

# 3. Dlouhodobé následky traumatu: ochranné a rizikové faktory

*Volker Köllner*

## 3.1 Dlouhodobé následky traumatizace

### Příklad 3.1

Paní T., věk 23 let, studentka práv, poslaná diabetoložkou na psychoterapii. Mnoho let trpí diabetem 1. typu. Až po dlouhodobém vyloučení somatických příčin se začíná u atraktivní a úspěšné mladé ženy uvažovat o psychických faktorech. V terapii je zjevné, že žena nechává záměrně stoupat hladinu cukru. Zprvu se zdá, že se jedná o poruchu příjmu potravy: Paní T. vynechává dávky inzulínu, protože přijímá vysoké dávky cukru a nechce přibírat na váze (tzv. Insulin-purging). Teprve po delší neúspěšné terapii začne paní T. hovořit o své traumatizaci z dětství (domácí násilí a zanedbávání). Je zjevné, že už jako dítě používala vysoké dávky cukru jako sedaci, když bylo napětí doma nesnesitelné. Inzulínové injekce vynechává zčásti vědomě se záměrem se poškodit. Po několika letech terapie se paní T. podaří svou traumatizaci zpracovat. Ke zvratu dochází během několikaměsíčního stacionárního pobytu. Během něj se po počátečním odporu dokáže otevřít i ve skupině. Zažije solidaritu a soucit ostatních pacientů, kteří ji zprvu vnímali jako odtažitou osobu. Zdroji zvládnání nároků tohoto dlouhodobého procesu jsou stabilní vztah se starší sestrou, která koriguje její pohled na svět, a jasná hodnotová orientace pacientky. Až ke konci terapie se podaří rozvinout dostatečnou akceptaci sebe sama, což vede k výraznější péči o sebe. Následně se daří regulovat hladiny cukru a ukončit abúzus nikotinu – ještě včas, než se rozvinou trvalé škody.

O duševních nemocech, které můžou vzniknout po traumatizaci, pojednáme důkladně v kapitolách 6 (str. 69), 8 (str. 105) a 9 (str. 111) této knihy. V zásadě jsou pro nás relevantní následující body:

- Traumatizace nemusí vést k psychickému onemocnění. Riziko, že se po traumatu rozvine PTSP, se pohybuje v jednotkách procent u jednorázového traumatu (např. dopravní nehody nebo přírodní katastrofy).

Pravděpodobnost rozvoje duševní poruchy ovšem stoupá u osob s více-násobnou traumatizací (např. znásilnění nebo sexuálního zneužívání) na 30–50 %.

- Indikací k terapii není trauma jako takové, ale případná symptomatika, která se po události rozvíjí.
- Z dlouhodobého hlediska ustupují intruzivní symptomy a zůstává vyhýbavé chování, sociální stažení, depresivita, závislosti a změny osobnosti.
- Riziko chronifikace symptomatiky se bez specifické terapie výrazně zvyšuje.

Mnohé studie prokázaly souvislost rané traumatizace v anamnéze, jakož i rozvinuté PTSP po traumatizaci v pozdějším věku s častějším výskytem tělesných nemocí až po zvýšenou mortalitu. Například u vietnamských veteránů s PTSP jsou výrazně zvýšené prevalence a mortalita ve vztahu k nemocem oběhové soustavy. Pacienti po transplantaci srdce nebo implantaci ICD (Automatic Implantable Cardioverter-Defibrillator) mají výrazně zvýšenou mortalitu, pokud mají také PTSP. Za příčinu považujeme jak neustálou aktivaci obranných mechanismů těla, tak méně příznivý životní styl; více k tomuto tématu viz kapitola 20 (str. 244).

Rozsáhlé výzkumy máme k následkům sexuálního a tělesného zneužívání nebo závažného zanedbávání v dětství a dospívání (přehled viz [38]). Zvláštní význam má v této souvislosti studie ACE (Adverse Childhood Experiences Study) Felittiho a jeho kolegů [39]. V této studii se retrospektivně zkoumala data 17 000 pojištěnců z hlediska vlivu zátěže v dětství, jako jsou sexuální a tělesné zneužívání, domácí násilí, ztráta nebo uvěznění rodiče, na zdravotní stav v dospělém věku. Kumulativní vliv 4 nebo více těchto faktorů byl spojen s více než dvojnásobným rizikem rozvoje následujících onemocnění v dospělosti:

- Diabetes 2. typu
- Ischemické nemoci srdeční a infarkt
- Chronická obstrukční plicní nemoc (CHOPN, COPD)
- Rakovina průdušek a plic
- Hepatitida B

Faktory, které působí společně se zvýšenou aktivací obranných mechanismů těla, jsou také snížená schopnost pečovat sama o sebe až po auto-agresi. Autoagrese se projevuje také špatným životním stylem. Ve druhé, prospektivní části zmíněné studie se u skupiny respondentů se zátěží objevilo zvýšené (2,4krát vyšší) riziko úmrtí před 65. rokem věku.

Traumatizace a PTSP mohou být také výrazným faktorem chronifikace bolesti [37]. U 45,3 % pacientů s fibromyalgií byla přítomná PTSP v porovnání s 3 % přítomné PTSP v kontrolní skupině bez nemoci. Za patofyziolo-

gické pojitko považujeme vysoké napětí v rámci intruzí, jakož i obecnou nadměrnou aktivaci (hyperarousal) a také zanedbanou terapii vyhýbavého chování. Kromě toho může být bolest také symptomem v rámci intruzivního opakovaného prožívání traumatické situace. V takovém případě dochází nezdědka k abúzu analgetik ve snaze o samoléčbu. V současné době je dobře empiricky podložená stresem indukovaná hyperalgezie [38], která se zvýšeně rozvíjí ve formě chronických bolestí v dospělosti po traumatizaci v dětství nebo dospívání.

### **Zapamatuj si!**

Pacienti, kteří pokračují v sebepoškozujícím chování (například dále kouří při CHOPN), vyvolávají v pomáhajících často bezmoc nebo také vztek. U těchto pacientů jsou časté těžké traumatizace v anamnéze, které sebepoškozující chování vysvětlují. Lepší pochopení pacientova životního příběhu může v těchto případech lékaři pomoci překonat také případný odpor k další pomoci pacientovi a hledat další možnosti terapie. Viz také příklad 3.1 (str. 34).

## **3.2 Rizikové faktory**

Následující faktory zvyšují riziko rozvoje PTSP:

- dřívější traumatizace v dětství
- snížená inteligence nebo vzdělání
- ženské pohlaví
- mladší věk v okamžiku traumatizace

Tyto faktory mají ovšem nižší prediktivní sílu při dlouhodobém působení traumatogenních faktorů (např. trauma I. typu versus trauma II. typu; viz tabulka 1.1) a také nižší sílu než faktory, které po traumatu poruchu udržují. Osobnostní charakteristiky člověka před traumatem hrají ve zpracování traumatu podle současných poznatků jen malou roli.

K faktorům, které symptomatiku udržují, patří podle Michaela a spolupracovníků následující [42]:

- vyhýbavý styl (např. nechce o události mluvit, potlačuje myšlenky nebo city)
- nevhodné kognitivní zpracování (např. generalizovaná nedůvěra nebo pocity viny)
- tíživé úvahy (např. dlouhé zabývání se otázkami „co by, kdyby“)

Zmíněné kognitivní faktory jsou důležitým východiskem terapie traumatu. Nepříznivé zotavování z traumatu je spojené také s opakovanou traumatizací. Jednak po předchozí traumatizaci vystačí pro spuštění PTSD trauma menší závažnosti, na druhou stranu se komplikuje terapie.

### **Příklad 3.2**

Paní F. pracovala blízko hranic v bance, která je častým cílem lupičů. Při prvním přepadení banky ji pachatel ohrožoval zbraní. Měla krátkodobou akutní stresovou reakci, která ale bez terapie plně odezněla. O dva roky později ji vzali při dalším přepadení jako rukojmí, což vedlo k rozvoji PTSP. Po úspěšné terapii zahrnující konfrontaci s traumatem a konstruktivní přerámování, jakož i stacionární rehabilitační pobyt, byla po 9 měsících schopná jít do práce. Po třech letech došlo ke třetímu přepadení. V okamžiku přepadení byla v zadní kanceláři, a nebyla tak přímo ohrožená. Navzdory tomu se opět plně rozvinula PTSP. Paní F. se od té doby straní všech kontaktů a je podezřívavá. Zdá se, že ztratila důvěru v lidi. Po dvou letech terapie dosáhla paní F. určité životní kvality, ale už není schopná pracovat. V rámci posouzení jejího zdravotního stavu bylo problematické, že třetí přepadení naplnilo kritéria traumatu jen podmíněně.

## **3.3 Ochranné faktory**

Zdravé faktory nebo zdroje zvládnání pomáhají při uzdravování zasažených po přechodné symptomaticky akutní fázi [42]. Podstatnou roli přitom hrají u zasažených a v jejich prostředí dva korespondující faktory:

- Protektivně působí formy zvládnání, které provázejí osobní otevřenost a odhalení traumatických vzpomínek (disclosure).
- Zároveň dochází k pozitivnímu ohodnocení oběti, resp. přeživších, jejich bezprostředním okolím a širší společností.

Chybějící pozitivní ohodnocení může vést k retraumatizaci a chronifikaci symptomů. Historickým příkladem terapeutického efektu otevření (disclosure) je stále čtivá kniha Viktora Frankla „A přesto říct životu ano“ [41], ve které zpracoval svou zkušenost z koncentračního tábora. Dobrým příkladem využití internetu pro otevřené sdílení traumatu a vyjádření pozitivního hodnocení byly speciální webové stránky zřízené po teroristickém útoku v USA 11. 9. 2001.

### **Zapamatuj si!**

Mnohé studie prokázaly protektivní význam rozhovoru o traumatické zkušenosti s následujícím pozitivním sociálním oceněním oběti nebo přeživších. Schopnost hovořit o traumatu je také možným výchozím bodem terapie. To by mělo ovlivnit i chování lékaře. Snižování významu traumatického zážitku nebo jeho relativizace – i když se jedná o dobře míněný pokus předejít poráženeckému postoji – je kontraproduktivní a měli bychom se mu vyhnout.

Při zkoumání protektivních faktorů po traumatizaci jsou významné dva koncepty: resilience a posttraumatický růst [40].

### **3.3.1 Resilience**

Resilience popisuje podle Fookenové tři potenciální fenomény, které nalézáme v dynamických systémech proti masivním potížím a poruchám [40]:

- Vysoce rizikové skupiny si vedou oproti očekávání dobře
- Schopnost vyvinout odolnost nebo zachovat funkčnost
- Zotavit se po traumatické zkušenosti a obnovit normální funkčnost

Resilience nepředstavuje stabilní charakteristiku osobnosti, ale je to spíše dynamická záležitost, závislá na kontextu. Jedním z konceptů, které vykládají resilienci, je koncept salutogeneze podle A. Antonovského.

### **3.3.2 Posttraumatický růst**

Mnohé osoby popisují po traumatu změnu, která zahájila osobní proces zrání. Trauma je pak nahlíženo jako pozitivní součást jejich biografie. Dimenzemi tohoto procesu růstu nebo zrání můžou být [43]:

- Vztahy k druhým (např. hlubší sepětí)
- Vnímání hodnoty života (např. změna životních priorit)
- Nové možnosti (např. výraznější vůle ke změně)
- Osobní silné stránky (např. vývoj vlastních způsobů zvládnání)
- Religiózní nebo spirituální změna (např. silnější víra)

Zöllnerová a Maercker poukazují na dvojakou podstatu posttraumatického růstu: Za odpovídajícími výpověďmi může být pravý, trvalý proces zrání, ale také křehký způsob sdělování přání a umenšování skutečného osobního dopadu situace.

## 3.4 Závěr

Těžká traumatizace v raném dětství může stejně jako PTSP vést k trvalému poškození zdraví a být asociována s předčasnou smrtí. Za sebepoškozujícím chováním nebo nejasnou chronickou bolestí může být dosud nepoznaná traumatická porucha. Jako ochranné a prognosticky vhodné faktory se osvědčila schopnost mluvit o prožitém (disclosure), a následující uznání a ohodnocení druhými. Toto by mělo být základem zacházení lékaře s jedincem zasaženým traumatem.

## Doporučená literatura

- [35] Egle UT. Gesundheitliche Langzeitfolgen psychisch traumatisierender und emotional depravierender Entwicklungsbedingungen in Kindheit und Jugend. In: Egle UT, Joraschky P, Lampe A, Seiffge-Krenke I, Cierpka M, Hrsg. Sexueller Mißbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. 4. Aufl. Stuttgart: Schattauer; 2016: 24–39
- [36] Frankl VE. ... trotzdem Ja zum Leben sagen: Ein Psychologe erlebt das Konzentrationslager. 8. Aufl. München: Kösel; 2009

## Citovaná literatura

- [37] Bischoff N, Morina N, Egloff N. Chronischer Schmerz bei Traumatisierung. *Psychother Dial* 2016; 16 (4): 69–72
- [38] Egle UT. Stressinduzierte Hyperalgesie (SIH) als Folge von emotionaler Deprivation und psychischer Traumatisierung in der Kindheit. In: Egle UT, Joraschky P, Lampe A, Seiffge-Krenke I, Cierpka M, Hrsg. Sexueller Mißbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. 4. Aufl. Stuttgart: Schattauer; 2016:411–425
- [39] Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences. (ACE) Study. *Am J Prev Med* 1998; 14: 245–258
- [40] Fooker I. Resilienz und Posttraumatische Reifung. In: Maercker A, Hrsg. Posttraumatische Belastungsstörungen. 4. Aufl. Heidelberg: Springer; 2013: 71–93
- [41] Frankl VE. ... trotzdem Ja zum Leben sagen: Ein Psychologe erlebt das Konzentrationslager. 8. Aufl. München: Kösel; 2009
- [42] Michael T, Sopp R, Maercker A. Posttraumatische Belastungsstörungen. In: Margraf J, Schneider S, Hrsg. Lehrbuch der Verhaltenstherapie. 4. Aufl. Heidelberg: Springer; 2017 [in press]
- [43] Zöllner T, Maercker A. Posttraumatic growth in clinical psychology—a critical review and introduction of a two component model. *Clin Psychol Rev* 2006; 26: 626–653