

PORUCHY VYVOLANÉ STRESEM

MUDr. Michal Kryl

Psychiatrická klinika FN Olomouc

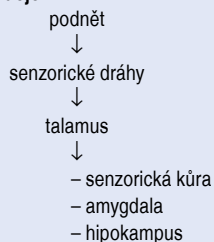
V současné industriální epoše s rychlým rozvojem techniky a globalizace je člověk zahlcen informacemi a vystaven četným psychosociálním tlakům. Adaptační mechanismy sloužící ke zvládnutí bezprostředního ohrožení a k boji o přežití se však těmto rychlým změnám nedokáží rychle přizpůsobit, jejich funkce se po tisíciletí neměnila. Homeostatické procesy se přizpůsobují novým podmínkám mobilizací rezerv, aktivací emocí a vzorců chování v závislosti na situaci a individuální predispozici. Využívají mechanismů, které Hans Selye (1907–1982) souhrnně označil pojmem „stres“. Asi 5–10 % pacientů v ústavních či ambulantních zdravotnických zařízeních trpí tzv. poruchou přizpůsobení, tedy maladaptací na životní změnu či stresovou událost, u adolescentů je tato porucha navíc komplikována suicidálním jednáním v 17–25 %, jak vyplývá z některých pramenů (16). Důsledky neléčené posttraumatické stresové poruchy sahají od závislosti na psychotropních látkách až k depresi se sebevražedným jednáním. Zabývat se odhalováním, léčbou a především prevencí stres-dependentních poruch má tedy nezanedbatelný význam.

PŘEHLED NĚKTERÝCH TEORIÍ ZABÝVAJÍCÍCH SE STRESEM

W. B. CANNON, 1915	Poplachová teorie emocí. Organismus odpovídá na stres adrenergní aktivací s metabolickými důsledky zajišťujícími energii k boji či úniku („fight/flight“ reakce).
H. SELYE, 1950	Teorie obecného adaptačního syndromu (GAS). Po vyčerpání (selhání) adrenergní poplachové reakce následuje hormonální aktivita osy hypofýza-nadledvinky (výdej ACTH a kortikoidů) – stadium rezistence. Třetí fáze – exhausce uzavírá reakci po neúspěchu dvou předchozích a je charakterizována dezorganizací dějů a patologickými změnami. Eustres je definován jako stimulující zátěž ve spojení s převahou kladných emocí. Distres jako opak předešlého.
T. H. HOLMES a R. H. RAHE, 1967	Teorie životních událostí. Zásadním událostem v životě byla (po širokém dotazníkovém šetření) autory přidělena přesná bodová hodnota (např. maximum=100 bodů při úmrtí partnera). Překročení hranice 250 bodů v období posledního roku přináší vysoké riziko psychické či somatické poruchy.
J. W. MASON, 1968	Kognitivní kontrola stresové situace jako ochrana před depresivním typem odpovědi. Jedinec, jenž si není vědom beznadějnosti situace nemusí dojít do II. a III. fáze Selyeho reakce. Naopak vědomí dobrého konce situace (např. na základě opakovaného zážitku) a (nebo) sociální opora vedou ke katecholaminové reakci a poklesu kortikoidů. Nevývají se tak stadium rezignace-deprese.
R. S. LAZARUS, 1966, 1993	Psychologický model stresu. Kognitivně motivační – vztahová teorie emocí. Příčinou stresové reakce je kromě vnějšího stresoru i jeho význam pro daného jedince.
D. S. GOLDSTEIN, 1993	Homeostatická teorie stresu. Stres jako hrozba či narušení homeostázy organismu. Informace o zátěžové situaci jsou v mozku porovnány s nastavenými limity homeostázy pomocí zpětnovazebních mechanismů, tzv. homeostatů. Na stresové reakci se podílí učení a vybavování modelových situací umožňující anticipaci rizik a vyhnutí se distresu.
S. REICHLIN, 1993	Stresem navozená neuroimunitní modulace. Stres ovlivňuje neuroregulační interakce na ose hypotalamus-hypofýza-nadledvinky-periferní imunokompetentní buňky. Jde o příklad dvousměrné komunikace mezi imunitním systémem a mozkem.
A. Van der VEN a R. Van DIEST et al., 2003	Patofyziologické důsledky chronického stresu („vital exhaustion“). Studie zabývající se vlivem chronického stresu na odolnost vůči herpesvirové nákaze indukující poruchy hemostázy cestou indukce cytokinů.

PATOFYZIOLOGIE STRESOVÉ ODPOVĚDI

1. Fáze – neurofyziologické děje



psychologické děje

- zvědomění podnětu
- pochopení, klasifikace podnětu, racionální kontrola obranné reakce
- analýza nebezpečnosti podnětu, spuštění poplachové reakce
- uložení celého děje do paměti

2. Fáze – neuroendokrinní děje

podnět vyhodnocený jako stresor spustí stresovou odpověď

↓

aktivace sympatické osy amygdala-locus coeruleus-hypotalamus-hypofýza-nadledvinky

↓

sekrece NA, A, 5-HT, endorfinů, CRH, ACTH, kortizolu, TSH, thyroxinu, aktivace systému renin-angiotensin, zvýšená glykogenolýza, glukoneogeneze, glykémie

klinické projevy

tachykardie, tachypnoe, hypertenze, redistribuce krevního objemu se snížením zásobení splanchniku, vazokonstrikce v periferních cévách, vazodilatace ve velkých svalech končetin, zvýšení svalového tonu, zvýšené pocení, mydriáza, zaostření na vzdálené optické podněty, aktivní zaměření pozornosti na ohrožující podnět, subjektivní pocit napětí, očekávání, někdy euforie

3. Fáze – patofyziologické děje

dlouhodobý či nadměrně intenzivní stresor



chronický stres



různé patologické změny:

- neurotoxický vliv vysokých hladin kortikoidů → atrofie hipokampu
- aktivace transkripčního faktoru NF-kappa B* vlivem katecholaminů
- změny v buněčné imunitě (imunosuprese či stimulace některých složek; hypersekrece cytokinů)

klinické poruchy

- poruchy deklarativní paměti
- vznik a protrahovaný průběh zánětů
- náchylnost k virovým infekcím (např. herpesviry)
- onkogeneze ?

*nukleární transkripční faktor NF-kappa B je látka bílkovinné povahy, která vlivem aktivace (kupř. cytokiny) vstupuje z cytoplasmy do buněčného jádra. Zde se navazuje na určitý úsek DNA a aktivuje transkripci genů kódujících proteiny účastníci se imunitních nebo zánětlivých reakcí.

TĚLESNÉ, PSYCHICKÉ A BEHAVIORÁLNÍ PROJEVY STRESU

Tělesné projevy	bolesti hlavy, dorzalgie, napětí ve svalstvu, svalové spazmy, svalová únava, poruchy trávení – průjem, zácpa, dyspeptický syndrom, zvýšení krevního tlaku, tachykardie, neurocirkulační astenie, pocení, tremor
Psychické projevy	úzkost, nadměrná bdělost, fobické reakce, pocity ohrožení, derealizace, depersonalizace, pocity frustrace, bezmocnosti, deprese, snížené libido, snížený/zvýšený apetit
Behaviorální projevy	zlostnost, výbušnost, podrážděné reakce, netrpělivost, agresivita, agitovanost, přejídání/zvracení, abúzus návykových látek, sexuální excesy, sexuální dysfunkce

STRATEGIE ZVLÁDÁNÍ STRESU (coping)

- je individuálního rázu
- vychází z osobnostních předpokladů pro citlivost/odolnost vůči stresu; ty jsou dílem vrozené, dílem naučené
- je ovlivněna dalšími faktory
 - osobní motivací (vysoká motivace = dobrá snášenlivost kupř. pracovní zátěže)
 - kolektivní motivací (poruchy interpersonálních vztahů v kolektivu = selhání pod vlivem stresu)
 - sociální podporou (rodina, přátelé)
 - zdravotním stavem jedince
 - životním „nastavením“ (racionální/iracionální typ, optimista/pesimista)

ONEMOCNĚNÍ POVAŽOVANÁ ZA SPOLUPODMÍNĚNÁ STRESEM

vředová choroba gastroduodena kardiovaskulární poruchy (ischemická choroba srdeční, akutní infarkt myokardu, hypertenze) migréna	vertebrogení algický syndrom herpetické infekce autoimunitní onemocnění onkologická onemocnění
---	---

DUŠEVNÍ PORUCHY SOUVISEJÍCÍ SE STRESEM A JEJICH LÉČBA

Akutní reakce na stres (F43.0)	krizová intervence – odsunutí z dosahu stresoru, umožnění ventilace emocí, práce s tělem, dechem, relaxace, poskytnutí opory, azylu, informací, mobilizace sociální sítě; krátkodobá aplikace psychofarmak v případě nutnosti (hypnotika, anxiolytika, atypická antipsychotika)
Posttraumatická stresová porucha (F43.1)	odkrytí a abreakce zážitku, kognitivní rekonstrukce, odstranění destruktivního emočního náboje, změna významu zážitku, integrace zážitku, relaxace; antidepressiva, event. antipsychotika, beta-blokátory
Poruchy přizpůsobení (F43.2)	identifikace stresorů, porozumění jejich vztahu k symptomům, analýza symptomů, zmírnění stresové reakce odstraněním stresoru nebo změnou perspektivy pohledu, posílení nebo nácvik dovedností, mobilizace (vytvoření) sociální sítě; antidepressiva, krátkodobě anxiolytika
Akutní a přechodné psychotické poruchy ve spojení s akutním stresem (F23.x1)	podpůrná psychoterapie; antipsychotika, benzodiazepiny

NĚKTERÉ DOPORUČENÉ POSTUPY V ZACHÁZENÍ SE STRESEM A V JEHO PREVENCI

- zvyšování tělesného vědomí (Body Awareness) – rozpoznání tělesných pocitů, napětí apod.
- nácvik relaxačních technik – progresivní svalová relaxace, autogenní trénink aj.
- autohypnóza
- jóga
- krátké kombinované techniky – tělesné protažení/uvolnění, práce s dechem, práce s myšlenkami a výroky (affirmations)
- vytvoření nahrávky vlastního hlasu s pozitivními či zklidňujícími výroky, mantrami atp.
- racionálně emoční postupy – vyvracení iracionálních přesvědčení, nácvik asertivní komunikace, tvorba scénáře vlastní změny
- zvládání pracovního stresu (Job Stress Management) – identifikace a zacházení se syndromem vyhoření (burn-out), jeho prevence, zvládání konfliktů na pracovišti
- péče o výživu a stravování
- fyzická aktivita a sport, aerobní cvičení, jogging atp.

Vysvětlivky:

NA – noradrenalin, A – adrenalin, 5HT – serotonin, CRH – kortikoliberin, ACTH – adrenokortikotropní hormon, TSH – thyreostimulační hormon

Literatura

1. Baštecký J, Beran J. Cílová místa terapeutických intervencí u onemocnění spolupodmíněných stresem. Česká a slovenská psychiatrie, 2003; 2: 100–105.
2. Baštecký J, Šavlík J, Šimek J. Psychosomatická medicína. Praha, Grada-Avicenum, 1993: 363.
3. Brautigam W. Reakcie, neurózy, poruchy osobnosti. PO, NsP Trenčín, 1993: 37–48.
4. Davis M, McKay M, Eshelman ER. The Relaxation and Stress Reduction Workbook. New Harbinger Pubns. 5-th ed., 2000: 15–262.
5. Holmes TH, Rahe RM. The social readjustment rating scale. J. Psychosom. res. 1967; 11: 213–218.
6. Honzák R. Vývoj a současný stav psychosomatického přístupu. Psychoterapie II, sborník přednášek PPF. Praha, Triton, 1997: 78–100.
7. Hoschl C, Libiger J, Švestka J. Psychiatrie. Praha, Tigis, 2002: 125–132, 158, 423, 501–508.
8. Kobasa BC, Mahdi SR, Kahn R. Hardiness and Health: A prospective study. J. Pers. Soc. Psychol., 1981; 42: 166–167.
9. Kordač V. Vnitřní lékařství. Praha, Avicenum, 1988: 644–645.
10. Kryl M. Komplexní léčba posttraumatické stresové poruchy. Psychiatrie pro praxi, 2002; 1: 31–34.
11. Leonard B. Stress, depression and the activation of the immune system. World J Biol. Psychiatry, 2000; 1: 17–25.
12. Možný P, Praško J. Kognitivně behaviorální terapie, úvod do teorie a praxe. Praha, Triton, 1999: 198–205.
13. Nawroth P, Bierhaus A. Entlarvt: Wie Stress Krank macht? Arztl Praxis, 2003; 18: 10.
14. Nešpor K. Alkohol, jiné návykové látky a stres. Česká a slovenská psychiatrie, 1999; 4: 214–216.
15. Pidman V, Bouček J, Kryl M. Deprese v interní medicíně. Psychiatrické centrum Praha, 2003: 18–20.
16. Praško J. Diagnóza a léčba adaptačních poruch. Psychiatrie, 2003; (Suppl. 1): 37–38.
17. Praško J. Neurobiologické aspekty posttraumatické stresové poruchy. Psychiatrie, 2003; (Suppl. 1): 38–39.
18. Smolík P. Duševní a behaviorální poruchy. Praha, Maxdorf Jessenius, 1996: 268–277.
19. Strain JJ, Smith GC, Hammer JS, et al. Adjustment disorder: a multisite study of its utilization and interventions in the consultation-liaison psychiatry setting. Gen Hosp Psychiatry. 1998 May; 20 (3): 139–149.
20. Van der Ven A, Van Diest R, et al. Herpes viruses, cytokines and altered hemostasis in vital exhaustion. Psychosom Med, 2003; 65 (2): 194–200.
21. Yehuda R, Giller EC, Southwick SM. Hypothalamic-pituitary-adrenal dysfunction in PTSD. Biol. Psychiatry, 1991; 30: 1031–1048.