

Otázka: Posttraumatický stresový syndrom

Předmět: Základy společenských věd

Přidal(a): monie

Gymnázium Jaroslava Heyrovského

seminární práce

Autor: Monika Ehrenbergerová

Obsah

Úvod

Stručná historie

Vznik a příznaky

Diagnostika

Léčba

| Strana 1 | Odkaz:

<https://studijni-svet.cz/posttraumaticky-stresovy-syndrom-maturitni-otazka/>

Závěr

Zdroje

Úvod

Posttraumatický stresový syndrom jako téma své seminární práce jsem si vybrala nejen proto, že mě zaujalo, ale hlavně proto, že tato porucha se vyskytuje čím dál tím více a mohu se s ní kdykoliv setkat ve svém okolí nebo dokonce i u sebe samé.

Posttraumatický stresový syndrom (jinak také *posttraumatická stresová porucha*, **PTSD**, angl. *Posttraumatic Stress Disorder*, MKN F43.1) 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*.

Pacient tuto událost buď zažije sám nebo někdo jemu blízký (přítel, příbuzný) nebo může být jen svědkem události.

Zjednodušeně můžeme také říci, že PTSD je stav, kdy selže začlenění traumatického zážitku mezi ostatní každodenní zkušenosti.

Stručná historie

Poprvé se PTSD zabýval Sigmund Freud už v minulém století při hledání příčin postižení zhruba 20% rakousko-uherských vojáků během první světové války. Tito vojáci trpěli fyzickými i psychickými problémy, i když nikdo z nich nebyl vážněji zraněn.

Tehdejší lékaři se domnívali, že by to mohlo být způsobeno drobnějšími krváceními do

centrálního nervstva nebo dokonce i reaktivací dětské neurózy. Freud tato tvrzení ale odmítal. Podle něj se jednalo o reakci na bezprostřední ohrožení života ve válce.

PTSD byl poprvé klasifikován jako samostatná diagnóza americkými psychiatry v roce 1980 po zkoumání vojáků účastnících se války v Koreji a Vietnamu, u kterých docházelo ke změnám psychiky. Odborníci se snažili zaměřit především na biologické (fyziologické, genetické a neuropsychologické) okolnosti vzniku PTSD a také hlavně na vývoj nových způsobů léčby; např. využití somatiky, psychodynamiky a kognitivně-behaviorální terapie.

Vznik a příznaky

Vznik posttraumatického stresového syndromu je povětšinou opožděnou reakcí na extrémně silnou stresovou událost (např. válka, dopravní nehoda, znásilnění nebo jiný kriminální čin, povodně). Obvykle se po takovéto události nejprve rozvíjí akutní reakce na stres, která je charakteristická ustrnutím, dezorientací, omezením pozornosti a v pozdějším stádiu pak apatií nebo naopak hyperaktivitou. Tato reakce se však zpravidla během několika dnů překoná. Pak přichází období, kdy může následovat PTSD.

PTSD se rozvíjí ale jen u části lidí, kteří jsou vystaveni stresoru (cca 20–40 % obětí). PTSD se projeví znovuprožíváním události v myšlenkách, fantaziích nebo snech („flashbacks“). Oběť se obvykle snaží vyhýbat místům nebo situacím, které jí připomínají nehodu. Nemusí si vzpomenout si na některé podrobnosti nebo dokonce i na celé období, mohou se dostavit potíže s usínáním a spánkem, může být podrážděná, mít návaly hněvu, potíže s koncentrací a také může trpět nadměrnou úlekovou reaktivitou. K projevení se těchto příznaků dochází nejpozději do 6 měsíců po nehodě a symptomy trvají nejméně jeden měsíc.

Zjistilo se, že rozvoj PTSD příliš nezávisí na pohlaví či věku oběti. Např. po mučení či únosu se syndrom projeví téměř se stoprocentní pravděpodobností. Naopak u některých událostí vzniká jen za určitých okolností (např. dopravní nehody). Rozvoji napomáhá např. i fyzické vyčerpání a organické faktory (např. stáří)

Diagnostika

Pro diagnostiku PTSD se používá systém kritérií, které alespoň v pěti bodech pacient, který trpí tímto syndromem, splňuje:

1) Jedinec byl vystaven traumatické události, v níž buď prožil, byl svědkem nebo čelil události, při které byl někdo jiný usmrcen, nebo mu hrozila smrt či došlo k těžkému úrazu. Při výpovědi jedinec projevoval strach, beznaděj a hrůzu.

2) Traumatická události je neodbytně znovuprožívána jedním nebo několika z následujících způsobů:

I Opakované a neodbytné znovuprožívání události v podobě představ, vjemů, myšlenek.

I Opakované sny, ve kterých je událost znovu prožívána.

I Závažné psychické potíže po vystavení vnitřním nebo vnějším podnětům, které symbolizují nebo připomínají událost.

Pozn.: U malých dětí se může vyskytnout stále se opakující hra symbolizující nebo připomínající traumatickou událost.

3) Trvalé vyhýbání se podnětům, které mohou trauma připomínat:

I Jedinec se snaží vyhnout myšlenkám na minulou událost, rozhovorům o ní.

I Jedinec se snaží vyhnout místům a činnostem událost připomínajícím.

I Jedinec si není schopen vybavit některou situaci či moment z traumatu.

I Klesá zájem o důležité činnosti.

I Nastává pocit odcizení od společnosti.

4) Trvalé příznaky vysoké dráždivosti, které se před prožitím traumatu neprojevovaly:

I Obtíže s usínáním nebo udržením spánku.

I Návaly hněvu

I Obtíže s koncentrací

I Nadměrná úleková reaktivita (člověk se často a neúměrně vylekává).

5) Porucha trvá déle než jeden měsíc.

6) Díky poruše klesá sociální, pracovní výkon, a je patrná ztráta zájmu o některé dříve oblíbené činnosti.

(Kritéria – Blahoňovská V., 2003)

Posttraumatický stresový syndrom je často spojen i s jinými psychickými poruchami. Jsou jimi např. deprese, panická porucha, fobie a generalizovaná úzkostná porucha. Někdy lze dokonce i PTSD zaměnit s těmito chorobami, avšak diferenciální diagnostikou se dají navzájem odlišit.

PTSD lze diagnostikovat i biochemicky a to stanovením krevní hladiny hormonu kortizolu z kůry nadledvin. U pacientů s PTSD se kortisolémie paradoxně snižuje, přestože důsledkem stresu by mělo být naopak zvýšení hladiny kortizolu v krvi.

Léčba

V současné době se PTSD léčí jak psychoterapií, tak i farmakoterapií. Při farmakoterapii se

podávají především antidepresiva SSRI (Selective Serotonine Reuptake Inhibitors) a inhibitory monoaminoxidázy (IMAO, Monoamine Oxidase Inhibitors). Dříve se podávala anxiolytika, bylo ale zjištěno, že to není tak úspěšné. Jako první pomoc lze podat benzodiazepiny. Dále bylo také zjištěno, že významnou rolí v léčbě je i placebo. Podávání neúčinných látek je skoro stejně úspěšné jako podávání běžně užívaných léků s účinnými látkami guanfacinem nebo clonidinem.

Nejdůležitější částí léčby je ale psychoterapie. Pacient se musí s událostí smířit a znovu začít žít běžný život. Liší se ovšem přístup k dětem a přístup k dospělým. Děti totiž velmi často doplácují na to, že dospělí o jejich neštěstí nechtějí mluvit, protože si myslí, že dítě tak snadněji zapomene. Potlačování emocí však způsobuje napětí. S těmi se pak dítě musí vyrovnat samo.

Psychoterapeutická léčba je založena 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, takřka jíc 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 se liší od rozhovoru s dětmi. Také se ale 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.

(fáze rozhovoru – WikiSkripta)

Velmi také záleží na psychoterapeutovi, ten by měl být empatický, klidný, příjemný. Měl by s pacientem dojít k podrobnostem události, které následně rozeberou. Určitě by neměl vnucovat pacientovi své názory, pacient by si je měl vytvořit sám. Také je prospěšné, když se pacient nebrání projevování emocí, jelikož se tím zbavuje napětí a poté se snadněji srovnává s traumatem a ujasňuje si svoje postoje k němu. Je důležité vyhledat psychoterapeuta a ne jen zajít ke svému praktickému lékaři. Praktický lékař totiž ne vždy má zkušenosti s vedením podobných rozhovorů anebo nemá čas na tyto rozhovory, a proto je pak většinou výsledkem jen podávání antidepresiv. To je ale značně nedostatečné, mnohdy pak dochází k trvalému poškození pacientovy psychiky.

Závěr

Posttraumatický stresový syndrom není vzácné onemocnění, jeho celoživotní prevalence se pohybuje mezi 1 – 9 %, přičemž postihuje dvakrát častěji ženy než muže. Výskyt PTSD dramaticky stoupá při živých katastrofách, kdy postihuje až 30% obětí.

Pro diagnostiku se používá soubor kritérií, která musí pacient v určitém minimálním počtu splňovat.

Léčba je možná psychoterapeutická a farmakoterapeutická, přičemž nejlepší je kombinace obou.

Myslím si, že jelikož toto onemocnění má obtížně předvídatelný výskyt, je jeho prevence prakticky nemožná. Léčba může být mnohdy svízelná a to hlavně díky jedinečnosti osobnosti každého pacienta a trvalé následky nelze vyloučit.

Zdroje

- Posttraumatický stresový syndrom. In: *WikiSkripta, projekt sítě lékařských fakult MEFANET* [online].

- BLAHOŇOVSKÁ, V. *Syndrom posttraumatické stresové poruchy (PTSD)* [online] - seminární práce
- RABOCH, Jiří a Petr ZVOLSKÝ, et al. *Psychiatrie*. 1. vydání. Praha: Galén a Karolinum, 2001. str. 295.