

sú typické pre PTSP) môže vykazovať stupeň postihnutia v bežnom živote, ktorý významne naruša fungovanie v rôznych oblastiach života. Napr. v štúdiu so 185 obeťami autonehôd resp. požiariu 22,7% spĺňalo kritériá PTSP, ale okrem toho ďalších 16,7% s parciálnym syndrómom spĺňalo kritérium F (DSM-IV) o klinicky významnom narušení fungovania⁸.

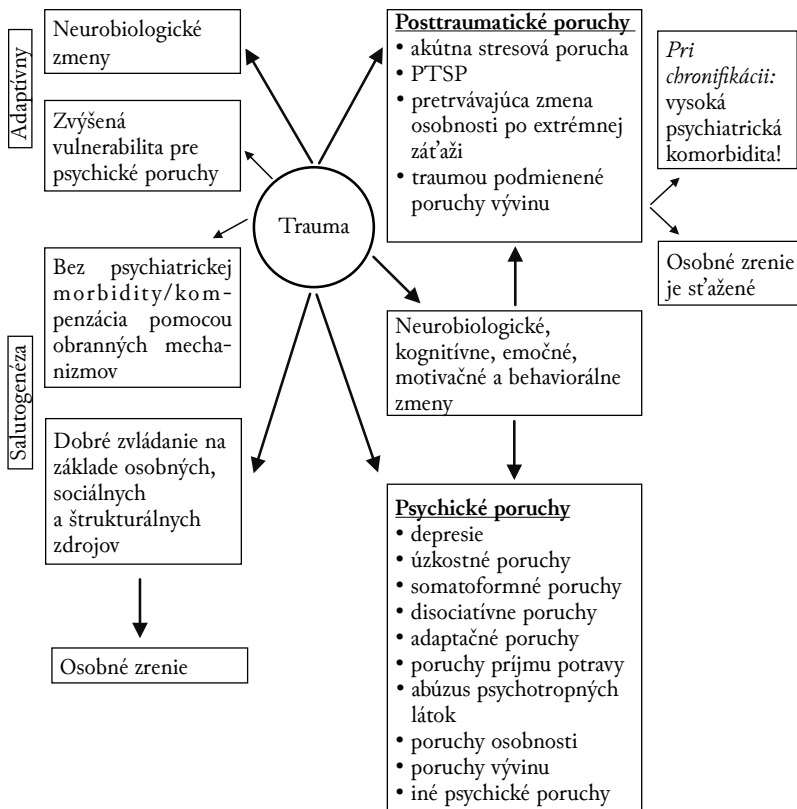
Rôzne možné formy vysporiadavania sa s psychotraumou znázorňuje schéma Tagaya et al. (obrázok č. 1).

Obr. č.1

Možné vývinové línie po určitej traume. Copyright Tagaya et al.⁸²

Adaptívny vývoj /salutogenéza

Psychopatologické línie vývoja



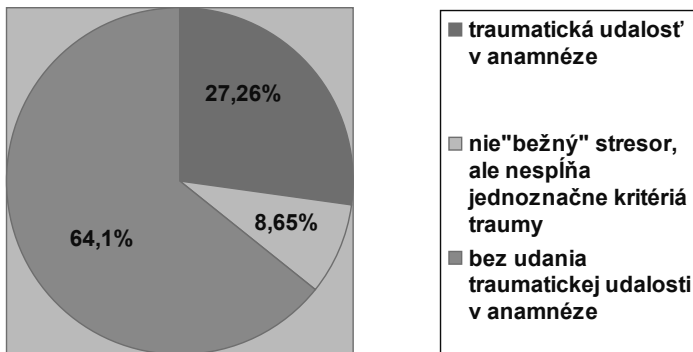
V Nemecku, prípadne v Európe, sa životná prevalencia do 65 rokov pohybuje medzi 1-3%. Nemecké obyvateľstvo nad 65 rokov má celoživotnú prevalenciu 3 x vyššiu – zažili 2. svetovú vojnu⁹.

Psychotraumatizácia „detských vojakov“, teda cca 8 ročných chlapcov, ktorých rebeli uniesli a vycvičili na zabíjanie (čo sa deje v niektorých afrických krajinách, ale aj v Ázii a v Južnej Amerike) nevedie až tak často k PTSP – len cca v 20% a čím dlhšie sa zúčastňujú zabíjania, tým je to percento nižšie. Na porovnanie: u utečencov zo Sudánu sa zistila PTSP až v 80%! Zdá sa, že u „detských vojakov“ sa zo zabíjania stala vzrušujúca aktivita, podľa Elberta (2009) akoby prepli na lovecký modus, potrebovali vidieť krv, krik umierajúceho, odrezávali im uši, nos, končatiny. Niektorí si obľúbili kanibalizmus¹⁰⁸.

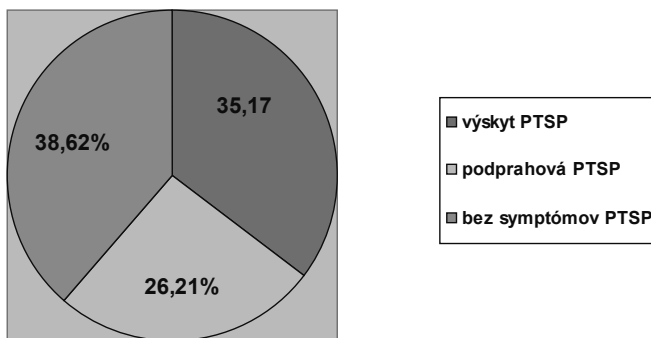
Na jednej psychiatricko-psychoterapeutickej klinike v BRD vyhodnocovali ošetrojúci terapeuti (psychiatri, lekári s psychosomatickou kvalifikáciou a klinickí psychológovia) traumatizáciu ako príčinu psychickej poruchy u 31,5% svojich pacientov. Platilo to pre všetkých pacientov so symptomatickou PTSP, pre 12% afektívnych porúch, 26% úzkostných porúch a 19% porúch osobnosti. Títo pacienti v dotazníku cielennom na psychotraumatické udalosti uvádzali 6 a viac udalostí¹⁰.

Na lôžkovom psychiatrickom oddelení v Trenčíne sme sa v roku 2004 v období 6 mesiacov snažili vyšetriť každého pacienta prijatého na hospitalizáciu pomocou štruktúrovaného klinického interview DSM-IV na psychotraumu a PTSP⁹. Z celkového počtu 577 prijatých pacientov sa nám podarilo vyšetriť 532, medzi nevyšetrenými boli prevažne dementní pacienti. Traumatickú udalosť v anamnéze sme zistili u 27%, závažný stresor ale nespĺňajúci úplne kritériá DSM-IV u 8,6%, 64 % neuviedlo extrémny stresor v anamnéze (graf 1). Posttraumatická stresová porucha sa zistila u 35% z tých, ktorí uviedli expozíciu psychotraume. Podprahová posttraumatická stresová porucha sa dala identifikovať u 26%. V 38,6% prípadov sme sa stretli s tým, že títo ľudia napriek tomu, že boli exponovaní psychotraume, nevykazovali v priebehu života žiadne symptómy PTSP (graf 2). V tejto našej práci sme neskúmali možné časové a obsahové súvislosti medzi psychotraumou a výskytom iných psychiatrických syndrémov, než je posttraumatická stresová porucha. Najvyššiu komorbiditu PTSP sme zistili s depresívnymi poruchami⁸⁴.

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



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



Z hľadiska priebehu sa symptomatika PTSP po psychotraume v dospelosti vyskytuje v 1. týždni až v 94%, po 3 mesiacoch v 47%, po rokoch v 10-25% (súhrnné údaje podľa Fromberger a Maercker 2011)⁸. Z toho vyplýva značný podiel výskytu spontánnej sebaúdravy, avšak tiež pomerne vysoké riziko chronifikácie neliečených PTSP, v niektorých vzorkách až u štvrtiny psychotraumatizovaných jedincov.

Rizikové a protektívne faktory

Zdá sa, že veľmi významnú úlohu pri vzniku PTSP zohráva *subjektívne prežívaný pocit straty kontroly* nad udalosťou, anticipácia zlých dôsledkov pre