

Když po dopravní nehodě „nejste ve své kůži“: akutní stresová reakce, první psychologická pomoc a kdy myslet na PTSD

PhDr. Ivana Šopíková & PhDr. Petr Cagaš

Po dopravní nehodě se mnoho lidí cítí „jinak než obvykle“ – objevují se vtíravé vzpomínky, úzkost, poruchy spánku nebo strach z řízení. Tyto reakce bývají často přirozenou odpovědí psychiky na mimořádnou zátěž. Článek vysvětluje, jak rozpoznat akutní stresovou reakci, kdy může jít o rozvoj posttraumatické stresové poruchy (PTSD) a jaká forma psychologické pomoci může být v jednotlivých fázích nejúčinnější.

Dopravní nehoda je událost s potenciálně traumatizujícím dopadem. Psychickou zátěž neprožívají pouze přímí účastníci, ale také svědci, osoby poskytující první pomoc nebo blízcí. I nehoda, která je z medicínského hlediska „pouze“ materiální, může narušit základní pocit bezpečí a vyvolat šok, bezmoc, úzkost a ztrátu kontroly. Následně se mohou přidat pocity viny, studu či výrazná podrážděnost. V prvních hodinách a dnech se často objevují poruchy spánku, noční děsy, vtíravé vzpomínky a krátké „záblesky“ situace, emoční otupělost, zvýšená ostražitost, lekavost, výpadky paměti i tělesné projevy stresu (bušení srdce, tlak na hrudi, nevolnost, bolesti hlavy, třes, pocení). Tyto projevy mohou působit dramaticky, nicméně v časném období často představují přirozenou stresovou odpověď organismu na mimořádnou událost.



Obrázek 1 (ilustrační) – Akutní stresová reakce je po dopravní nehodě běžná.

Akutní stresová reakce: co to je a proč je „normální“

Bezprostřední psychická odpověď na nehodu se v klinické praxi nejčastěji označuje jako akutní stresová reakce. Jde o přechodný stav, kdy se nervový systém po ohrožení přepne do režimu přežití. V této fázi není cílem „fungovat jako obvykle“, ale zvládnout situaci a přežít. Proto může být psychika i tělo krátkodobě „vykolejené“ – nejde o slabost, ale o biologicky podmíněnou reakci.

Mechanismus: ustrnutí, zmatek, agitovanost – co se děje v prvních minutách a hodinách

Akutní stresová reakce může mít cyklický průběh. Často se v první fázi objevuje ustrnutí se zúžením vědomí: člověk hůře zpracovává informace, může být dezorientovaný, „odpojený“, jako by nebyl plně přítomen. Následně se stav může vyvíjet dvěma směry: buď do pasivního stažení (strnutí, výrazné zpomalení, pocit neschopnosti jednat), nebo naopak do agitovanosti (neklid, zrychlené jednání, někdy chaotické či neúčelné, případně úteková tendence). Obě polohy jsou projevem téhož procesu – organismus mobilizuje zdroje pro přežití.

Příznaky: tělo, emoce a myšlení po šoku

Typické projevy se skládají z tělesných, emočních a kognitivních symptomů. Tělesně se často objevuje zrychlený tep, pocení, třes, zčervenání, stažení v břiše, nevolnost, někdy i hyperventilační obtíže. Emočně může dominovat úzkost, bezmoc, beznaděj, depresivní ladění, zlost a podrážděnost; část lidí naopak popisuje dočasnou emoční necitlivost. V oblasti myšlení jsou časté poruchy pozornosti, vtíravé obrazy a „záblesky“ události, zhoršení krátkodobé paměti a někdy i částečná či úplná amnézie na období kolem nehody. Tyto symptomy mohou být samy o sobě subjektivně děsivé – a právě proto je důležitá normalizace: v prvních dnech mohou být běžnou, očekávatelnou reakcí na mimořádnou zátěž.

Časový průběh: kdy se pravděpodobně zlepšíte sami a kdy zbystřit

U mnoha lidí akutní stresová reakce spontánně odezní během hodin až několika dnů, někdy s kolísavým průběhem (jeden den lepší, další den horší). Současně platí, že část příznaků se může objevit i opožděně, typicky v řádu týdnů, a u části osob se po krátkém zlepšení mohou obtíže znovu výrazně rozjet. Praktickým orientačním bodem je, že pokud výrazné potíže přetrvávají přibližně déle než 4–6 týdnů, případně se znovu významně zhorší a omezují běžné fungování (spánek, práce, vztahy, řízení), je vhodné vyhledat odborníka.

První psychologická pomoc: stabilizace bez přetížení a bez retraumatizace

Bezprostředně po nehodě má smysl uvažovat o první psychologické pomoci. Nejde o dlouhodobou terapii, ale o stabilizační postup, jehož cílem je posílit bezpečí, orientaci v situaci, sebeúčinnost (*self-efficacy*) a v případě potřeby zprostředkovat návaznou péči. Zásadní je neinvazivní, nehodnotící a „neškodící“ přístup: nebagatelizovat, nesoudit, neslibovat, co nelze garantovat, a především netlačit člověka do detailního popisu události nebo do emoční ventilace v situaci, kdy na to není připraven. V akutní fázi má prioritu stabilizace.

Co konkrétně pomáhá: bezpečí, orientace, normalizace, regulace dechu a sociální opora

V praxi se první psychologická pomoc opírá o několik jednoduchých kroků: zajistit fyzické bezpečí a základní potřeby (teplo, tekutiny, možnost si sednout), poskytnout stručnou orientaci v tom, co bude následovat, a normalizovat stresovou reakci („tělo takto reaguje po šoku“). Klinicky bývá účinná dechová regulace s prodlouženým výdechem, která snižuje míru autonomní aktivity, a jednoduché uzemňovací techniky zaměřené na návrat pozornosti do přítomnosti, zejména při odpojení, zmatku nebo disociativním prožívání. Významným protektivním faktorem je sociální opora: nebýt izolován, být v kontaktu s blízkým člověkem a mít podporu v praktických krocích.

PTSD: kdy už nejde jen o akutní stres, ale o dlouhodobější posttraumatické potíže

Pokud se obtíže udržují a klinický obraz naplňuje typické okruhy symptomů, je vhodné uvažovat o posttraumatické stresové poruše (PTSD). PTSD může vzniknout po přímé účasti na nehodě i po svědectví události. Podstatou není nějaká mentální „slabost“, ale přetrvávající aktivace stresového systému a způsob, jakým se traumatická zkušenost ukládá do paměti – tak, že se poplach opakovaně spouští při podnětech, které nehodu připomínají.

Jak PTSD vypadá v praxi: znovuprožívání, vyhýbání, změny prožívání a trvalé napětí

PTSD se typicky projevuje znovuprožíváním (vtíravé vzpomínky, flashbacky, děsivé sny), vyhýbáním (situacím, místům i jízdě; velmi časté je například vyhýbání se řízení automobilu nebo jízdě jako spolujezdec, ale také myšlenkám a rozhovorům), negativními změnami v prožívání a kognici (emoční otupělost, vina, stud, depresivní symptomatika, ztráta zájmu) a zvýšenou dráždivostí a ostražitostí (poruchy spánku, lekavost, podrážděnost, hypervigilance, někdy panické ataky). Často se přidává i tělesný doprovod dlouhodobé stresové aktivity.

Kdy vyhledat odbornou pomoc: praktické indikace

Odborné vyšetření je na místě zejména tehdy, pokud se drží vtíravé vzpomínky a vyhýbání, dlouhodobá nespavost, výrazná úzkost a tělesná hyperreaktivita, nebo pokud dochází ke zhoršení fungování v práci či ve vztazích. Orientačně platí, že pokud výrazné potíže trvají déle než 4–6 týdnů nebo se po krátkém zlepšení znovu zhorší, je vhodné situaci řešit. Suicidální myšlenky, výrazné stavy odpojení od reality nebo panické stavy při řízení s bezpečnostním rizikem jsou důvodem k urgentnímu odbornému kontaktu.

Léčba PTSD: co je považováno za účinné a proč má smysl jednat včas

PTSD má ověřené léčebné postupy. V praxi se využívají zejména psychoterapeutické metody zaměřené na trauma (např. kognitivně-behaviorální přístupy zaměřené na trauma a EMDR), které obvykle postupují ve fázích: stabilizace (spánek, regulace aktivity, zvládání úzkosti), zpracování traumatické paměti a postupný, bezpečně vedený návrat do situací, kterým se člověk vyhýbá. U části pacientů je indikována farmakoterapie, zejména při výrazné úzkosti, depresivní symptomatice nebo závažné nespavosti – vždy v kompetenci lékaře. Včasná intervence snižuje riziko, že se potíže zafixují a budou přetrvávat dlouhodobě.

Závěr: normalizace, stabilizace a prevence „zaseknutí“ stresové reakce

Po dopravní nehodě je běžné, že se člověk cítí „jinak“ – v napětí, s tělesnými projevy stresu a narušeným spánkem. V mnoha případech jde o akutní stresovou reakci, která postupně odezní. Má smysl poskytnout si první psychologickou pomoc: stabilizovat tělo, nepřetěžovat se detailním rozebíráním, opřít se o sociální podporu a pracovat s regulací stresové aktivity. Pokud se však obtíže drží, zhoršují nebo výrazně omezují každodenní život, odborná intervence je na místě – jako prevence rozvoje či chronifikace posttraumatických potíží. Obtíže spojené s návratem k řízení patří mezi nejčastější důvody, proč lidé po dopravní nehodě vyhledávají odbornou pomoc.

Psychické následky nehody a soud: odborné klinicko-psychologické posouzení

Pokud se vaše situace řeší v právním řízení a chystáte se k soudu, může být zásadní mít k dispozici odborný podklad, který srozumitelně a odborně popíše psychické následky dopravní nehody, jejich intenzitu i dopad na každodenní fungování. Nabízíme individuální a diskrétní klinicko-psychologické posouzení, jehož součástí je klinický rozhovor zaměřený na průběh nehody a vaši psychickou reakci, doplněný o diagnostiku osobnosti a standardizované metody ke zhodnocení míry psychické zátěže včetně posttraumatické symptomatiky; výsledkem je podrobná klinicko-psychologická zpráva, kterou lze uplatnit jako odborný podklad pro soud, pojišťovnu nebo právního zástupce.