

Reakce na závažný stres a poruchy přizpůsobení

Akutní reakce na stres

Tato porucha vzniká jako reakce na výjimečně silný **fyzický či psychický stres**. Rozvíjí se i u pacientů, kteří v minulosti nikdy netrpěli žádnou psychickou poruchou. Průběh bývá převážně **krátkodobého charakteru**, obvykle odeznívá po několika hodinách nanejvýš dnech.

Spouštěcím faktorem bývá **silný zážitek**, který bývá spojen s **ohrožením postiženého** nebo jeho blízkého člověka (požár, autonehoda, znásilnění) nebo **změnou v sociálních vztazích** (rozvod, ztráta zaměstnání). Primární vulnerabilita se u postižených různí, od toho se odvíjí odlišné reakce na stresovou událost. Větší riziko nastává u osob oslabených dlouhodobou nemocí nebo fyzickou či psychickou námahou.

V prvním stupni se pacient dostane do **stavu ustrnutí**, které je doprovázeno zúženým vědomím, poruchou pozornosti a mírnou dezorientací. Následuje další stupeň, kdy u postiženého nastane **emoční otupění** anebo v opačném případě **tzv. „úteková reakce“**, projevující se tachykardií, pocením a třesem. Symptomy po krátké době obvykle vymizí. Jako první pomoc postiženému poskytujeme krizovou intervenci, případně **zklidňující psychoterapii**. Účinná může být také jednorázová dávka benzodiazepinů (např. 10 mg benzodiazepamu).

Posttraumatická stresová porucha

Posttraumatická stresová neuróza (PTSD – Posttraumatic Stress Disorder) je opožděná reakce na mimořádně stresovou událost. První popis této poruchy vznikl na základě válečné traumatické neurózy. Rozvoj nastává po delší době, než je tomu u akutní stresové reakce, a může **trvat i několik měsíců**. Postižený znovu prožívá stresovou událost, vrací se k ní v myšlenkách nebo ve snech, přestože vzpomínky mohou být narušené. Celoživotní průběh se odhaduje u 1–9 % pacientů. Současně se může rozvíjet také obsedantně kompulzivní porucha, agorafobie, panická porucha nebo depresivní stavy.

Průběh a prognóza

Posttraumatická stresová neuróza se rozvíjí **několik týdnů až měsíců** od stresové události.

Probíhá ve 3 stupních:

1. **nespecifická reakce** doprovázena úzkostmi;
2. **po 4 až 6 týdnech** přicházejí pocity bezmoci, postižený ztrácí kontrolu nad sebou samým, chová se vyhublavě, může pociťovat zlost;
3. **chronická PTSD** spojená s demoralizací a invalidizací postiženého, přeměna životních hodnot.

Podle statistik u třetiny pacientů symptomy po čase odezní, přibližně 40 % pokračuje s mírnými potížemi a 10 % si nese obtíže závažné. Vyvolávacím faktorem bývá **stresová událost** (až 30 % bývají oběti živelných katastrof) ale důležitou roli hraje také **genetická dispozice**. Udává se, že k rozvoji poruchy přispívá až z 13–34 %. Větší pravděpodobnost rozvoje PTSD je u lidí, kteří byli již dříve vystavováni **silným zátěžovým situacím**.

Za zvýšenou odpověď na stresové stimuly je zodpovědný **noradrenalinový neurotransmiterový systém**. Způsobuje tachykardii, hypertenzi, v moči se nalézá zvýšená hladina metabolitů adrenalinu a noradrenalinu. **Negativní symptomatologie** je řízena endogenním opiátovým systémem, způsobuje u pacienta vyhasnutí aktivity, tendence k izolaci, abulii. Serotoninergní dysfunkce způsobuje **pozitivní symptomatologii**, projevující se iritabilitou a záchvaty vzteku.

Diagnostika

Především je nutné vyloučit **organickou duševní chorobu**, jakou může být třeba organická porucha osobnosti, delirium nebo anamnestický syndrom. Podobné symptomy mohou vznikat také v důsledku **fyzického poranění**, např. po úrazech hlavy. Současně se obvykle rozvíjí i **depresivní epizoda** a symptomy se mohou v mnohém překrývat, v tom případě je vhodné diagnostikovat a **léčit oboje současně**. U postižených se může rozvinout až fobický vztah k danému místu či situaci a při střetu s těmito stimuly může reagovat **panickou atakou**.

Léčba

V rámci léčby je nejvhodnější kombinace psychoterapeutických postupů a podávání těchto psychofarmak:

- **antidepresiva**: TCA (imipramin, amitriptylin), IMAO, RIMA, SSRI – s dlouhodobějším užíváním (alespoň 2 měsíce) snižují dráždivost postižených, udržovací léčba by pak měla pokračovat alespoň 1 rok;
- **antimanika**: lithium, karbamazepin, valproát – ovlivňují impulzivitu postiženého;
- **beta blokátory**: klonidin, propranolol – tlumí vegetativní příznaky.

Benzodiazepiny jsou z důvodu dlouhodobého užívání nevhodné a jejich předepisování se nedoporučuje, namísto toho lze užívat neuroleptika (haloperidol, pimozid). Velmi důležitá je **časná krizová intervence a podpůrná psychoterapie**, které mohou od samého začátku zmírnit průběh. Byly také vyvinuty specifické postupy v rámci krátké dynamické a kognitivně behaviorální terapie.

 *Podrobnější informace naleznete na stránce [Posttraumatický stresový syndrom](#).*

Porucha přizpůsobení

Porucha přizpůsobení vzniká také jako důsledek některé životní události, na kterou pacient reaguje **nepřiměřenou intenzitou i délkou trvání**. Obtíže se projevují přibližně po 1 měsíci a mohou vést až k pracovní neschopnosti. Symptomy se mohou různit:

- **depresivní** – bývá krátkodobého charakteru (do 1 měsíce) a protahovaná (do 2 let);
- **úzkostná** – mísí se úzkostná a depresivní reakce, nastávají také poruchy jiných emocí (trvání po několik měsíců);
- **poruchy chování** – doprovázeny agresivitou a asociálním chováním.

Nejdůležitější k zvládnutí této poruchy bývá psychoterapeutické působení, především schopnost empatie a lidský přístup.

Odkazy

Související články

- Deprese
- Úzkostné poruchy
- Fobické úzkostné stavy
- Panická porucha

Použitá literatura

- RABOCH, Jiří a Petr ZVOLSKÝ, et al. *Psychiatrie*. 1. vydání. Praha : Galén, 2001. 622 s. ISBN 80-7262-140-8.