

POSTTRAUMATICKÉ STRESOVÉ PORUCHY - I. DÍL KLINICKÝ OBRAZ A ETIOLOGIE

MUDr. Ján Praško, CSc.^{1,2,3}, MUDr. Beata Pašková¹, MUDr. Naděžda Soukupová^{1,2,3},
MUDr. Vlastimil Tichý⁴

¹Psychiatrické centrum Praha, ²III. lékařská fakulta Univerzity Karlovy

³Centrum neuropsychiatrických studií, ⁴Ústřední vojenská nemocnice Praha

Terapie pacientů, kteří zažili traumatickou událost, není snadná. Pod diagnózou posttraumatická stresová porucha (PTSD) se objevuje široká škála příznaků a projevů chování. Jde zejména o tři základní soubory symptomů, týkající se: znovuprožívání traumatu (včetně vzpomínek, děsivých snů, flashbecků), vyhýbání se vnitřním a zevním podnětům asociovaným s traumatickou událostí, a zvýšený arousal (kam patří nespavost, podrážděnost, zhoršená koncentrace a zvýšená bdělost). Potíže obětí traumatické události často překračují psychologické ohrazení příznaků; mezi biologické následky patří biochemické a pravděpodobně i strukturální změny v mozku; mezi sociální důsledky pak izolace, nárůst interpersonálních konfliktů, pocity odcizení a celkově snížené pracovní a sociální fungování.

Klíčová slova: posttraumatická stresová porucha, klinický obraz, etiologie, průběh, diferenciální diagnóza.

POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER - PART I.: CLINICAL VIEW AND ETIOLOGY

Working with patients who have experienced traumatic events is inherently complicated. The predominant psychological effects of trauma exposure encompass a wide range of signs, symptoms, and behaviours that are subsumed under the diagnosis of Post-traumatic Stress Disorder (PTSD). PTSD has three cardinal sets of symptoms: reexperiencing of the trauma (including memories, nightmares, and/or flashbacks), avoidance of internal and external cues associated with the trauma, and increased arousal (including insomnia, irritability, impaired concentration, and hypervigilance). Difficulties for survivors of trauma often extend beyond strictly psychological issues; the biological sequelae of trauma include biochemical and perhaps structural changes in the brain; the social sequelae of trauma include isolation, increased interpersonal conflicts, feelings of detachment, and generally poor occupational and social functioning.

Key words: posttraumatic stress disorder, clinical view, etiology, course, differential diagnosis.

Úvod

Termín posttraumatická stresová porucha (PTSD) je používán pro úzkostnou poruchu, která se typicky rozvíjí po emočně těžké, stresující události, která svojí závažností přesahuje obvyklou lidskou zkušenost a bývá traumatickou pro většinu lidí. Takovou traumatickou událostí je např. výbuch bomby, válečné události, přírodní katastrofy (zemětřesení, záplavy, výbuch sopky, vichřice), traumata způsobená lidmi (přepadení, znásilnění), ale i autohavárie, požár apod. Projevy PTSD jsou dramatické a poutají pozornost.

Petr byl svědkem těžké autonehody. Samotnému se mu nic nestalo, ale viděl mrtvé a těžce zraněné lidi, kterým neuměl pomoci. Ten den nebyl schopen dále řídit – domů dojezdila manželka. V dalších týdnech na událost zapomněl, opět řídil své auto. Tři měsíce po události dostal náhle při řízení auta záchvat úzkosti se silným bušením srdce. Objevila se mu vzpomínka na tragickou událost. Od té doby se mu podobné vzpomínky vrací několikrát denně. Má dojem, že přicházejí bez příčiny. Snaží se je potlačit, ale přesto vždy zažívá silnou úzkost. Mívá děsivé sny, ze kterých se probouzí celý zpocení, s bušením srdce. Má strach znovu usnout, aby sen nepokračoval. Autem přestal jezdit, protože má strach, že by tam opět dostal záchvat úzkosti. V práci se nedokáže soustředit, je stále napjatý, všechno ho znervózňuje. Opakovaně přehnaně „vybuchl“ při drobné výtce nadřazeného.

Zuzana zažila požár rodinného domu, ve kterém žila sama s dětmi. Zachránili si pouze holé životy. Viděla, jak plameny

šlehaly z oken, rozpálily plechovou střechu, jak se dům zbortil. Nábytek a celé zařízení, úspory, oblečení – o vše přišli. Vynesla pouze novou televizi. Po požáru litovala, že neměla odvahu vynešt víc. Měla vztek na hasiče, že oheň hasili, ale nic z domu nezachraňovali. Zuzana byla v následujících dnech v šoku. Snažila se však svoje emoce potlačit, protože je nechtěla dát najevo před dětmi. Fungovala jako stroj. Přestěhovali se do ubytovny a během roku získala byt v paneláku. Její život se však změnil. Cítí se stále podrážděná, nic ji nebaví, neumí se potěšit. Občas se jí vrací vzpomínky na požár – snaží se je však potlačit, protože jinak propadá panice. Vyděsí ji zvuk telefonu. I při zazvonění budíku vyděšeně vyskočí. V noci mívá děsivé sny o ohni. V práci má konflikty – má pocit, že lidé jsou zlí a snad mají radost z jejího neštěstí. Uvědomuje si, že je to přehnané, ale vztek na jiné lidi se objevuje často. Musí ho v sobě potlačovat.

Lucie, která prožila znásilnění třemi opilci, se po letech izolace a trápení zamilovala do Petra. Přesto, že mu plně důvěřuje, není schopna se s ním pomilovat, i když po tom sama touží. Kdykoliv se jí Petr dotkne, prožívá Lucie silný záchvat úzkosti. Naskočí jí obraz scény, kterou zažila při znásilnění. Cítí silnou úzkost, chce se jí zvracet, cítí k Petrovi zášť.

Romaně náhle zemřelo dvouměsíční dítě. Leželo tiše v kočárku a zdálo se, že spí. Nechtěla je budit a s kočárkem objížděla nákupy, povídala si se sousedkou... Po příjezdu domů se jí zdálo divné, že stále tak tiše spí a chtěla je vyndat z kočárku. Bylo vláčné, jeho tělíčko chladné. Začala křičet, s manželem se je pokusili křísit, zavolali pohotovost. Lékaři konstatovali

smrt. Cítila se jako šílená, nechápala, co se děje. Pak, když je odváželi, vyběhla za nimi s dekou, aby mu nebylo zima... Jednala jako ve snu, nemohla ani plakat, odmítla uklidňující injekci, nakonec utekla pryč.

Uběhly tři roky, Romana je stále plačtivá, podrážděná, závidí jiným ženám děti, odmítá se milovat s manželem. Kdykoli vidí malé dítě, má o ně přehnaný strach, napadá ji, co vše by se mu mohlo stát, vrací se vzpomínky na úmrtí vlastního dítěte. Ačkoli si velmi přeje další dítě, nedokáže překonat ohromný strach z toho, že by mohlo také zemřít.

Celoživotní prevalence PTSD je 10,4–12,3 % u žen a 5,0–6,0 % u mužů v západní populaci (5, 12). Posttraumatická stresová porucha může vzniknout v kterémkoliv věku. Častěji se však objevuje v mladším věku, kdy je člověk více vystaven traumatickým událostem. Nejtypičtějšími traumaty u mužů jsou válečné zážitky a autonehody, u žen znásilnění. Porucha častěji postihuje svobodné, rozvedené, ovdovělé, ekonomicky handicapované anebo sociálně izolované lidi (tabulka 1).

Etiopatogeneze

Tato porucha nemůže existovat bez toho, že postižený byl vystaven traumatické události. Trauma je tedy nezbytný faktor, ale sám o sobě nestačí. Na rozvoji se zřejmě podílí také environmentální faktory v době kolem traumatické události a predisponující faktory, které mohou být v pre-morbidní osobnosti a její biologické výbavě.

Stresor: Podle definice je stresor hlavním faktorem rozvoje PTSD. Kritériem splnění diagnózy PTSD je, že „postižený musel být vystaven stresové události nebo situaci krátkého nebo dlouhého trvání, výjimečně nebezpečného nebo katastrofického charakteru, která by pravděpodobně způsobila hluboké rozrušení téměř u kohokoliv“. March

Tabulka 1. Diagnostická kritéria MKN-10 pro Posttraumatickou stresovou poruchu (1996)

A. Postižený musel být vystaven stresové události nebo situaci krátkého nebo dlouhého trvání, výjimečně nebezpečného nebo katastrofického charakteru, která by pravděpodobně způsobila hluboké rozrušení téměř u kohokoliv.

B. Je přítomno neodbytné znovuvybavování nebo „znovuprožívání“ stresu v podobě rušivých „flashbacků“, živých vzpomínek či opakujících se snů, nebo prožívání úzkosti při expozici okolnostem připomínajícím nebo spojeným se stresorem.

C. Postižený se musí vyhýbat nebo dávat přednost vyhýbání se okolnostem, které připomínají nebo jsou spojeny se stresorem, přičemž toto vyhýbání nebylo přítomno před expozicí stresoru.

D. Musí být přítomno některé z následujících kritérií:

1. neschopnost vybavit si buď částečně nebo kompletně některé důležité momenty z období traumatu
2. jsou přítomny kterékoli dva z následujících příznaků zvýšené psychické citlivosti a vzrušivosti, které nebyly přítomny před expozicí stresoru:
 - a) obtíže s usínáním nebo udržením spánku
 - b) podrážděnost nebo návaly hněvu
 - c) obtíže s koncentrací
 - d) hypervigilance
 - e) přehnané úlekové reakce.

E. Kritéria B, C a D musí být splněna v průběhu 6 měsíců od stresové události nebo od konce období stresu. Někdy může být účelné diagnostikovat i po delším období než 6 měsíců, ale důvody musí být zřetelně specifikovány.

zjistil zjevný vztah mezi závažností stresové expozice a rizikem pro rozvoj PTSD (20). PTSD se třikrát častěji objevila u zraněných veteránů než u těch, kteří zranění v boji nebyli. Podobně se PTSD daleko častěji objevuje u žen, které byly během znásilnění poraněny než u těch, které poraněny nebyly. Na druhé straně však není nezbytné, aby událost přímo postihla jedince jako oběť. Často stačí být svědkem ohrožující události, např. jet vlakem, pod který skočil sebevrah nebo být svědkem vraždy, autonehody apod. (tabulka 2).

Ovšem ne u každého, kdo zažije těžkou traumatickou událost, se rozvine PTSD. Dokonce většina lidí se po přechodném období psychické nestability dokáže velmi dobře kompenzovat. Klinicky je nutné vzít v úvahu individuální biologické faktory, preexistující psychosociální faktory a události, které se staly po traumatické události. Např. společný skupinový zážitek traumatické události (např. požár nebo povodeň) pomáhá jedinci lépe se s traumatem vypořádat, protože událost může sdílet s ostatními. Někdy však naopak, pokud se za událost cítí být vinen. Ve svém přehledu March (1993) shrnuje, že kromě objektivních charakteristik události, jako je míra ohrožení na životě, přítomnost či nepřítomnost tělesného zranění, velkou roli hraje kognitivní a afektivní reakce. Zážitek intenzivního strachu, bezmoci nebo děsu výrazně zvyšuje pravděpodobnost rozvoje PTSD.

True a spol. (1993) studovali 2224 monozygotních a 1818 dizygotních mužských dvojčecích párů, které sloužily ve válce ve Vietnamu. Genetickou dispozicí bylo možné vysvětlit asi 1/3 rozptylu pro rozvoj PTSD.

Zdá se, že na rozvoji a udržování PTSD se podílí celá řada *neurobiologických* systémů. Zatím není jasné, zda tyto změny jsou výsledkem zážitku traumatu samotného nebo zda jde jen o odhalení biologických abnormalit u dispo-novaných osob. Nálezy u postižených PTSD podporují hypotézu o hyperaktivitě noradrenergního, opiatového systému a osy hypothalamus – hypofýza – nadledvinky. Snad nejvíce byla zkoumána HPA osa. Yehuda a spolupracovníci (1991) ve svém přehledu sumarizovali nejdůležitější nálezy takto: redukce 24hodinového výdeje kortizolu, nadměrná suprese kortizolu po nízkých dávkách dexamethazonu, oploštělá reakce kortikotropinu na CRH, zvýšený počet glukokortikoidních receptorů. Tyto nálezy interpretují jako nadměrné potlačení (supersupresi) pohotovostní HPA reakce na akutní stres. Spekuluji, že jedním z důvodů této reakce je ochrana organismu před toxickým účinkem vysokých hladin kortikosteroidů při opakovaném vy-

Tabulka 2. Typické ohrožující události spouštějící PTSD

přírodní a člověkem způsobené katastrofy (záplavy, zemětřesení, výbuch sopky, vichřice, požáry, výbuchy apod.)
dlouhodobá internace, mučení – syndrom koncentračního tábora
loupeže a přepadení
znásilnění
nehody
ztráta smrtí (např. přítomnost při suicidii, zabití či vraždě)
ekologické ohrožení a přírodní katastrofy (záplavy, požáry)
nezvyklé události (např. děsivý halucinační zážitek při intoxikaci)

stavení se stresu. Navíc ukázali, že změny glukokortikoidních receptorů korelují se závažností PTSD příznaků. Další důkazy pro abnormalitu v regulaci neurotransmiterů pocházejí z provokačních studií u Vietnamských veteránů. Podání yohimbinu, α_2 -adrenergního antagonisty, provokuje příznaky PTSD, stejně jako administrace serotonergní látky m-chlorophenylpiperazinu. Další biologické nálezy ukazují na zvýšenou aktivitu a reaktivitu autonomního nervového systému, což je zjevné ze zrychlené srdeční akce a kolísavého krevního tlaku, abnormální spánkové architektury (např. fragmentace spánku a prodloužená spánková latence, celkově zkrácená doba spánku). Rovněž opioidní systém u PTSD vzbuzuje zájem badatelů, ale v této oblasti nebylo zatím dosaženo konsenzu. Pittman a spol. (1990) zjistili u válečných veteránů s PTSD exponovaných vzpomínkám na trauma analgezii, kterou lze odstranit podáním naloxonu. Další zajímavou skutečností je zmenšení objemu hippocampu pozorované ve studiích využívajících zobrazovací metody. Závažnost PTSD je v přímé souvislosti k proporcionálnímu zmenšení objemu hippocampu. Hippokampus hraje důležitou roli v kognitivních procesech v limbickém systému. Stres může jeho funkci zhoršovat. Je známo, že opakovaný dlouhodobý stres vede u krys k atrofii dendritů CA3 pyramidálních neuronů hippocampu.

Kognitivní model PTSD postuluje, že postižené osoby nejsou schopny kognitivně akceptovat a emočně zpracovat trauma, které předcházelo rozvoji poruchy (9). Prožívání stresu tak nemůže být ukončeno, ale pokračuje v automatických vzpomínkách, kterým se postižení snaží vyhnout různými formami vyhýbavého chování. Snaží se proto vyvarovat všech situací či chování, které traumatickou událost připomínají. Postupně se pomocí selektivního zaměření pozornosti na zúžňující podněty rozšiřuje počet spouštěčů úzkostné reakce. Postižení se rovněž snaží zablokovat vzpomínky na trauma. Mluvíme o kognitivním vyhýbání. Úzkostná snaha se vzpomínkám vyhnout vede naopak k jejich častějšímu výskytu.

Podle KBT modelu PTSD vede traumatická událost svým silným emocionálním vlivem k rychlému vytvoření podmíněných spojů mezi podněty, situacemi či činnostmi, které byly původně emočně neutrální, ale náhodně se vyskytly v době traumatu. Takto vytvořené podmíněné spojení je velice pevné a odolné vůči vyhasnutí. Příslušné podněty pak vedou k opakovaným podmíněným úzkostným reakcím, při nichž si postižený vybavuje původní situaci se všemi jejími složkami – tělesnou reakcí, smyslovými vjemy, kognitivními procesy – myšlenkami a představami, a příslušným chováním, strnutím nebo útekem. Zvýšené napětí vede ke zvýšené ostražitosti a pozornosti vůči podnětům, které nějak připomínají traumatizující událost. Dochází k aktivizaci dysfunkčních kognitivních procesů, především autoakuzacím, „honěním bychů“, hledáním příčin. Tyto automatické negativní myšlenky dále zvyšují celkovou nepohodu a napětí a zvyšují zranitelnost vůči stresujícím podnětům. Postižený se proto začne vyhýbat situacím, v nichž by se mohl setkat s podněty, znovuvybavujícími

jeho traumatický prožitek, přestane se zabývat činnostmi, při nichž by mohl být s těmito podněty konfrontován. Často se postupně sociálně stahuje a mění se jeho postoje vůči sobě (snížení sebevědomí, negativní sebehodnocení), vůči druhým („Lidem se nedá věřit“, „Všichni muži jsou stejná zvířata“) i vůči budoucnosti („Nikdy se toho nezbavím“, „Jsem špatná matka a to se nedá změnit“). V důsledku vyhýbavého chování nemá postižený příležitost získat nové, pozitivnější zkušenosti, které by jeho postoje a očekávání mohly změnit. Jeho chování má často charakter „sebenaplnujícího proroctví“ – chová se vůči lidem odmítavě, ti na jeho chování reagují stažením, což mu potvrzuje, že již nemůže s nikým navázat blízký vztah.

Psychodynamické faktory: Podle hypotéz psychoanalytického modelu reaktivuje traumatická událost předtím skryté, ale dosud nevyřešené vnitřní konflikty. Aktivace dětského traumatu vede k regresí a použití obranných mechanismů popření (jedinec se chová, jakoby o traumatu nevěděl, odmítá o něm mluvit) a potlačení (vede k vytlačení stresujících emocí, impulsů a vzpomínek mimo vědomí – parciální amnézie) a přenesení afektu (negativní emoce se přesouvají na situace a objekty, kde si to postižený může dovolit). To vše slouží vyhnutí se stresové reakci. Obvykle to krátkodobě zmírňuje nepříjemné emoce. Egu se tím uleví, a proto zkouší zvládnout a redukovat úzkost jednoduchou formou vyhýbavého chování. Pacient mívá sekundární zisky ze zevního světa, peněžní náhrady, zvýšenou pozornost nebo sympatie a uspokojení potřeby závislosti. Tyto zisky posilují poruchu a její přetrvávání. Další analytický pohled zdůrazňuje kognitivní aspekty traumatu. Protože závažná traumatická událost je kognitivně disonantní a velmi neobvyklá, je vnitřně obtížné integrovat ji do preexistujících koncepčních schémat. Neintegrována traumatická událost je proto disociována mimo vědomí. Pozdější znovuzpomínání je pak interpretováno buď jako pokus organismu o integraci traumatu, nebo jako selhání obranných mechanismů.

Průběh

Latence rozvoje příznaků od traumatické události může trvat týdny až měsíce. Průběh bývá chronický, ale u většiny postižených dochází po čase k úzdavě. U malé části postižených však porucha trvá řadu let a může vést až k trvalým změnám osobnosti. Kolem 30 % pacientů se spontánně v průběhu času uzdraví, u 40 % přetrvávají mírné příznaky, u asi 20 % dojde sice ke zlepšení, ale přetrvávají středně závažné příznaky a u asi 10 % vůbec ke zlepšení nedojde (1).

Diferenciální diagnóza

Klinik by měl o možnosti PTSD uvažovat vždy, když vyšetřuje pacienta s jinou úzkostnou poruchou, závislostí na návykových látkách, chronickou bolestí a depresivní poruchou.

Pozornost při diagnóze PTSD věnujeme případnému úrazu, zejména hlavy. Zvažujeme i další organické příčiny, jako je *epilepsie*, *závislost na alkoholu* či jiných *návykových*

látkách. Akutní intoxikace i abstinenční příznaky mívají obraz podobný PTSD.

Někdy se PTSD zaměňuje za *akutní reakci na stres*, u té je však počátek potíží zpravidla bezprostředně po stresu a porucha dříve odeznívá. V obraze není zpravidla dostatek příznaků, aby opravňovaly diagnózu PTSD.

Někdy po traumatické události dochází k rozvoji *specifické fobie*. Například po autohavárii může dojít k rozvoji strachu řídit nebo jezdit dopravou. Chybí však intruzivní rozpominání na událost a zvýšený arousal.

Generalizovaná úzkostná porucha má některé příznaky, které připomínají PTSD a někdy je jejím spouštěčem traumatická událost. Mezi tyto příznaky patří pocity „na hranici svých sil“, špatné soustředění, podrážděnost, poruchy spánku. PTSD má však ještě jiné odlišné příznaky zmíněné výše. Typické obavy a starosti u generalizované úzkostné poruchy (GAD) mají jiné zdroje a týkají se zpravidla každodenních povinností, zdraví, finanční situace. Ovšem obě poruchy se mohou vyskytnout také současně.

U lidí trpících obsedantně kompulzivní poruchou (OCD) se objevují intruzivní myšlenky, ale pacient si uvědomuje, že většina z nich nepatří žádné traumatické události. OCD však může s PTSD koexistovat u jednoho člověka, spíše je to však výjimečné (např. generalizace kompulzivního umývání se po znásilnění k zamezení kontaminace).

Panická porucha je charakterizována panickými záchvaty a často zvýšeným arousalem v době záchvatů i během anticipační úzkosti. Rozdíl je v kognicích, které se panického záchvatu týkají. U PTSD jsou kognitivní aspekty úzkosti spjaté s traumatickou událostí a vzpomínkami na ni, zatímco u panické poruchy s náhlým pocitem ohrožení zdraví. Komorbidita mezi těmito dvěma poruchami je však častá.

Rovněž některé příznaky *depresivní poruchy* mohou připomínat PTSD a naopak. Jde zejména o ztrátu zájmů, zhoršenou koncentraci, pocit ztráty citů k jiným, anhedonii, hy-

pobulii, zhoršený spánek, ztrátu perspektiv. Depresivní porucha se někdy rovněž rozvíjí s určitou latencí po traumatické události. U depresivní poruchy však chybí intruzivní rozpominání na traumatickou událost. Ovšem u některých lidí může PTSD postupně přerůst v hlubokou depresi a tato deprese se může pak opakovat. Komorbidita je velmi častá.

Dissociativní poruchy mohou rovněž připomínat PTSD. Těsně po traumatické události se dissociativní stav snadno rozvine. Dissociativní porucha se však zpravidla liší tím, že příznaky se rozvinou záhy po traumatické události, netrvají déle než 4 týdny a chybí jiné příznaky PTSD.

Někdy je těžké odlišit pacienta trpícího PTSD od pacienta s *hraniční poruchou osobnosti*. Obě poruchy navíc často koexistují. Reminiscence vzpomínek a vyhubavé chování bývá však typické pro PTSD. Podobně tomu může být u *histrionské poruchy osobnosti*. Pokud nejde o komorbiditu obou poruch, u histrionské poruchy osobnosti chybí typické vyhubavé chování a kognitivní vyhýbání (naopak, pacient si ve vyprávění všech možných traumata zpravidla libuje). Chybí zvýšený arousal s vegetativní hyperaktivitou. Vzhledem k popularizaci PTSD v médiích musíme také uvažovat o *simulaci a pseudologii*. Prožitek traumatické události může také exacerbovat jinou již preexistující psychickou poruchu.

Komorbidita PTSD je vysoká. Následně často vznikají jiné úzkostné poruchy, depresivní porucha, závislost na návykových látkách, poměrně časté jsou suicidální pokusy. Kolem 28 % postižených trpí zároveň generalizovanou úzkostnou poruchou, 12 % fobiemi, 10 % abúzem alkoholu a méně než 4 % abúzem drog, panickou poruchou, obsedantně kompulzivní poruchou nebo antisociální poruchou osobnosti.

Podpořeno projektem CNS LN00B122 MŠMT ČR

Literatura bude uvedena v II. díle tohoto článku v příštím čísle časopisu Psychiatrie pro praxi