Poruchy vyvolané stresem

Poruchy specificky spojené se stresem přímo **souvisejí s vystavením stresující nebo traumatické události** nebo sérii takových událostí nebo nepříznivým prožitkům.

Identifikovatelný stresor v anamnéze je pro určení této diagnózy **nutný** (i když není dostatečným kauzálním faktorem)

Mechanizmus stresového působení je podrobně rozepsán v kapitole Etiologie duševních poruch.

Ne u všech jedinců, kteří jsou vystaveni identifikovanému stresoru, se rozvine porucha, ale **k poruchám v této skupině by bez setkání se stresorem nedošlo**.

Mimo zatěžující událost vliv hraje **individuální zranitelnost** (případně nedostatečná odolnost) daného jedince. Poruchy vznikají jako následek **selhání mechanismů úspěšného vyrovnání se s těžkým stresorem** (jedná se o maladaptivní odpověď na těžký stres, kdy došlo k překonání kompenzačních mechanismů jedince).

Stresující události pro některé poruchy z této skupiny jsou často běžné životní události (např. rozvod, socio-ekonomické problémy, žal nad úmrtím blízkého). Jiné poruchy vyžadují setkání se stresorem, který je extrémně ohrožující nebo děsivé povahy (tj. potenciálně traumatické události).

U všech poruch v této skupině se rozlišuje povaha, vzorec a délka trvání příznaků, které se objevují v reakci na stresující události, spolu s přidruženým funkčním postižením.

Akutní stresová reakce

> pouze v MKN 10 se zařazuje do neurotických poruch, v MKN 11 je již zařazená do přidružených faktorů *“Problémy spojené s poškozujícími, nebo traumatickými událostmi”* **Důvodem je, že se zde nepovažuje za patologickou reakci, ale za normální adekvátní reakci k míře stresoru, není tedy součástí kapitoly psychiatrie.**

Akutní stresová reakce je rozvoj **přechodných** emocionálních, somatických, kognitivních nebo behaviorálních příznaků, jež jsou výsledkem vystavení určité události nebo krátkodobé či dlouhodobé situaci, která jedinci způsobuje **extrémní ohrožení nebo vyděšení** (přírodní nebo lidmi způsobená katastrofa, boj, vážná nehoda nebo úraz, sexuální napadení, přepadení apod.).

Příznaky mohou zahrnovat autonomní příznaky úzkosti (např. tachykardie, pocení, návaly horka), omámenost, zmatenost, smutek, úzkost, hněv, zoufalství, nadměrnou aktivitu, nečinnost, sociální stažení nebo strnulost. **Reakce na stresor je považována za normální vzhledem k závažnosti stresoru**.

Klinický obraz:

- Příznaky se rozvíjejí během jedné hodiny po prožití stresující události, odeznívají typicky do několika hodin až 2-3 dnů (v závislosti na trvání stresoru)

- příznaky jsou proměnlivé v čase, liší se u jednotlivých osob (dle odolnosti, vývoje jedince, osobnostní charakteristiky)
- obsahují intenzivní pocity **úzkosti, strachu či zoufalství**
- dochází k rychlé biochemické **změně vegetativního systému**
    - **Obranná reakce typu A**
        - ↑ tonus sympatiku
        - aktivizující reakce **útok/útěk** (rychlá mobilizace sil)
        - napětí v celém těle, zarudnutí v obličeji, přesouvání krve do periferie, silné pocení, horko, zrychlený tep, dech, výrazná mimika,
        - třes svalů, psychomotorický neklid, neúčelné pohyby a činnosti, neobyčejná síla, výrazné projevy emocí (pláč, křik, zloba, agrese) neadekvátní projevy (např. smích v tragické situaci), překotné tempo řeči, nucení k pohybu
        - subjektnívní zkrácení času, nesoustředěnost, těkání pozornosti, zhoršená schopnost navázat kontakt, pochopit podněty, dezorientace.
        - může se vyskytnout regrese, hypersexuální jednání, ztráta zábran (např. veřejná masturbace)
    - **Obranná reakce typu B**
        - převládá parasympatikus
        - vývojově starší strategie, pasivní reakce, **ztuhnutí**, tzv. “mrtvý brouk”
        - obrana před vnímáním podnětu, se kterým nelze bojovat ani mu utéct, člověk se chání před přívalem silných emocí, které by neměl pod kontrolou (projevuje se např. mdlobami, disociací)
        - ztuhlost, strnulost, omezení pohybu, zblednutí, ledové končetiny, zpomalení fyziologických funkcí, chvění, hypomimie, emoce nejsou projevovány, ani pociťovány, snížené vnímání těla
        - subjektivně prodloužení času, derealizace, depersonalizace, snížená schopnost porozumět řečenému, pohled nasměřován “dovnitř”, upřený do prázdna.

Léčba:

- krizová intervence :
    - zajištění bezpečí
    - klidný přístup
    - vyhovění potřebám (v regresi např. potřeba obejmout, lze suplovat i zabalením do deky, nabízet čaj, toaletu etc.)
    - zrcadlení a podpora emocí, nebránit projevům, normalizovat je
    - práce s fragmentací myšlení: navracení do reality a orientace v ní, vysvětlování co se děje, kde se nacházíme etc…
    - grounding
    - soustředění na dech, na jeho zklidnění, na tělesné pocity
- po krizové intervenci podpůrná psychoterapie k zpracování události
- přechodné podávání anxiolytik (BZD) či hypnotik (zolpidem)
- na dalším vývoji hraje velkou roli míra sociální podpory

Posttraumatická stresová porucha (PTSD)

Může se rozvinout po expozici extrémně **hrozivé nebo děsivé** události nebo sérii událostí (např. znásilnění, války, přírodní katastrofy etc.)

Projevy:

- **znovuprožívání** traumatické události nebo událostí v současnosti prostřednictvím jedné nebo více smyslových modalit v podobě
    - živých vtíravých vzpomínek
    - flashbacků
    - nočních můr
    - doprovázeno silnými nebo zahlcujícími emocemi (zejména strachem nebo hrůzou) a silnými tělesnými pocity, které mají velmi aktuální podobu a vysokou intenzitu (jakoby událost prožívali opět tady a teď)
- **vyhýbání se** myšlenkám a vzpomínkám na událost nebo události nebo vyhýbání se činnostem, situacím nebo lidem připomínajícím událost
- trvalé vnímání **zvýšeného současného ohrožení**
    - zvýšená ostražitost
    - zesílené úlekové reakce na podněty, jako jsou např. neočekávané zvuky
- nespavost
- otupělost, apatie, anhedonie, emoční oploštělost, abulie k činnostem, které dříve nemocného těšily

Příznaky přetrvávají po dobu alespoň několika týdnů a způsobují významné narušení osobních, rodinných, sociálních vztahů, ve vzdělávání, v zaměstnání nebo jiných důležitých oblastech fungování.

Etiopatogeneze

- **Trauma** jako nezbytný faktor vzniku poruchy
- V rozvoji choroby se dále uplatňují:
    - Genetická výbava jedince
    - Biologické faktory – předpokládají se změny noradrenalinu, opioidů a stresových hormonů; zobrazovací metody dokládají i změny objemu a fungování některých mozkových center
    - Psychologická výbava jedince – odolnost, adaptibilita, predispoziční pro vznik poruchy jsou úzkostné rysy osobnosti nebo úzkostná porucha v anamnéze
    - Environmentální vlivy – míra sociální podpory (rodina, práce, sociální programy), časnost a efektivita krizové intervence po traumatu

Průběh

- Porucha se rozvine obvykle s latencí několika týdnů až měsíců po proběhlé události
- Průběh poruchy je kolísavý, ale zpravidla v průběhu času dochází k úzdravě
- U menší části nemocných je průběh chronický a porucha časem přechází do trvalých změn osobnosti nemocného
- Porucha vede k řadě sociálních důsledků – vyhýbání se blízkým vztahům, rozchod s partnerem, odcizení od okolí, sociální stažení, nezaměstnanost
- Častá je komorbidní závislost na návykových látkách
- Porucha může vést také k řadě jiných psychických poruch: psychosomatické potíže, deprese, úzkostné poruchy či paranoidita, která může připomínat až klasickou psychózu

Léčba

- Důležitá je včasná péče o účastníky traumatické události jako prevence vzniku PTSD
- V léčbě rozvinuté poruchy je indikovaná kombinace farmakoterapie (zejm. antidepresiva) a psychoterapie (KBT, EMDR, traumaterapie…)

- Bývá také potřebná podpora rodiny a sociálního okolí

Komplexní posttraumatická stresová porucha

> **v MKN 10 spadá pod PTSD,** nerozděluje se

Porucha, která se může rozvinout po expozici události nebo sérii událostí **extrémně hrozivé nebo děsivé povahy**, nejčastěji **protrahovaných nebo opakujících se** událostí z nichž je **únik obtížný** nebo nemožný (např. mučení, otroctví, genocida, dlouhodobé domácí násilí, opakované sexuální nebo tělesné zneužívání v dětství).

Jsou splněna všechna diagnostická kritéria pro PTSD.

Komplexní PTSD je navíc charakterizována závažnými a přetrvávajícími příznaky:

- problémy s regulací emocí
- negativním sebeobrazem - přesvědčením o sobě samém, že je neschopný, ponížený nebo bezcenný
- pocity hanby, viny nebo selhání ve vztahu k traumatizující události
- obtížemi v udržování vztahů a v pocitu blízkosti k druhým.

Tyto příznaky způsobují významné narušení osobních, rodinných, sociálních vztahů, ve vzdělávání, v zaměstnání nebo jiných důležitých oblastech fungování.

Průběh je chroničtější než u simplexního PTSD, následky jsou těžší a celoživotní, léčba je nutná dlouhodobější, intenzivnější. Spočívá v intenzivní psychoterapii (ideálně traumaterapii) a dlouhodobé farmakoterapii.

Porucha přizpůsobení

Maladaptivní emoční reakce na identifikovatelný psychosociální stresor nebo více stresorů (např. rozvod, onemocnění nebo zdravotní postižení, socio-ekonomické problémy, konflikty doma nebo v práci), která se obvykle objeví do jednoho měsíce od působení stresoru.

Porucha je charakterizována nadměrným zabýváním se stresorem nebo jeho důsledky, včetně nadměrných opakujících se obav a tísnivých myšlenek na stresor nebo neustálého přemítání o jeho důsledcích, jakož i neschopností adaptovat se na stresor, může na sebe vzít podobu jiných psychických poruch.

Dělení dle MKN 10: krátká depresivní reakce
přetrvávající depresivní reakce
smíšená úzkostná a depresivní reakce
reakce s přetrvávajícími poruchami emotivity - u dětí a adolescentů
reakce s přetrvávajícími poruchami chování- u dětí a adolescentů

Příznaky nelze lépe vysvětlit jinou duševní poruchou (např. porucha nálady, jiná porucha specificky spojená se stresem) a obvykle vymizí do 6 měsíců, pokud stresor nepřetrvává delší dobu.

Porucha je poměrně častá

- Oproti akutní stresové reakci – stresor nebývá tak akutního charakteru, klinický obraz je odlišný, porucha má delší trvání a příznaky se rozvíjí postupně
- Oproti posttraumatické stresové poruše – stresor nebývá tak mimořádného charakteru, klinický obraz může být v něčem podobný, ale příznaky nevznikají s takovou latencí po události, mají kratší a více přechodné trvání, lépe také reagují na terapii (zejména antidepresiva)

Klinický obraz

- často **depresivní příznaky** – depresivní nálada, pocity nevýkonnosti, zvýšená unavitelnost, porucha usínání
- úzkost, vnitřní napětí, pocity zlosti
- Porucha začíná během 1. měsíce po stresující události a obvykle odeznívá do 6 měsíců (maximálně trvá do 2 let)
- Zranitelnější bývají některé poruchy osobnosti (např. závislá, hraniční a další)

Srovnání deprese a poruchy přizpůsobení:

Tab. 11.7. Depresivní syndrom u depresivní epizody a poruchy přizpůsobení

Depresivní epizoda	Porucha přizpůsobení
▪ nálada je horší ráno	▪ nálada je po celý den stejná nebo horší večer
▪ porucha nálady je hlubší	▪ porucha nálady je mělčí
▪ nálada není odklonitelná vnějšími podněty	▪ nálada je odklonitelná vnějšími podněty
▪ zpomalené psychomotorické tempo	▪ psychomotorické tempo je normální
▪ tichá řeč	▪ řeč normální hlasitosti
▪ předčasné ranní probouzení	▪ porucha usínání
▪ porucha pozornosti a paměti	▪ pozornost a paměť nebývají vážně narušené
▪ porucha vůle, anhedonie	▪ volní schopnosti jsou zachovány
▪ snížená chuť k jídlu a snížené libido	▪ chuť k jídlu a libido v normě nebo snížené
▪ váhový úbytek	▪ váhový úbytek může být a nemusí
▪ pocity zbytečnosti a nadměrné pocity viny	▪ nebývá pocit zbytečnosti ani viny
▪ časté myšlenky na sebevraždu	▪ myšlenky na sebevraždu jsou méně časté

Komorbidity: abúzus návykových látek, ale také sebepoškozování a suicidální úmysly

Léčba: psychoterapie, antidepresiva

Patologický zármutek

v MKN 10 spadá pod poruchu přizpůsobení, nerozděluje se

Porucha, při níž po smrti partnera, rodiče, dítěte nebo jiné blízké osoby dochází k **přetrvávající a všudypřítomné reakci** v podobě zármutku.

- stesk po zesnulém
- trvalé zaujetí myšlenkami na zesnulého
- intenzivní citová bolest (např. smutek, pocit viny, hněv, popření, obviňování)
- potíže s přijetím smrti
- pocit, že člověk ztratil část svého já
- neschopnost prožívat pozitivní náladu
- citová otupělost
- potíže zapojit se do společenských nebo jiných aktivit

Zármutek přetrvává po **netypicky dlouhou dobu** po ztrátě (minimálně déle než 6 měsíců) a zřetelně překračuje očekávané společenské, kulturní nebo náboženské normy pro danou kulturu a kontext daného jedince. Reakce zármutku, které přetrvávají delší dobu a jsou v rámci normativního období truchlení podle kulturního a náboženského kontextu jedince, se považují za normální reakce na ztrátu blízké osoby a diagnóza se nestanovuje.

Porucha způsobuje významné narušení v důležitých oblastech fungování.

Tab. 11.8. Příznaky normálního a patologického truchlení

Normální truchlení	Patologické truchlení
▪ pláč, smutek, tělesné příznaky úzkosti, neklid, váhový úbytek, snížené libido, nespavost, podrážděnost, hypoprosexie, pocit přítomnosti zesnulé osoby, iluze a živé představy, halucinace hlasu zemřelého, zaobírání se vzpomínkami na zemřelého, sociální stažení	
▪ vzniká ihned po úmrtí blízké osoby	▪ vzniká s latencí od úmrtí blízké osoby
▪ sebeobviňování se zaměřuje jen na léčbu a péči o zesnulou osobu, nejsou pocity zbytečnosti	▪ sebeobviňování, snížené sebevědomí, pocity špatnosti a bezcennosti
▪ sebevražedné myšlenky jsou vzácné	▪ sebevražedné myšlenky jsou časté
▪ normální identifikace se zesnulým	▪ patologická identifikace se zesnulým, popřípadě podvědomá agrese vůči němu
▪ příznaky časem odeznívají, vymizí většinou do půl až jednoho roku	▪ příznaky se nezmenšují, mohou se zhoršit a přetrvávat léta
▪ pomáhá ujišťování	▪ nepomáhá podpůrná terapie a ujišťování
▪ má sociální kontakty	▪ odmítá sociální kontakty
▪ léčba antidepresivy není účinná	▪ léčba antidepresivy je účinná
▪ nezasahuje do fungování v životních rolích	▪ narušuje fungování v životních rolích

Poruchy vyvolané stresem typické pro dětský věk

Reaktivní porucha příchylnosti

Hrubě abnormní projevy příchylnosti v raném dětství, ke kterým dochází v souvislosti s anamnézou hrubě nedostatečné péče o dítě (např. závažné zanedbávání, týrání, institucionální deprivace).

I když je nově k dispozici adekvátní primární pečovatel, dítě u něj **nevyhledává zázemí, podporu a péči, málokdy projevuje chování jako je hledání bezpečí u dospělého** a nereaguje, když je mu nabídnuta útěcha.

Reaktivní poruchu příchylnosti lze diagnostikovat pouze u dětí a známky poruchy se rozvíjejí během prvních 5 let života. Poruchu však nelze diagnostikovat před dosažením prvního roku věku (nebo do vývojového věku 9 měsíců) a nelze ji stanovovat v rámci poruchy autistického spektra.

Dezinhibovaná porucha příchylnosti

Hrubě abnormní sociální chování, ke kterému dochází v souvislosti s anamnézou hrubě nedostatečné péče o dítě (např. závažné zanedbávání, institucionální deprivace).

Dítě přistupuje k dospělým bez rozdílu, **chybí mu zdrženlivost v přístupu**, odchází s neznámými dospělými a k cizím lidem se chová nadměrně familiérně, přítulně.

Dezinhibovaná porucha sociální angažovanosti lze diagnostikovat pouze u dětí.

Známky poruchy se rozvíjejí během prvních 5 let života. Poruchu však nelze diagnostikovat před dosažením prvního roku věku (nebo do vývojového věku 9 měsíců) a nelze ji stanovovat v rámci poruchy autistického spektra.

From:
https://imagined.site/uni/ppa/ - **Psychiatrie pro adiktology**

Permanent link:
https://imagined.site/uni/ppa/doku.php?id=poruchy_vyvolane_stresem&rev=1740643818

Last update: **2025/02/27 08:10**