

Jak poznat PTSD

Termínem PTSD tedy označujeme duševní poruchu, která ovlivňuje lidské chování a emotivitu. Vyvolává velmi silnou úzkost a neschopnost začlenit se do normálního života. Člověk trpící PTSD nejrůznějšími způsoby znovu prožívá traumatizující události. Většinou jde o noční můry, opakující se sny, případně nepříjemná znovuvybavování události, při kterých je opětovně prožívána (Vizinová & Preiss, 1999).

Porucha je diagnostikována, pokud symptomy trvají nejméně měsíc. Příznaky se mohou objevit ihned po události, ale neobvyklý není ani jejich nástup po několika měsících až letech (Vizinová & Preiss, 1999). Jestliže příznaky nastávají bezprostředně po traumatu a odeznívají během několika hodin či dnů, hovoříme o tzv. akutní reakci na stres.

PTSD se může objevit v jakémkoli věku a v různé míře ovlivňuje život postižených. Doprovází ji úzkost, deprese, výbuchy agrese, nespavost, přehnané úlekové reakce či přecitlivělost. Může docházet k poruchám paměti, potížím se soustředěním nebo bolestem hlavy a závratím. Postižené osoby si stěžují na odcizení od ostatních, na ztrátu schopnosti se o něco zajímat a na sníženou schopnost prožívat emoce. V případě život ohrožujícího traumatu přežijí často popisují pocit viny za vlastní přežití a vyčítají si činy, které museli udělat, aby přežili (Vizinová & Preiss, 1999).

Příčiny stresové poruchy

PTSD vzniká jako důsledek nepřekonaného traumatu. Kromě závažnosti události je třeba brát ohled na biologické a genetické faktory nebo také psychickou vybavenost člověka. Lidé, kteří jsou citlivější a zranitelnější, častěji propadají stresovým poruchám. Praško (2002) tyto faktory rozlišuje na vrozené a naučené. Vrozené jsou naše osobní schopnosti a předpoklady zvládat stres. Naučené zahrnují zkušenosti a zážitky, kterými jsme si prošli během života a na základě nichž jsme se naučili reagovat na různé situace. Jedná se jak o vytváření vlastních strategií, tak o kopírování chování důležitých autorit. Kvůli takovým zkušenostem si často neseme negativní emoce, jako je pocit méněcennosti nebo nedostatečný pocit bezpečí například v důsledku nevyhovující výchovy. (Praško, Hájek, & Preiss, 2002).

Teorie vzniku a příčin PTSD se různí. Podle modelu kognitivně-behaviorální terapie (KBT) se po traumatu vytváří silná spojení mezi přítomnými podněty a činnostmi, které před touto událostí neměly žádnou emoční odezvu, ale náhodně se objevily během traumatické události. Tyto „obyčejné“ motivy pak vyvolávají posttraumatické úzkostné reakce, jež vedou ke stresové poruše. Člověk trpící PTSD se následně snaží těmto podnětům vyhýbat, pocity ohrožení rostou, až dochází k úplné izolaci v důsledku ztráty důvěry k lidem (Praško, Hájek, & Preiss, 2002).

Psychodynamický model tvrdí, že aktuální trauma otevírá jiná, nevyřešená traumata z dětství. Objevují se pak obranné mechanismy, nejčastěji popření, potlačení nebo přenesení afektu, které krátkodobě poskytují úlevu od negativních emocí, ale zároveň způsobují přetrvávání poruchy (Praško, Hájek, & Preiss, 2002).

Na vzniku a rozvoji PTSD se podílí i neurofyzilogické faktory. Nejvýraznějším z nich je nadměrná aktivace hypotalamo-hypofýzo-nadledvinové osy (Vágnerová, 2014). Osa HPA (*hypothalamic-pituitary-adrenal*) řídí proces tělesné reakce na stres. Začíná signálem z amygdaly a končí produkcí kortizolu z nadledvinek, po které se tělo opět zklidní. Při PTSD není proces ukončen a nadledvinky dál produkují protistresový hormon. Už po několika dnech může jeho vysoká hladina nenávratně poškodit hipokampus (jeho buňky jsou zásadní pro dlouhodobou paměť). Pokud jedinec prožívá intenzivní stresovou zátěž několik týdnů, jeho hipokampus přichází o neurony, což zásadně ovlivňuje paměťové schopnosti.

Léčba porozuměním

Dvořák (2001) uvádí, že počáteční příznaky mohou někdy odeznít bez lékařské pomoci. Podle něj k tomu přispívají rozhovory s lidmi, které oběti považují za důvěryhodné a kterým se chtějí svěřit, nebo s podobně postiženými lidmi. Důležité jsou tedy pocity pochopení a sounáležitosti.

Pokud se oběť rozhodne vyhledat lékařskou pomoc, obecně lze říci, že nejúčinnější léčbou je kombinace léků a terapie. Léky přinášejí rychlou úlevu, ale zároveň hrozí výskyt nežádoucích účinků, jako je zvýšení hmotnosti nebo riziko návyků (Dvořák, 2001). K nejdůležitějším aspektům patří podpora rodiny a přátel.

Z terapeutických metod se používá např. individuálně psychoanalyticky orientovaná terapie, skupinová terapie, hypnóza nebo KBT (Dvořák, 2001). Nejvíce zdokumentována je právě účinnost kognitivně-behaviorální terapie. Zpočátku je

nejdůležitější podpora pacienta, který je seznámen se svou poruchou a postupem její léčby. Následuje vzpomínání na traumatickou událost, její rozebírání a komentování. Při opakování prožitků se pacient učí vyrovnávat se se situací a přijmout jí jako fakt. Cílem terapie je, aby ho tato událost přestala ovlivňovat (Látalová et al., 2014).

Rozšíření v populaci

Kromě obětí přírodních katastrof a válek jsou skupinou s nejvyšším výskytem onemocnění vojáci. Traumatizující poruchu u nich začali lékaři systematicky sledovat v první světové válce. Tehdy ji nazývali bojovou únavou. Engdahl et al. (cit. dle Koukolík & Drtilová, 2006) uvádí, že prevalence u propuštěných amerických zajatců z druhé světové a korejské války dosahovala 53 %. Podle Vizinové a Preisse (1999) je porucha u veteránů riziková především proto, že ji často doprovází další sociální problémy (rozpad vztahů, neschopnost adaptace).

Odhady výskytu PTSD u osob, které prožily katastrofu, se stále značně odlišují. Podle Vágnerové (2003) jí trpí 35 až 58 % obětí. Jiné výzkumy zase připouští 10 %, u zvláště tragických událostí maximálně 25 % postižených (Praško et al., 2003). Právě odlišné okolnosti katastrof způsobují výrazné rozdíly v množství zasažených. Nikdy ale neznáme počet těch, kteří odbornou pomoc nevyhledali. V Česku systémem práce s PTSD disponují složky [záchranného systému](#), [armáda](#), pomáhající profese a také humanitární organizace ([Lékaři bez hranic](#), [ADRA](#) a další). Pomoc psychologů mohou aktuálně vyhledat i [dobrovolníci](#) pomáhající v uprchlických táborech na jihu Evropy.

Další informace a zajímavosti

Osobní zážitek válečného reportéra (Jean-Paul Mari) a jeho zamyšlení nad PTSD: http://www.ted.com/talks/jean_paul_mari_the_chilling_aftershock_of_a_brush_with_death?language=en&utm_campaign=social&utm_medium=referral&utm_source=facebook.com&utm_content=talk&utm_term=social-science#t-529351

Léčba porozuměním

<http://psychcentral.com/lib/two-stories-of-ptsd/>

Osobní zkušenosti s PTSD

<http://www.adaa.org/living-with-anxiety/personal-stories/all-stories/5>

Skutečné příběhy válečných veteránů

<http://gawker.com/ptsd-and-me-true-stories-from-military-veterans-1167107848>

Zjednodušený test pro zjištění PTSD

<http://www.adaa.org/screening-posttraumatic-stress-disorder-ptsd>

Zdroje:

Dvořák, O. (2001). Trpí celý svět PTSD?. *Akademon*, 1(2). Retrieved from

<http://www.akademon.cz/article.asp?source=ptsd> [citováno dne: 29. 1. 2016]

Koukolík, F. & Drtilová, J. (2006). *Vzpouora deprivantů: Nestvůry, nástroje, obrana*. Praha: Galén.

Látalová, K. et al. (2014). Posttraumatická stresová porucha. *Praktický lékař*, 94(4), 172-176.

Praško, J. et al. (2003). *Stop traumatickým vzpomínkám: Jak zvládnout posttraumatickou stresovou poruchu*. Praha: Portál.

Praško, J., Hájek, T., & Preiss, M. (2002). *Posttraumatická stresová porucha a jak se jí bránit*. Praha: Maxdorf.

Vágnerová, M. (2003). *Psychopatologie pro pracovníky policie a vězeňské služby: 2. díl*. Liberec: TUL.

Vágnerová, M. (2014). *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál.

Vizinová, D. & Preiss, M. (1999). *Psychické trauma a jeho terapie*. Praha: Portál

Zdroj obrázku:

<https://www.wreckeryproject.org/index.php?q=what-is>