

Posttraumatická stresová porucha – prevalencia u psychiatrických hospitalizovaných pacientov

MUDr. Jozef Hašto, PhD., PhDr. Olga Švančarová, Mgr. Juraj Suško, Mgr. Daniel Gyén

Psychiatrická klinika FN, Trenčín

V štúdiu sme sledovali výskyt psychotrauma a posttraumatickej stresovej poruchy (PTSD) u hospitalizovaných psychiatrických pacientov. Štruktúrovaným klinickým interview DSM-IV (19) sme vyšetrili 92,2 % (532 z 577) pacientov prijatých na psychiatrické oddelenie v priebehu 6 mesiacov v roku 2004. Traumatickú udalosť v anamnéze sme zistili u 27,26 % pacientov, 8,65 % pacientov zažilo závažný stresor, ktorý ale plne nespĺňal kritériá DSM-IV pre PTSD, a 64,1 % neuviedlo vôbec žiadny závažný stresor v anamnéze. Posttraumatická stresová porucha bola diagnostikovaná u 35,17 % pacientov z tých, ktorí uviedli expozíciu psychotraume, podprahová PTSD sa dala identifikovať u 26,21 % pacientov a 38,62 % pacientov nevykazovalo napriek expozícii psychotraume v priebehu života žiadne symptómy PTSD. V práci sme neskúmali možné časové a obsahové súvislosti medzi psychotraumou a výskytom iných psychiatrických syndrémov. Najvyššiu komorbiditu sme zistili s depresívnymi poruchami. Diskutuje sa význam pre klinickú prax.

Kľúčové slová: trauma, posttraumatická stresová porucha, interview.

Posttraumatic stress disorder – prevalence among psychiatric inpatients

This study examined the incidence of psychotrauma and posttraumatic stress disorder (PTSD) in an inpatient psychiatric group. Structured clinical interview DSM IV (19) was used for the assessment of 99,2 % (532 of 577) of patients admitted to the psychiatric department during 6 months period in 2004. 27,26 % of patients reported a traumatic event in their personal history, 8,65 % experienced serious stressor, but it did not fully meet criteria DSM IV for PTSD and 64,1 % of patients reported no extreme stressor in personal history. Posttraumatic stress disorder was diagnosed in 35,17 % of patients who reported exposition to psychotrauma, subthreshold/subsyndromal PTSD was possible to detect in 26,21 % and 38,62 % of those patients showed no signs of PTSD in their lifetime despite exposition to psychotraumatic event. We did not study possible association between the time or content of psychotrauma and the presence of other psychiatric syndromes. The highest degree of comorbidity was found between PTSD and depression. Consequences for clinical practice are discussed.

Key words: trauma, posttraumatic stress disorder, interview.

Psychiatr. prax; 2011; 12 (4): 161–164

Úvod

Druhou najčastejšou skupinou duševných porúch po depresiách je spektrum úzkostných porúch, do ktorého patrí aj *posttraumatická stresová porucha* (PTSD). Typicky sa rozvíja po emočne ťažkej, stresujúcej udalosti, ktorá svojou závažnosťou presahuje obvyklú ľudskú skúsenosť a býva traumatickou pre väčšinu ľudí (11).

Po zážitku extrémneho ohrozenia na živote môže mesiace, roky, ba až desaťročia pretrvávajúca živá spomienka na túto situáciu alebo živé sny reprodukovávajúce túto udalosť, pričom človek znova prežíva ohrozujúcu situáciu s plnou intenzitou akoby sa diala práve teraz. To môže viesť k vyhýbaniu sa všetkému, čo by už i len náznakom mohlo pripomenúť pôvodný zážitok. Človek je podráždený a/alebo nie je schopný naplno prežívať celé spektrum príjemných emócií.

Celoživotná prevalencia PTSD u dospelých všeobecnej populácie je podľa výsledkov rôznych štúdií 0,6 % (Island, Hongkong) až 7,8 % (USA) (5). Chýbajú nám údaje zo zemí, kde prebiehajú etnické čistky, občianske vojny. Kessler et al. (10) v USA na reprezentatívnej vzorke 6 000 osôb dospelí k celoživotnej prevalencii u žien 10,4 %,

u mužov 5 %. Približne 51 % žien a 61 % mužov z celkovej vzorky prežilo stresor zodpovedajúci kritériám DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition) pre psychotraumu. U väčšiny traumatizovaných sa teda nerozvinula plná PTSD a spontánne sa zotavili. 17 % mužov skúmanej základnej vzorky malo intruzívne spomienky, prežitý stresor ale nezodpovedal definícii psychotrauma podľa DSM-IV.

V štúdiu Cusacka a kol. (4) sa celoživotná prevalencia pre PTSD u všeobecnej US populácie pohybuje v rozpätí 8 – 14 %. Epidemiologická štúdia Brady a Clary (3) uvádza prevalenciu PTSD 7 – 10 %. Epidemiologické štúdie tiež skúmali výskyt PTSD v rôznych rizikových skupinách, kde sa prevalencia uvádza v rozmedzí 3 – 58 % (18). Napr. podľa štúdie Marshalla a kol. (12) u amerických vietnamských veteránov bola celoživotná prevalencia plnej PTSD 30,9 % pre mužov a 26 % pre ženy; prevalencia parciálnej PTSD bola 22,5 % pre mužov a 21,2 % pre ženy.

Posttraumatická stresová porucha môže vzniknúť v ktoromkoľvek veku. Častejšie sa však objavuje v mladšom veku, kedy je človek viac vystavený traumatickým udalostiam. V Nemecku sa ale do

veku 65 rokov pohybuje prevalencia medzi 1 – 3 % a obyvatelia nad 65 rokov majú životnú prevalenciu 3-krát väčšiu – zažili 2. svetovú vojnu (6).

Na jednej psychiatricko-psychotherapeutickej klinike v BRD vyhodnotili ošetrojúci terapeuti (psychiatri a psychológovia) psychotraumatizáciu ako príčinu psychickej poruchy u 31,5 % svojich pacientov. Platilo to pre všetkých pacientov so symptomatickou PTSD, pre 12 % afektívnych porúch, 26 % úzkostných porúch a 19 % porúch osobnosti. Títo pacienti v dotazníku cieľenom na psychotraumatické udalosti uvádzali 6 a viac udalostí. Väčšinou teda išlo o typ traumy II.

Diagnostické kritériá pre PTSD v ICD-10 a DSM-IV sa do značnej miery zhodujú.

Diagnostické kritériá ICD 10 pre F 43.1 Posttraumatická stresová porucha (18):

- A. Pacient musel byť vystavený stresovej udalosti alebo situácii krátkeho alebo dlhého trvania, výnimočne nebezpečného alebo katastrofického charakteru, ktorá by pravdepodobne spôsobila hlboké rozrušenie takmer u kohokoľvek.
- B. Musí sa vyskytovať neodbytné vybavovanie alebo „znovuprežívanie“ stresoru v podobe rušivých „flashbackov“, živých spomienok

alebo opakujúcich sa snov, alebo prežívanie úzkosti pri expozícii okolnostiam pripomínajúcim alebo spojeným so stresom.

- C. Pacient sa musí vyhýbať alebo dáva prednosť vyhýbaniu sa okolnostiam, ktoré pripomínajú alebo sú spojené so stresorom, pričom toto vyhýbanie nebolo prítomné pred expozíciou stresoru.
- D. Musí byť prítomné ktorékoľvek z nasledujúcich kritérií:
- (1) neschopnosť vybaviť si, čiastočne alebo úplne, niektoré dôležité momenty z obdobia expozície stresoru,
 - (2) sú prítomné ktorékoľvek 2 z nasledujúcich príznakov zvýšenej psychickej citlivosti a vzrušivosti, ktoré neboli prítomné pred expozíciou stresoru:
 - a) ťažkosti so zaspávaním alebo udrжанím spánku
 - b) podráždenosť alebo návaly hnevu
 - c) ťažkosti s koncentráciou
 - d) hypervigilita
 - e) nadmerná úľaková reaktivita
- E. Kritériá B, C a D musia byť splnené v priebehu 6 mesiacov od stresovej udalosti alebo od konca obdobia stresu. Niekedy môže byť účelné diagnostikovať i po dlhšom období než 6 mesiacov, ale dôvody by mali byť zreteľne špecifikované.

DSM-IV-TR (1) definuje PTSD veľmi podobne, ale zdajú sa nám užitočné niektoré precíznejšie formulácie. V štruktúrovanom klinickom interview pre DSM-IV (19) sa na expozíciu psychotrauma pýtame nasledovne: „Niekedy sa prihodí extrémne hrozné veci, napr. človek sa ocitne v situácii ohrozenia života, prežíva nejakú katastrofu, má vážny úraz, je ohrozený požiarom, bol prepadnutý alebo olúpený, musel sa prizerat', ako bola zabitá alebo ťažko poranená druhá osoba alebo musel počúvať, že jemu blízkej osobe sa niečo také prihodilo. Prežili ste niekedy niektorú z týchto udalostí z tohto zoznamu?“ Okrem toho sa pacientovi predkladá zoznam 8 okruhov traumatizujúcich udalostí a 9. otázka sa pýta na dosiaľ neuvedenú desivú udalosť alebo katastrofu.

Porucha sa teda môže rozvinúť aj u ľudí, ktorí neboli priamo vystavení ohrozeniu, dokonca aj u tých, ktorí neboli priamymi svedkami násilia, ale len nepriamo konfrontovaní s traumatickou udalosťou.

Podľa dĺžky trvania a častosti výskytu delíme traumatické udalosti na:

1. krátkodobé, jednorazové (typ traumy I),
2. dlhšie trvajúce, opakované (typ traumy II) (5).

Nespracovaná psychická trauma môže vyústiť aj do depresie, fóbie, sexuálnych porúch, zneužívania a závislosti od alkoholu, medikamentov, drog a do

telesných symptómov, napr. bolestí, psychosomatických porúch, niekedy i priamo, bez toho, že by sa objavila symptomatika typická pre PTSD (5).

Problém je, že ľudia dosť často taja takúto poruchu (napr. hanbia sa, ak išlo o znásilnenie, alebo majú niekedy iracionálne pocity zlyhania, viny) alebo sa vyhýbajú rozhovoru o nej, aby sa vyhli aktivácii negatívnych emócií a telesných pocitov. To môže výrazne sťažovať diagnostiku, zvlášť ak sa to kombinuje s vyhýbavým správaním psychiatra/klinického psychológa (napr. ak sa kvôli svojej psychodynamike bojí aj vlastných silných emócií), ale tiež pri nedostatočnom take a empatii zo strany lekára/psychológa.

K bližšiemu sledovaniu tohto problému nás viedli údaje niekedy veľmi diskrétno sa objavujúce v biografických anamnézach, v individuálnych rozhovoroch, často nevyslovené, skôr len vycítené volania o pomoc. V literatúre sme sa tiež stretli so správaniami o vysokej prevalencii psychotrauma u hospitalizovaných pacientov (7, 14).

V literatúre sa spomínajú viaceré súvislosti medzi psychotraumou a psychotickými symptómami. Už mnoho desaťročí je známy patoplastický vplyv psychotraumatizácie na psychotickú symptomatiku. Veľmi ilustratívny je tu prípad Schreber. Opakovane sa ale ukazuje aj to, že u pacientov so schizofréniou alebo inou psychotickou poruchou možno nájsť zvýšený výskyt traumy v detstve (17). Za dominantné pre rozvoj schizofrénie sa považujú biologické a genetické faktory. Nedávny výskum ukázal významný vplyv sexuálneho, fyzického a emocionálneho zneužívania a zanedbávania pre neskoršie objavenie sa schizofrénneho ochorenia (8). A naopak, prekonanie psychotickej epizódy môže byť príčinou budúcej symptomatiky PTSD (16). Rovnako platí aj ďalší vzájomný vzťah, že samotné psychotické symptómy, konkrétne halucinácie, sa môžu objavovať aj pri PTSD, zvlášť pri komplexnej psychotraume (15). Nakoľko sa hlasy u schizofrenikov zdajú byť nerozoznatelné od hlasov u pacientov s disociatívnymi poruchami alebo zdravými ľuďmi, halucinácie samotné nemôžeme považovať za špecifický psychotický symptóm (13). Bohaté skúsenosti s vojnovými veteránmi poukazujú na to, že po prežitej psychotraume v boji niektorí títo vojaci trpeli príznakmi typickými pre schizofréniu (poruchy vnímania a myslenia, autizmus, katatónne príznaky), mali však dobrú prognózu na dosiahnutie dobrého zdravotného stavu, aký mali pred prežitou traumou (9). Ukazuje sa, že psychotraumatizácia v detstve pravdepodobne ovplyvňuje aj manifestáciu, priebeh a symptomatiku aj bipolárnej afektívnej poruchy, vrátane suicidality a fungovania v intervaloch.

Výskumy podobného typu nás viedli k zameraniu sa na problém výskytu PTSD a psy-

chotraumatizujúcich udalostí u pacientov hospitalizovaných na našom oddelení.

Cieľ projektu

Cieľom nášho projektu bolo sledovanie výskytu PTSD u *všetkých* pacientov hospitalizovaných na všeobecnom psychiatrickom oddelení v *období 6 mesiacov* (jún – november 2004). Psychiatrické oddelenie s kapacitou 80 postelí má spádové územie s cca 180 tis. obyvateľmi, obvykle cca 6 % pacientov býva „mimorajónnych“ (z kapacitných dôvodov väčšinu žiadostí o mimorajónne hospitalizácie spravídla odmietame, preto udržujeme ich pomerne nízky podiel). V uvedenom roku bolo celkovo prepustených z hospitalizácie 1 141 pacientov a priemerná doba hospitalizácie bola 22,4 dňa.

Metodika

Základnou metodikou bolo štruktúrované klinické interview pre posttraumatickú stresovú poruchu podľa DSM – IV (19).

V sledovanom období jún – november 2004 bolo celkovo prijatých na naše oddelenie 577 pacientov. Z tohto počtu v *priebehu sledovaného obdobia* bolo hospitalizovaných 422 pacientov 1x, 58 pacientov 2x, 9 pacientov 3x a 3 pacienti 4x. Počet prvých hospitalizácií bol 129, opakovaných hospitalizácií bolo 367. Z celkového počtu bolo 323 mužov s priemerným vekom 43,83 roka, 254 žien s priemerným vekom 46,90 roka, celkový priemerný vek bol 45,18 roka.

Pacienti boli hospitalizovaní s 31 základnými psychiatrickými diagnózami, z toho: F10 – 189 (38,41 %), F33 – 70 (14,23 %), F20 – 53 (10,77 %), F25 – 32 (6,50 %), F06 – 28 (5,70 %), F31 – 25 (5,08 %), F43 – 18 (3,66 %), F32 – 15 (3,05 %), F71 – 8 (1,63 %). Ostatné diagnózy sa vyskytovali 5x a menej – 54 (10,97 %). U opakovane hospitalizovaných pacientov v sledovanom období bola diagnóza zarátaná iba jeden raz.

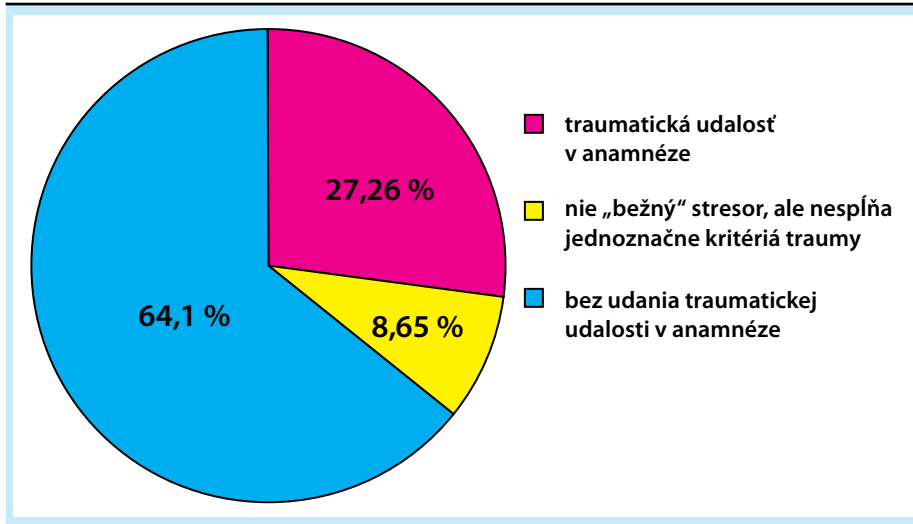
Z ďalších sledovaných ukazovateľov bolo 144 pacientov zamestnaných, 114 nezamestnaných, 146 bolo na invalidnom dôchodku, 13 čiastočnom invalidnom dôchodku, 75 starobnom dôchodku.

Z celkového počtu prijatých pacientov bolo 45 nevyšetrených na PTSD, hlavnými dôvodmi boli demencia, dezorientácia, inkoherencia, somatická nestabilita – preklad na iné oddelenie, odmietnutie vyšetrenia.

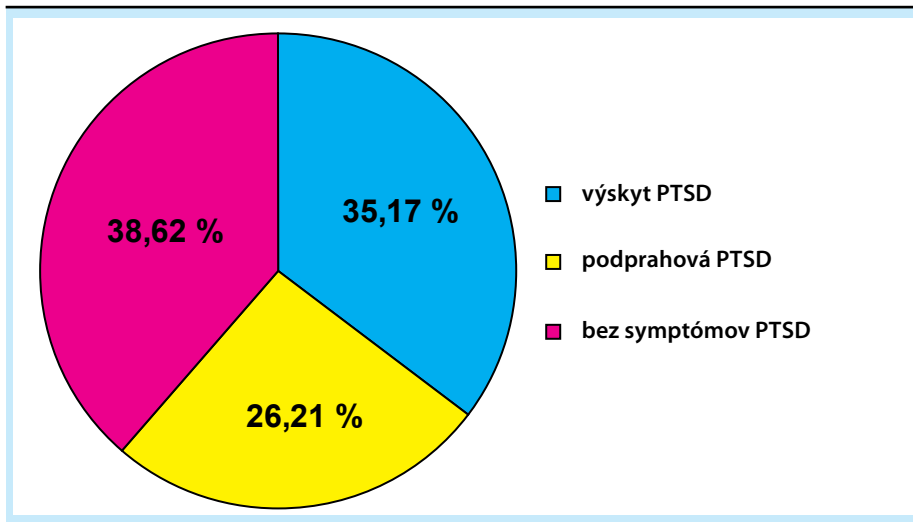
Teda počas sledovaného polročného obdobia z celkového počtu 577 prijatých pacientov bolo 532 (92,20 %) vyšetrených štruktúrovaným interview opierajúcim sa o dotazník SKID-I (PTSD).

Vyšetrenia robili dvaja psychológovia (J. S., D. G.). Jeden z psychológov – J. S. mal v čase administrovania dotazníka 2-mesačnú klinickú skúsenosť, druhý

Graf 1. Percentuálne zastúpenie výskytu traumatickej udalosti z celkového počtu vyšetrených pacientov (spolu 532 pacientov)



Graf 2. Psychotrauma (zistené u 145 pacientov, t. j. 27,26 % z celkového súboru) a výskyt PTSD alebo subsyndromálnej PTSD u nich



psychológ – D. G. nemal dovtedy klinicko-psychologickú skúsenosť, sťažoval na oddelení v rámci náhradnej vojenskej služby. Obaja psychológovia boli zacvičení do administrácie dotazníka a štruktúrovaného interview skúsenou klinickou psychologičkou – O. Š. Každý pacient bol pred štruktúrovaným interview informovaný o aký výskum ide, bol požiadaný o spoluprácu, bol informovaný, že s údajmi budeme nakladať diskretné ako s predmetom povinnej zdravotníckej mlčanlivosti. Po nadviazaní kontaktu s pacientom/pacientkou sme individuálne realizovali interview, buď v deň prijatia, alebo v čo najskoršom vhodnom termíne. Celková dĺžka vyšetrenia bola rôzna v závislosti od spolupráce, diagnózy, prítomnosti či neprítomnosti traumy, druhu a počtu tráum a pod. – priemerne 45 minút.

Výsledky

Z celkového počtu 532 vyšetrených pacientov sa u 51 (9,58 %) vyskytli niektoré typické symptómy PTSD, z toho u 13 (2,44 %) bola diagnostiko-

vaná plne vyjadrená, t. j. syndromálna PTSD, u 2 (0,38 %) pacientov pretrvávajú symptómy naďalej, u 8 (1,50 %) je parciálna remisia (v minulosti boli kritériá pre PTSD naplnené, teraz sa vyskytujú len niektoré zo symptómov alebo náznaky poruchy), u 3 (0,56 %) bol výskyt v skoršom predchorobí (osoba spĺňala kritériá pre PTSD, teraz sa porucha považuje za remitovanú).

K subsyndromálnej PTSD – u 38 pacientov (7,14 %) bol výskyt podprahových syndrómov, u 21 (3,95 %) pacientov boli už v minulosti splnené niektoré kritériá (ale pod diagnostickým prahom), časť z nich pretrváva dodnes, u 17 (3,20 %) bol výskyt v skoršom predchorobí, teraz úplná remisia.

Okrem výskytu PTSD a podprahových syndrómov (t. j. výskyt typických príznakov, ale pod požadovaným diagnostickým prahom pre PTSD) sme sa v našej analýze zamerali aj na samotný výskyt traumatických zážitkov (teda splnenie kritéria A podľa DSM-IV pre PTSD). Okrem vyššie spomínaných pacientov, u ktorých sme diagnos-

tikovali PTSD a podprahové syndrómy (spolu 89, čo je 16,73 % vyšetrených), sme výskyt traumatickej udalosti bez rozvinutia symptomatiky PTSD zaznamenali u ďalších 56 pacientov (10,53 %).

Traumatickú udalosť (podľa vymedzenia DSM-IV) teda zažilo spolu 145 vyšetrených pacientov (27,26 %). U ďalších 46 pacientov (8,65 %) sa vyskytla v anamnéze záťažová udalosť, ktorá nespĺňala jednoznačne kritériá traumatickej udalosti alebo chýbali ďalšie údaje, podľa ktorých by sa dalo určiť, že prežitá záťažová udalosť bola traumou. Tieto zistenia pre lepšiu názornosť uvádzame aj graficky (graf 1 a 2).

Na grafe č. 1 vidíme percentuálne zastúpenie výskytu traumatickej udalosti ako ju vymedzuje DSM-IV z celkového počtu 532 vyšetrených pacientov. Traumatickú udalosť v anamnéze uviedlo pri štruktúrovanom interview 27,26 % pacientov, 8,65 % pacientov uviedlo závažný stresor, ktorý ale nespĺňal kritériá vyžadované DSM-IV pri definovaní stresora pri PTSD. 64,1 % pacientov neuvádzalo extrémny stresor.

Graf č. 2 zachytáva 145 pacientov, t. j. 27,26 % z celkového súboru 532 vyšetrených pacientov, u ktorých sa zistila psychotrauma/psychotrauma. Graf ukazuje u koľkých z nich sa vyskytla PTSD (35,17 %) a podprahová PTSD (26,21 %). 38,61 % pacientov napriek tomu, že udávali zážitok spĺňajúci kritériá psychotraumatizujúcej udalosti, nevykazovali PTSD syndróm ba ani jednotlivé symptómy. Neskúmali sme u nich možné časové a zážitkové súvislosti s inými psychiatrickými poruchami.

Pri sledovaní výskytu PTSD v „komorbidite“ s jednotlivými diagnostickými kategóriami boli najviac zastúpení pacienti s diagnózou F 33 (periódická/rekurentná depresívna porucha).

Pri analýze traumatických situácií u pacientov so syndromálnymi a subsyndromálnymi PTSD – spolu 51 pacientov sme zistili, že u 17 (33,33 %) pacientov išlo o jednorazovú traumatizáciu (typ trauma I), u 34 (66,66 %) išlo o opakovanú traumu (typ trauma II). Traumu spôsobenú blízkymi ľuďmi udávalo 27 (52,94 %) pacientov, cudzími 17 (33,33 %) pacientov. Udalosti sa týkali zlého detstva, znásilnenia, fyzického a/alebo psychického týrania – väčšinou blízkymi ľuďmi (manžel, rodičia, priateľ), zlého partnerského vzťahu, alkoholizmu v rodine, prepadnutia. Iný druh traumy uviedlo 11 (21,56 %) pacientov, najčastejšie išlo o úmrtia blízkych (manžel, deti, rodičia), dopravné nehody, úraz vlastný alebo príbuzného, extrémne zlé spoluzitcie rodičov (napr. ako deti boli svedkami bitiek medzi rodičmi).

Diskusia

Otázka, ktorú sme si v tejto práci položili a ktorá nás motivovala k zbieraniu dát, bola úplne jednoduchá – chceli sme vedieť, aký je výskyt psychotraum

u dostatočne rozsiahlej vzorky po sebe prijímaných hospitalizovaných pacientov, pričom sme zvolili kontinuálne šesťmesačné obdobie. Zaujímalo nás tiež, koľkí naši pacienti z tejto vzorky spĺňali v minulosti alebo v súčasnosti kritériá diagnózy posttraumatickej stresovej poruchy, prípadne vykazovali jej symptómy pod diagnostickým prahom. Pri vymedzení psychotrauma sme sa pridržali explicitnej definície DSM-IV. Aj diagnostiku PTSD sme opierali o kritériá DSM-IV, pričom sme použili dotazník a štruktúrované interview („SKID-I“, 19).

Narazili sme na fenomén, ktorý poznáme z literatúry i z našej bežnej klinickej praxe, že nie každá psychotrauma mimoriadneho rozsahu, ako ich definujú ICD-10 a DSM-IV, vedie k PTSD. Je nám známe, že mnohí ľudia po psychotraume zostanú zdraví alebo sa spontánne uzdravia po určitom čase, dokonca aj bez terapie. Pozoruhodné sú podľa nášho názoru aj poznatky, že psychotrauma môžu viesť aj k inému symptómovému komplexu než PTSD, ktorý je v jasnej časovej i zážitkovej, psychodynamické súvislosti so spracovávaním psychotrauma. Môžu sa objaviť depresie, abúzus látok, somatoformné/somatizačné poruchy atď. Týmto súvislosťami sme sa v našom súbore a v tomto spracovaní zatiaľ nezaoberali. Do budúcnosti plánujeme dôkladnejšiu analýzu výskytu psychotraumatizácií vo vzťahu k rôznym psychiatrickým diagnostickým kategóriám, v porovnaní s kontrolnou skupinou napr. chirurgických pacientov, pričom predpokladáme, že bude potrebné použiť citlivejšie diagnostické nástroje, ktoré sa v psychotraumatológii vo svete osvedčili. Za zaujímavé pokladáme i prípadné sledovanie dlhodobopôsobiacich „mikrotraumatizácií“ (obvykle nespĺňajúce kritériá psychotrauma podľa súčasných klasifikácií), ktoré napr. M. Bleuler (2) považuje za potenciálne patogénnejšie než jednorazové traumy, a môžu zvyšovať vulnabilitu pre traumy alebo stresory vôbec v ďalšom živote.

V tejto našej práci sme tiež ponechali bokom otázku spracovávaní psychotrauma pri už existujúcej psychiatrickej morbidite u pacientov.

Vzhľadom na skutočnosť, že u našich hospitalizovaných pacientov sa problematika psychotrauma a ich spracovávaní vyskytuje, či už s diagnostikovateľnými klinickými dôsledkami, alebo vo forme ťažkostí pod diagnostickým prahom, prípadne len ako driemajúca horúca pamäťová stopa zvyšujúca vulnabilitu pacienta, považujeme za užitočné pamätať na optimálne utváranie medziľudského prostredia u hospitalizovaných. Máme tu na mysli priaznivú interpersonálnu komunikačnú atmosféru umožňujúcu rozvinúť pocit bezpečia a akceptovanosti, ktoré, ako ukazujú psychoterapeutické štúdie, optimalizujú možnosť uplatnenia autosanačných procesov alebo

cieleného spracovávaní psychotrauma. Myslíme si, že v profesionálnych tímoch v psychiatrických lôžkových zariadeniach je žiaduce, aby pôsobil aspoň jeden člen tímu dobre sa orientujúci v problematike psychotraumatológie a majúci primerané terapeutické kompetencie. Ide hlavne o relatívne špecifické psychoterapeutické kompetencie, keďže psychoterapia sa zatiaľ ukazuje ako najúčinnější forma terapie pri PTSD (6).

V našej praxi sme sa opakovane stretli tiež s pozoruhodnou formou spracovania psychotrauma bez vzniku psychiatrickej poruchy a s plnou integráciou nepriaznivej traumatizujúcej udalosti alebo udalostí do svojej biografie, niekedy i s rozvinutím mimoriadnej empatie voči druhým i voči sebe, niekedy v spojení s akcentovaným rozvinutím opatrovateľského správania a primeranej senzitivity voči trpiacim druhým.

Záver

U hospitalizovaných psychiatrických pacientov sme zisťovali výskyt zážitkov stresových udalostí výnimočne nebezpečného alebo katastrofického charakteru, ktoré by pravdepodobne spôsobili hlboké rozrušenie takmer u kohokoľvek. Pomocou štruktúrovaného interview SKID – I (19) sme v roku 2004 (jún – november) vyšetrovali všetkých prijímaných 577 pacientov, pričom u vyše 92 % bolo možné interview aj realizovať (532 pacientov).

Z celkového počtu 532 vyšetrených štruktúrovaným interview na PTSD sme zistili výskyt traumatickej udalosti/udalostí, ako ju vymedzuje DSM-IV, u 27,26 % pacientov, 8,65 % pacientov uviedlo závažný stresor, ktorý ale nespĺňal kritériá vyžadované DSM-IV pri definovaní stresora pri PTSD. 64,1 % pacientov neuvádzalo extrémny stresor.

Pri bližšom rozbere 145 pacientov, t. j. 27,26 % z celkového súboru 532 vyšetrených pacientov, u ktorých sa zistila psychotrauma/psychotrauma, sa dala identifikovať PTSD v 35,17 %. Podprahové PTSD, čiže výskyt niektorých typických symptómov, ale celkovo pod diagnostickým prahom pre plnú PTSD, sme našou metódou zistili u 26,21 % z týchto pacientov. 38,62 % pacientov napriek tomu, že udávali zážitok spĺňajúci kritériá psychotraumatizujúcej udalosti, nevykazovali PTSD syndróm, ba ani jednotlivé symptómy. Neskúmali sme u nich možné časové a zážitkové súvislosti s inými psychiatrickými poruchami.

Problematikou súvislosti medzi psychiatrickou morbiditou a rôznymi typmi traumatizácie v detstve a závažnými stresormi v ďalšom živote ako aj detekciu menej nápadných stresujúcich vzťahových vplyvov napr. pomocou typológie zapamätaného rodičovského správania sa chceme zaoberať v ďalších prácach.

Literatúra

1. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth edition. Text Revision. DSM-IV-TR. APA Arlington, 2000/2010: 943.
2. Bleuler E, Bleuler M. Učebnica psychiatrie. Trenčín: Vydavateľstvo F 1998. 356 s.
3. Brady KT, Clary CM. Affective and anxiety comorbidity in posttraumatic stress disorder treatment trials of sertraline. *Comprehensive Psychiatry* 2003; 44(5) (September/October): 360–369.
4. Cusack KJ, Grubaugh AL, Knapp RG, Frueh BC. Unrecognized trauma and PTSD among public mental health consumers with chronic and severe mental illness. *Community Mental Health Journal* 2006; 42(5): 487–500.
5. Flatten G, Gast U, Hofmann A, Liebermann P, Reddemann L, Siol T, Woller W, Petzold ER. Posttraumatische Belastungsstörung. Leitlinie und Quellentext. 2. Auflage. Stuttgart: Schattauer 2004. 186 s.
6. Frommberger U, Maercker A. Posttraumatische Belastungsstörung. In: Vorderholzer U, Hohagen F Hrsg. *Therapie psychischer Erkrankungen. State of the Art. 6. Auflage.* München: Urban, Fischer 2011: 209–218.
7. Hammer MB, Frueh BC, Ulmer HG, Huber MG, Twomey TJ, Tyson C, Arana GW. Psychotic features in chronic posttraumatic stress disorder and schizophrenia. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 2000; 188(4): 217–221.
8. Hammersley P, Read J, Woodall S, Dillon J. Childhood trauma and psychosis: The Genie is out of the bottle. In: Gold S, Elhai JD. (Eds.) *Trauma and serious mental illness. The Haworth maltreatment and Trauma Press, Binghamton, NY 2007: 7–20.*
9. Karon BP. Trauma and schizophrenia. In: Gold S, Elhai JD. (Eds.) *Trauma and serious mental illness. Binghamton: The Haworth maltreatment and Trauma Press 2007: 127–144.*
10. Kessler Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic stress disorder in the national comorbidity survey. *Arch Gen Psychiatry* 1995; 52: 1048–60.
11. Kosová J, Praško J. Neurotické poruchy. In: Hoschl C, Libiger J, Švestka J. *Psychiatrie. Praha: TIGIS 2004: 493–538.*
12. Marshall RD, Olfson M, Hellman F, Blanco C, Guardino M, Struening EL. Comorbidity, Impairment, and Suicidality in Subthreshold PTSD. *Am J Psychiatry* 2001; 158(9): 1467–1473.
13. Moskowitz A, Corstens D. Auditory hallucinations: Psychotic symptom or dissociative experience? In: Gold S, Elhai JD. (Eds.) *Trauma and serious mental illness. Binghamton: Haworth Press 2007: 35–63.*
14. Mueser KT, Salyers MP, Rosenberg SD, Goodman LA, Essock SM, Osher FC, Swartz MS, Butterfield M. I. & 5 Site Health and Risk Study Research Committee: Interpersonal trauma and posttraumatic stress disorder in patients with severe mental illness. *Demographic, Clinical, and Health Correlates, Schizophrenia Bulletin* 2004; 30(1): 45–57.
15. Nurcombe B, Scott JG, Jessop ME. Trauma-based dissociative hallucinations: Diagnosis and treatment. In: Moskowitz A, Schäfer I, Dorahy MJ. (Eds.) *Psychosis, trauma and dissociation. Chichester: John Wiley and Sons 2008: 271–280.*
16. Šar V, Öztürk E. Psychotic symptoms in complex dissociative disorders. In: Moskowitz A, Schäfer I, Dorahy MJ. (Eds.) *Psychosis, trauma and dissociation. Chichester: John Wiley and Sons 2008: 165–175.*
17. Schäfer I, Ross CA, Read J. Childhood trauma in psychotic and dissociative disorders. In: Moskowitz A, Schäfer I, Dorahy MJ. (Eds.) *Psychosis, trauma and dissociation. John Wiley and Sons, Chichester, West Sussex, UK 2008: 137–150.*
18. Smolík P. Duševní a behaviorální poruchy. Průvodce klasifikací. *Nástin nozologie. Diagnostika. Praha: MAXDORF 2002. 506 s.*
19. Wittchen HU, Wunderlich U, Gruschwitz S, Zaudig M. SKID-I Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV. Achse I: Psychische Störungen. Interviewheft. Göttingen: Hogrefe 1997. 222 s.

MUDr. Jozef Hašto, PhD.

Psychiatrická klinika FN
Legionárska 28, 911 71 Trenčín
jozef.hasto@fnfn.sk