncentrace
- zvýšená bdělost
- přemrštěné reakce na překvapení
- fyziologická reaktivita (např. reakce oběhového a dechového systému) na podněty, které symbolizují nebo připomínají stresovou událost

PSP je často provázána úzkostí, depresí, explozí agresivního či impulzivního chování (toulání, absence) (1, 2, 3, 4, 5). Příznaky se mohou objevit i několik měsíců po traumatické události a přetrvávat mnoho let (např. při vyhodnocení studie provedené u veteránů izraelské armády z války Yom Kippur v roce 1973 a válečných zajatců z téže armády se zjistil malý, ale signifikantní podíl lidí v obou skupinách, kteří ještě 20 let po této válce trpěli příznaky PSP (10). Důležité je, že člověk nemusí být přímo traumatickou událostí postižen, ale může být pouze svědkem následků katastrofy, např. záchranáři, zdravotníci. Odhad prevalence této poruchy (tj. počet postižených osob k určitému datu na 1000 obyvatel, které byly v kontaktu s traumatickou událostí) kolísá mezi 5-40 % (4), přičemž prevalence v normální populaci může činit i 9,2 %, což je častější jev než zneužívání léků (5,9 %) nebo deprese (8,3 %) (3). Některé studie ukazují, že např. 19 % žen má zkušenost se sexuální agresí (12). Ročně při dopravních nehodách přichází o život 250 000 lidí a 7,5 milionů lidí je zraněno, 200 000 lidí zemře na moři, dochází k 1000 zemětřesení a sesuvům půdy, vznikají obrovské záplavy, jsme svědky vzniku stále dalších válek a lokálních ozbrojených konfliktů s následnými uprchlickými vlnami postižených lidí (6), demokratizace s sebou

nese větší vlnu zločinnosti a otevření hranic pro lidi z postižených oblastí snažících se zachránit holý život. Výskyt těchto poruch lze tedy očekávat daleko častěji, než se obecně předpokládá. Zároveň jsou tyto poruchy transkulturní (5), tedy mají podobný průběh i příznaky v celém světě, přičemž první popsání případy ARS a PSP se vyskytly v roce 1763 (traumatická zkušenost pětičlenné rodiny při sesuvu půdy v italských Alpách) - je však jasné, že pravděpodobně existovaly i ve vzdálenějších historických obdobích (5).

Zkušenosti z 1. světové války upozornily na důležitost osobnostního a psychologického faktoru při bojových ztrátách a při analýze studií z 2. světové války byl zjištěn fakt, že strach a úzkost spojené s bojovými situacemi měly za následek psychosomatické projevy u velkého počtu osob, přičemž při velmi velké intenzitě traumatického ohrožení, např. když padlo 65 % vojáků elitní jednotky útočící na německé linie při vylodění v Normandii v roce 1944, docházelo k příznakům tzv. bojového zhroucení také u předtím zdravých vojáků vybraných do elitních jednotek pro svou schopnost dobře se vyrovnat se zátěžemi vojenského života. Většina pozorovatelů ovšem zdůrazňovala přechodný ráz těchto poruch u předtím zdravých jedinců (jednalo se o tzv. třídenní psychózu) (7). Katamnestická šetření osob, které prošly koncentračními tábory, prokázala přetrvávání závažné psychopatologie a zvýšenou náchylnost k tělesným onemocněním a předčasnou smrti (7). Je také zjištěno, že je-li stresová situace vyvolána člověkem, porucha je zřetelně intenzivnější a trvá déle (8), přičemž se však někdy může paradoxně vyvinout tzv. stockholmský syndrom (identifikace se zidealizovanými lidskými kvalitami zločince - motivem je zde neuskutečnění hrozeb krajní agrese - „darování života“) (6).

Predispozičním faktorem zde může být již existující psychopatologie (osoba byla před vznikem choroby již psychicky postižena), choroba se může komplikovat vznikem drogové či alkoholové závislosti, může vést k fobickému vyhýbání se situacím, které se podobají proběhlému traumatu nebo je symbolizují, může být narušen výkon profese či partnerské a rodinné vztahy (8), mohou vznikat krátké psychotické epizody a ataky panické úzkosti s agorafobií (strach z otevřených prostranství) či bez ní (4).

Jde zde tedy o nejhrubší narušení obrazu bezpečnosti světa postiženého jedince a sekundárně i smyslu života, přičemž studie katastrofických udá-

lostí ukázaly, že je-li psychická zátěž dostatečně velká, zhroutl se prakticky každý, stane se závislým na jiných a může být rozpoznán jako „psychiatrický případ“ (7).

Stručně řečeno je PSP charakterizována především:

1. Zlhostejněním, zmrtněním, znečitlivěním
2. Odtazením se od klíčových osob
3. Depersonalizací
4. Disociativní dysmnie - vzpomínky nelze vyvolat či se objevují flashbacky

PSP mění vnímání, motoriku, náladu, paměť, asociace, vede k imunosupresi (potlačení imunitní odpovědi), biochemickým změnám (pokles hormonů) a změnám neurotransmiterů (látek v mozku přenášejících signály mezi mozkovými buňkami) (5).

Je také důležité zmínit se o dlouhodobě působícím stresu a násilí, které vyvolávají:

1. Ztrátu identity
2. Poruchy sebehodnocení
3. Ztrátu časové kontinuity
4. Flashbacky
5. Disociativní fenomény (hlavně dysmnie a alternace osobnosti - postižená osoba má v „sobě“ několik osobností a podle toho, kterou z nich zrovna prožívá, se i chová) (5).

Viktor E. Frankl popisuje ve své knize „...A přesto říci životu ano“ své subjektivní prožitky a objektivní pozorování svého několikaletého pobytu v nacistickém koncentračním táboře. Zde přirovnává psychické obtíže vězňů po osvobození z koncentračního tábora k tzv. Cassonově nemoci, což je onemocnění vzniklé u potápěčů při náhlé dekompresi (rychlé vynoření se z velkých hloubek). Domnívá se, že u nich hrozí:

- přeznačkování moci a násilí (doposud jsem byl bit já, proto nyní budu bit ostatní), hrozí zejména u primitivních lidí
- pocity zahořklosti a zklamání
- neschopnost prožívat radost a krásu, tzv. anhedonie
- šok z informace o ztrátě milovaného blízkého člověka, myšlenka na něho pomáhala přetrpět nejhorší strádání během věznění (14).

Chtěl bych také upozornit na fakt, že lidé s PSP mohou mít na základě své traumatické zkušenosti jiné hodnotové a morální normy, mohou mít roz-

poruplný vztah ke smrti a k hranici života a smrti, jsou hodně znejistěni, anticipují ohrožení z okolí, nemají smysl života („k čemu žít, nač budovat vztahy a snažit se, když stačí jedna událost, za kterou ani účastník nemůže, a ta vše zničí bez naděje na milost“). Zároveň mohou mít pocit zneuznaného hrdiny („zažil jsem něco, co ostatní ne, mám tedy nárok na něco více než vy, ale vy to vůbec neuznáváte“), což pramení z kompenzace pocitu nejistoty a viny. Na druhou stranu však šlo o extrémní zážitek, který se v stereotypním životě nevyskytuje, mnozí z postižených lidí ho postrádají, jaksi po něm tajně touží a vyhledávají ho.

U dítěte se PSP může projevovat trochu odlišně. Typické jsou zde poruchy paměti, psychosomatické poruchy, příznaky deprese (liší se podle věku, kdy k traumatu došlo), je narušena časová kontinuita. Jestliže vzniká příznak tzv. alternující osobnosti (pacient se chová, jako by byl dvě nebo více osobností, které fungují relativně nezávisle na sobě a každá z nich ovlivňuje jeho chování v různých časových obdobích), pak dominantní osobnost není nutně určena chováním, ostatní osobnosti jsou ovlivněny reálně probíhajícími událostmi. Jednotlivé osobnosti u dětí nejsou tolik dezintegrovány, je jich méně a mají jednoduchou strukturu. Když se tuto poruchu nepodaří odstranit do dospívání, osobnosti se vyvíjejí a každá z nich získává větší identitu (5). U dospívajících jsou pak častější depersonalizace, disociativní reakce, psychotické fenomény (vnímá věci, které reálně neexistují a věří tomuto vjemu). U děvčat se spíše objeví obsedantně-kompulzivní porucha (nutkavé myšlení a konání), u chlapců poruchy chování (tzv. hůře zvladatelní jedinci) a disociativní fuga (náhlé nevysvětlitelné odchody z domova, školy či zaměstnání s neschopností vybavit si během těchto výletů svoji minulost) (5).

Nakonec bych se chtěl zmínit obecně o léčbě ARS a PSP.

U ARS je důležité postiženého - je-li to proveditelné - vzdálit z místa traumatické události, zpracovat s ním, popř. s celou skupinou, která byla události vystavena, psychoterapeuticky celý tento zážitek, přičemž cílem má být abreakce (citové odžití) události. Klienti při tom musí mít pocit bezpečí, aby mohli odreagovat i negativní emoce (smutek, agrese, nejistota, strach) (13). Nabízí se použití různých relaxačních technik, event. hypnózy. Je třeba využít i pozitivní konotaci a přerámování události - zdůraznit zdárné vyřešení situace klientem (dobře

splnil své úkoly, neudělal chybu, je statečný, dokázal to, nezklamal, událost není jenom debaklem, ale i přínosem, tj. obecně ho ocenit). Vhodné je zapojení i citově blízkých osob klienta. Individuálně mohou být podávána i psychofarmaka - anxiolytika, malé dávky neuroleptik, malé dávky antidepresiv. Důležitý je i spánek, proto se podávají hypnotika. Často bývá klient během traumatické události vystaven velké fyzické zátěži či ohrožení, proto je vhodné i vyšetření jeho tělesného stavu, dostatečná hydratace (zavodnění) a realimentace organismu s následnou rekondicí. Může navazovat i lázeňská léčba.

Při bouřlivém obrazu potíží můžeme použít postup doporučený Knopovou pro první pomoc lidem vystaveným extrémnímu stresu (14). Operuje se zde s pojmy *grounding* (uzemnění), *centering* (prožitek tělesného i psychického středu - centra) a *focusing* (schopnost přenášet pozornost dovnitř sebe a ven). Zjednodušeně zde jde o to, aby se člověk cítil zcela ve svém těle, cítil bezpečně „půdu pod nohama“, dokázal jasně rozlišit, co je on sám a co je okolí, a cítil v tomto okolí určité zachytitelné bezpečné body. To znamená, že s přihlédnutím k individualitě každého případu, můžeme klienta po úvodních fázích hovoru ukotvovat, např. dotazy na jméno, kolik mu je let, kde se konkrétně nyní nachází, zda sedí, leží, zda ho něco bolí atd. Můžeme mu pak dát pokyn, aby se pohodlně posadil, položil plošky nohou celou plochou na zem, uvědomil si dotek zad, např. na opěradle křesla a plosky nohou na zemi, pevněji se těmito ploškami o zem opřel, pak se nadechl do hrudníku... do břicha... co nejnižší... at' se zkusí dechem dotknout srdce... at' zkusí najít svůj střed. Terapeut se zároveň snaží „sladit se“ s klientem, např. podle jeho dýchání.

Bylo zvažováno, zda by neměla být prováděna tzv. preventivní psychoterapie u všech lidí vystavených těžkému traumatu, aby se předešlo vzniku PSP, ale názory na toto jsou spíše odmítavé (7).

U PSP se pak předpokládá, že je to porucha biopsychosociální (3, 5). Proto je zde třeba kombinovat postupy psychoterapeutické, psychofarmakologické a sociální, a to podle konkrétních symptomů poruchy u jedince. U psychoterapie se využívá jak postupů individuálních, tak i skupinové a rodinné terapie. Z vlastních psychoterapeutických technik jsou nejčastěji používány postupy kognitivní psychoterapie, behaviorální psychoterapie (desenzitizace, zaplavení), emocionálně dynamické psychoterapie, suportivní psychoterapie či psychoterapie vy-

užívající relaxační techniky a hypnózu (5). Vhodné je klientovi vysvětlit, co je to PSP, jak vzniká, jak se dá léčit, že jí trpí mnoho lidí, kteří byli vystaveni obdobným zážitkům jako klient. Z farmak se uplatňují následující podle převládajících symptomů:

1. Anxiolytika klasická (Diazepam, Alprazolam)
2. Anxiolytika atypická (Gepiron, Ipsapiron, Buspiron)
3. Antidepresiva tricyklická (Imipramin, Amitriptylin)
4. Antidepresiva - inhibitory zpětného vychytávání sérotoninu (Citalopram, Fluoxetin)
5. Antidepresiva - inhibitory monoaminoxidázy (Fenelzin, Moclobemid)
6. Antagonisté kalciového kanálu (Nifedipin, Cinarizin)
7. Hořčnaté soli (magnézium laktát)
8. Antagonisté alfaadrenergických receptorů (Clonidin).

V sociální oblasti je snaha člověka reintegrovat do rodiny, společnosti, zaměstnání. Celkovým cílem terapie u ARS a PSP je nalezení smyslu života, obnovení důvěry v sebe sama a bezpečnost okolního světa.

U ARS i PSP je nutno, aby při psychoterapii a léčbě obecně byl psychoterapeut empatický (klient musí cítit, že mu terapeut rozumí, dokáže se do něj vcítit), kongruentní (opravdový), aby jemně monitoroval terén psychiky klienta, nespěchal na něj, nešel dál, než v té chvíli chce klient.

Literatura

1. Mezinárodní klasifikace nemocí. 10. revize - Duševní poruchy a poruchy chování (Popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka). Praha, Psychiatrické centrum, 1992. 282 s.

2. ŠVESTKA, J., et al.: Akutní psychiatrie. Brno, FLMV, 1993. 120 s.
3. SOLOMON, S. - GERRITY, E. - MUFF, A.: Účinnost léčby posttraumatické stresové poruchy. JAMA, 1993, roč. 1, č. 1, s. 47-60.
4. BROWN, T. - PULLEN, I. - SCOTT, A.: Emergentní psychiatrie. Praha, Psychoanalytické nakladatelství, 1992. 160 s.
5. MALÁ, E.: Posttraumatická stresová porucha (Dissociativní stavy u dětí a adolescentů). Čs. Psychiatrie, 1996, roč. 92, č. 3, s. 152-160.
6. ŠULC, J. - DVOŘÁK, J. - MORÁVEK, M.: Člověk na pokraji svých sil. Praha, Avicenum, 1984. 171 s.
7. ŠKODA, C.: Životní událost a nemoc. Praha, VÚPs, 1985. 112 s.
8. DSM-III- Diagnostický a statistický manuál duševních poruch Americké psychiatrické společnosti (3. revize). Praha, VÚPs, 1989. 332 s.
9. KNOPOVÁ, D.: In Přípravné texty obecné části skript telefonní krizové intervence. Praha, 1996. 65 s.
10. SOLOMON, Z., et al.: PTSD Among Israeli Former Prisoners of War and Soldiers with Combat Stress Reaction - A Longitudinal Study. Am. J. Psychiatry, 1994, vol. 151, no. 4, p. 554-559.
11. KOCOURKOVÁ, J. - KOUTEK, J.: Posttraumatická stresová porucha v dětském věku. Čs. Psychiatrie, 1996, roč. 92, č. 1, s. 161-164.
12. CONVAY, H. - WEIS, P. - ZVĚŘINA, J.: Sexuálně agresivní zkušenosti u různých diagnostických skupin psychiatrických pacientek. Čs. Psychiatrie, 1996, roč. 92, č. 1, s. 165-170.
13. KNOPOVÁ, D.: In Základní teze dvoudenního workshopu pro velitele praporu IFOR AČR a psychology AČR. Č. Krumlov, 1996. 5 s.
14. FRANKL, V.: ...A přesto říci životu ano (Psycholog prožívá koncentrační tábor). Kostelní Vydří, Karmelitánské nakladatelství, 1996. 127 s.

Korespondence: Mjr. MUDr. Vlastimil Tichý
Ústřední vojenská nemocnice
Praha

Do redakce došlo 11. 5. 2000