

Slovensko-Česká konferencia s medzinárodnou účasťou
Psychotraumatológia – Attachment – Psychoterapia, Trenčín 2012

Trauma a posttraumatická stresová porucha, bio-psycho-sociálny prístup

Časť I: Teória

Jozef Hašto*, Hana Vojtová**

Súhrn

Začlenenie diagnostickej kategórie posttraumatickej stresovej poruchy (PTSP) do Amerického a Medzinárodného diagnostického systému a definícia „mimoriadneho stresora“ zrejme prispeli k súčasnému rozvoju výskumu v oblasti psychotraumatológie. Bio-psycho-sociálny model sa javí byť najadekvátnejším prístupom s ohľadom na mnohoúrovňovosť tejto problematiky. Autori poskytujú prehľad súčasných výskumných nálezov. Viaceré vedecké štúdie sa zamerali na hľadanie efektívnych liečebných metód pre poruchy súvisiace s traumou. Efektivitu vykazuje farmakologický a psychotherapeutický prístup. V súčasnosti autori považujú psychoterapiu za významnejší terapeutický prístup k traumatogénnym poruchám.

Kľúčové slová: posttraumatická stresová porucha, bio-psycho-sociálny model, terapia, psychoterapia.

Summary

Inclusion of the diagnostic category Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) into both the American and the international diagnostic systems, and defining the “exceptional stressor,” have probably contributed to the recent boom in psychotraumatology research. The bio-psycho-social model seems to be the most adequate account with regard to the multiple layers of the problematic. The authors provide an overview of recent research findings. Numerous scientific studies have focused on finding effective treatment methods for trauma-related disorders. Both pharmacological and psychotherapeutic approaches have been found effective. Nowadays the authors consider psychotherapy to be more essential in the treatment approach for traumatogenic disorders.

Keywords: Posttraumatic stress disorder, Bio-psycho-social model, Therapy, Psychotherapy.

Úvod

Psychická trauma alebo viacnásobné traumy môžu byť jednou z rozhodujúcich príčin viacerých psychických porúch. Najcharakteristickejší klinický obraz po psychickej traume je v súčasnom medzinárodnom a tiež americkom diagnostickom systéme opísaný ako diagnostická kategória *posttraumatická stresová porucha (PTSP)*. Výskyt psychických tráum pri PTSP je podľa epidemiologických štúdií závažným zdravotným a sociálnym problémom.

Najprv sa v stručnom prehľade zameriame na problematiku kliniky PTSP a neskôr na kazuistiku a diskusiu k nej.

*Psychiatrická ambulancia, Trenčín, Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, Bratislava a Inštitút sociálneho zdravia, Univerzita Palackého v Olomouci, Česká republika

**Denný psychiatrický stacionár, Trenčín

Adresa pre korešpondenciu: Doc. MUDr. Jozef Hašto, PhD.,
Psychiatrická ambulancia, Palackého 21, 911 01 Trenčín
E-mail: j.hasto.tn@gmail.com

V rámci biopsychosociálneho prístupu sa pokúsime špeciálne fokusovať sociálny aspekt prípadu.

EMDR - Eye Movement Desensitization and Reprocessing - teda desenzitizácia a spracovávanie pomocou očných pohybov, si získava čoraz pevnejšie miesto v terapii posttraumatických stresových porúch (PTSP). Označenie metódy zostáva pri historickom názve, i keď sa zistilo, že bilaterálna stimulácia pri spracovávaní psychotraumy sa nemusí robiť len formou sledovacích očných pohybov, ale rovnako účinné, a pre niekoho individuálne prijateľnejšie, sú bilaterálne hmatové alebo sluchové podnety.

EMDR, ako aj iné expozičné psychotherapeutické metódy, sa považujú za kontraindikované, prípadne relatívne kontraindikované alebo komplikujúce terapiu pri pretrvávajúcom ohrození pacienta ďalšími reálnymi traumami.

Autogénny tréning (AT) sa pri liečbe PTSP spomína len zriedka. Zväčša ako kontraindikácia pri florídnej symptomatike.

Na konkrétnej kazuistike chceme ilustrovať zmysluplné a účinné použitie týchto dvoch metód v liečbe pacientky s PTSP po traume typu II (opakovaná psychotraumatizácia). EMDR sme použili na redukciu symptomatiky PTSP a AT na zvýšenie odolnosti voči pretrvávajúcim stresorom.

Keďže prípad úzko súvisel a súvisí so spoločensko-politickými procesmi, nútilo nás to naliehavejšie uvažovať o sociálnej úrovni v rámci biopsychosociálneho modelu zdravia a choroby v psychiatrii.

Diagnóza

Diagnóza posttraumatickej stresovej poruchy v ICD-10 a DSM-IV. Diagnostické vymedzenie PTSP v ICD-10 a DSM-IV je veľmi podobné (Smolík,2002). V ICD-10 (Svetová zdravotnícka organizace - WHO,1996) je PSTP pod kódom F43.1 a vyžaduje splnenie 5 kritérií A-E:

A) Pacient bol vystavený stresujúcej *udalosti* alebo situácii (trvajúcej krátko alebo dlho) neobvykle hrozivého alebo katastrofického rázu, ktorá by pravdepodobne vyvolala prenikavú tieseň takmer u každého.

B) *Znovuprežívanie* udalosti (záblesky minulosti, živé spomienky, opakujúce sa sny alebo pocity tiesne v situáciách pripomínajúcich traumou).

C) *Vyhýbanie* sa situáciám pripomínajúcich traumou.

D) Aspoň niektorý zo znakov: (1) *Neschopnosť spomenúť* si úplne alebo čiastočne na niektoré okolnosti z doby, kedy došlo k stresujúcej udalosti, (2) *zvýšená senzitivita* a excitácia, napr. vo forme poruchy zaspávania alebo kontinuity spánku, podráždenosti alebo výbuchu zlosti, ťažkostí s koncentráciou, hypervigilancie (zvýšenej nabudenosti), prehnanych úľakových reakcií.

E) Symptómy sa objavili do 6 mesiacov od stresoru. Nevylučuje sa ale aj oneskorený začiatok (tab. 1)

Tabuľka 1. Kritériá posttraumatickej stresovej poruchy podľa DSM-IV, APA a ICD-10, WHO.

| Kritériá | DSM-IV | ICD-10 |
|----------------------|--|---|
| Kritériá traumy | A 1: udalosť spojená s ťažkým telesným poraním, faktickou alebo možnou smrťou alebo s určitým ohrozením telesnej integrity vlastnej osoby, alebo iných osôb. A 2: subjektívna reakcia s intenzívnym strachom, bezmocnosťou alebo zhrozením. | Zaťažujúca udalosť alebo určitá situácia mimoriadneho ohrozenia alebo katastrofický charakter udalosti, podmienka je, že udalosť by takmer u každého vyvolala hlboké rozrušenie |
| Postačujúce symptómy | Prítomnosť symptómov z nasledovných oblastí: -B: intrúzie (najmenej 1) -C: vyhýbanie /emocionálne otupenie (najmenej 3) -D: autonómna hyperexcitácia (najmenej 2) | Opakované spomienky, ktorým sa nedá vyhnúť alebo opätovné inscenovanie udalosti v pamäti, denné snenie alebo nočné sny v súvislosti s traumatickou udalosťou. |
| Trvanie poruchy | E: najmenej 4 týždne; akútna: 1-3 mesiace; chronická 3 a viac mesiacov | Žiadne údaje |
| Začiatok poruchy | E: žiadne obmedzenie. Špecifikovanie odloženého začiatku, keď sa symptomatika objaví po 6 mesiacoch od traumy | V priebehu 6 mesiacov od traumy |
| Klinické postihnutia | F: symptomatikou podmienené klinicky významné postihnutie v dôležitých oblastiach života | Žiadne údaje |

Zdroj: ICD-10 (WHO,1996), DSM-IV-TR (American Psychiatric Association – APA, 2000/2010)

DSM-IV-TR (APA, 2000/2010) definuje PTSP veľmi podobne ako ICD-10 (WHO,1996) ale zdajú sa nám užitočné niektoré precíznejšie formulácie a uvedieme aj odlišnosti. V kritériu A), teda vymedzení traumy napr. hovorí, že „osoba *zažila, pozorovala* alebo bola *konfrontovaná* s jednou alebo viacerými udalosťami, ktorých súčasťou bola faktická alebo *hroziaca smrť alebo vážne poranenia* alebo *riziko telesného poškodenia* vlastnej osoby, alebo iných osôb. Reakcia osoby obsahovala intenzívny *strach, bezmocnosť* alebo *zhrozenosť*.“ V kritériu B) sa spomína aj možnosť výskytu ilúzií, halucinácií a disociatívnych flashback-epizód, ktoré sa objavujú po prebudení alebo pri intoxikáciách. V kritériu C) uvádza aj možný výskyt zúženého záuj-

mu alebo účasti na dôležitých aktivitách, pocit oddelenosti alebo odcudzenia, obmedzenie spektra afektov (napr. neschopnosť pociťovať nežné emócie), pocitov ohrozenej budúcnosti (napr. čo sa týka kariéry, manželstva, detí alebo normálne dlhého života). V kritériu E) požaduje trvanie poruchy dlhšie než 1 mesiac. DSM-IV-TR uvádza ešte kritérium F: porucha spôsobuje klinicky relevantné *utrpenie* alebo *obmedzenia* v oblasti sociálnej, pracovnej alebo iných dôležitých oblastiach fungovania. (V prílohách na konci knihy sú uvedené štruktúrované diagnostické interview a diagnostické schémy podľa DSM-IV (Mini DIPS a SKID-I) ale aj podľa DSM-IV-TR (DIPS).

K problematike vymedzenia psychotraumy pri posttraumatickej stresovej poruche (PTSP)

Požiadavka DSM-IV-TR, že psychotrauma spôsobila intenzívny strach, bezmocnosť alebo zhrozenie, je síce v súlade s typickými prípadmi, ale neumožňuje diagnostiku tých prípadov, keď pacienti majú výraznú disociatívnu amnéziu na udalosť alebo ich dominantnou akútnou reakciou bol stav omámenosti, indiferentnosti alebo derealizácie. Problém tiež je, keď symptomatika je typická, ale trauma nemala katastrofický rozsah.

V klinickej praxi sa často deje typologizácia na typ traumy I a typ II (Terr, 1991). Pri traume typu I ide o jednorazovú a krátkotrvajúcu traumu, pri traume typu II o dlhotrvajúcu a/alebo opakovanú. Reakcie na traumu II môžu viesť ku „komplexnej PTSP“ (Herman, 2001) (poruche pri extrémnej záťaž, bližšie nešpecifikovanej, angl. DES-NOS=disorder of extreme stress not otherwise specified (Luxemburg et al., 2001)), ktorá zatiaľ nebola zaradená do diagnostických manuálov, a môže sa diagnosticky čiastočne prekrývať s borderline (hraničnou) poruchou osobnosti (F60.31) alebo s „pretrvávajúcou zmenou osobnosti po extrémnej záťaž“ (F62.0), ako to definuje ICD-10 (WHO, 1996)

Ešte pred zavedením súčasného diagnostického vymedzenia psychotraumy v DSM- III, IV a ICD-10, pojem traumy/psychotraumy používali a sčasti naďalej používajú psychoanalyticky orientovaní autori v širšom slova zmysle, napr. ako *emocionálne preťaženie*. Podobne aj pojem neuróza mal širšie vymedzenie a zahŕňal nielen dnešné neurotické poruchy, ale aj syndrómy označované dnes ako PTSP, adaptačné poruchy a aj poruchy osobnosti, zvlášť z klastra B (úzkostné).

Leonhard Schlegel (Schlegel, 2005) v encyklopedickej práci mapujúcej vývoj hlbinné-psychologických smerov v súvislosti s pojmom traumy konštatuje: „O traumách sa však v hlbinnéj psychológii nehovorí len vtedy, keď ide o akútne, šokujúce zážitky. Neurózy majú svoj pôvod skôr v dlhotrvajúcich konfliktových situáciách, v dlhoročnom tlaku bezcitnej výchovy a pod. „Chronické traumy“ sú teda omnoho dôležitejšie. Aj tam, kde sa jednotlivé zážitky javia ako významné traumy, môže v nich byť súčasne obsiahnutá symbolizácia dlhotrvajúcej záťažovej situácie. Ja vymedzujem psychickú traumu, ktorá vedie k neurotickým poruchám, ako *emocionálne preťaženie*“ (Schlegel, 2005).

V rámci traumatizácie v detstve má významnú rolu nielen sexuálne zneužívanie, fyzické a emočné týranie, ale aj fyzické a emočné zanedbávanie. Zlé emočné zaobchádzanie a zanedbávanie môže dokonca dlhodobo negatívne ovplyvniť neurobiológiu a duševné zdravie závažnejšie, ako fyzické týranie (Teicher et al., 2006).

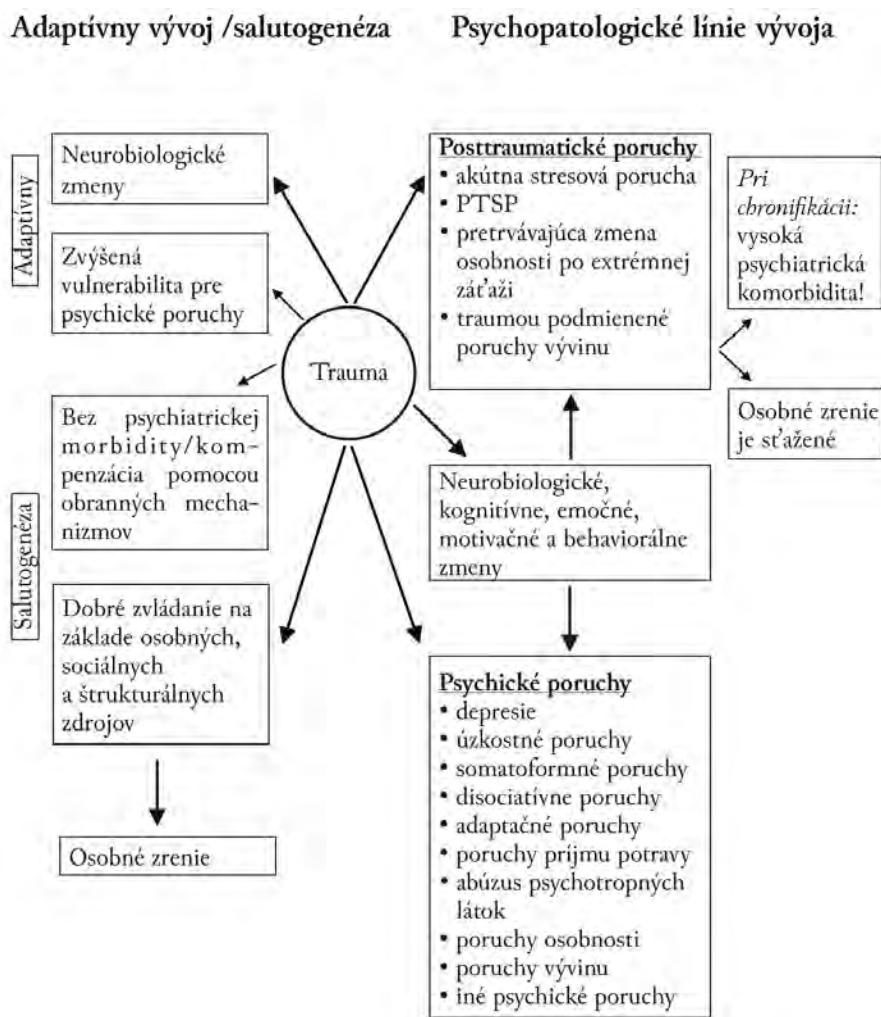
Aj keď traumu vymedzíme podľa ICD-10 alebo DSM-IV, tak zostáva v platnosti poznatok starších autorov, že dô-

sledkom môžu byť rôzne klinické obrazy. Trauma môže viesť k akútnej stresovej poruche a potom do PTSP. Alebo môže viesť priamo k PTSP. Alebo trauma vyvolá klinický obraz blízky „adaptačnej poruche“ (F43.2, F43.8). Trauma môže ale, či už cez adaptačnú poruchu, PTSP alebo priamo viesť aj k depresívnej epizóde, poruche zo spektra úzkostných porúch, somatizačnej poruche, abúzu látok a rozvinutiu závislosti, disociatívnej poruche (Flatten et al., 2004). Ďalší vývoj môže smerovať k zmene osobnosti (komplexná PTSP) alebo trauma II od detstva môže byť významným faktorom v genéze poruchy osobnosti, napr. borderline (Wöller, 2006). V týchto prípadoch traumu diagnostikujeme v ICD10 len ako súvisiaci faktor z kódov Z. Komorbiditu iných psychiatrických porúch s PTSP môžeme považovať za pravidlo, uvádza sa až do 80% (Freed et al., 2011). Okrem patogenetických vplyvov traumy môžeme našťastie počítať aj s uchovaním si zdravia po traume, kedy trauma nevyvolá žiadnu poruchu alebo je tu možnosť, že všetky zmienené formy porúch vyústia do úzdravy (salutogenéza). Klinická skúsenosť nás učí, že psychotrauma môže vyústiť nielen do plného zdravia, ale môže zdanlivo paradoxne prispieť aj k mimoriadnemu rozvinutiu osobnosti v zmysle prehĺbeného a rozšíreného vedomia, senzitivity pre ľudské utrpenie a schopnosti adekvátne chrániť seba i druhých pred traumami a pomáhať pri ich spracovávaní. Ide teda aj o rozvinutie altruistického modusu prežívania a správania a schopnosti mentalizovania v zmysle komplexnej empatie.

Epidemiológia posttraumatickej stresovej poruchy (PTSP) a priebehy

V dôkladnej štúdií Kesslera et al. (1995) sa v USA skúmala bodová a celoživotná prevalencia PTSP na reprezentatívnych vzorkách 6000 osôb. Celoživotná prevalencia u žien bola 10,4% u mužov 5%; bodová prevalencia za uplynulý mesiac 2,8% (priemer muži plus ženy). Cca 51% žien a 61% mužov z celkovej vzorky prežilo stresor, ktorý zodpovedal kritériám DSM-IV. U väčšiny traumatizovaných sa teda nerozvinula PTSP a spontánne sa zotavili. Na druhej strane 17% mužov malo intruzívne spomienky, pričom udalosť nezodpovedala definícii psychotraumy podľa DSM-IV. Časť podprahových PTSP (symptómy nedosahujú syndrómový diagnostický prah) a tiež časť parciálnych PTSP (po psychotraume majú iné symptómy, ako sú typické pre PTSP) môže vykazovať stupeň postihnutia v bežnom živote, ktorý významne narušuje fungovanie v rôznych oblastiach života. Napr. v štúdií so 185 obeťami autonehód resp. požiaru 22,7% spĺňalo kritériá PTSP, ale okrem toho ďalších 16,7% s parciálnym syndrómom spĺňalo kritérium F (DSM-IV) o klinicky významnom narušení fungovania (Mylle a Maes, 2004) .

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



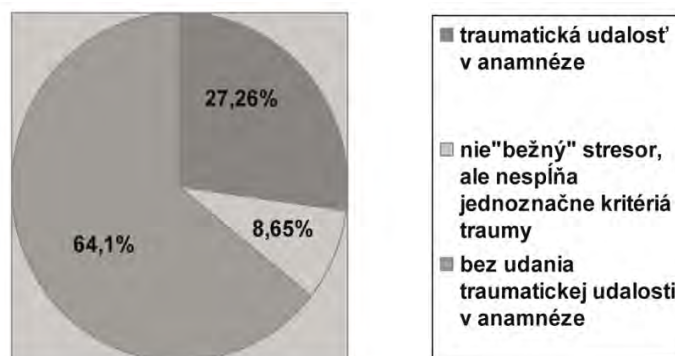
Obrázok 1. Možné vývinové línie po určitej traume (podľa Tagay et al., 2011).

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 vojnu (Frommberger et al., 2001).

Psychotraumatizácia „detských vojakov“, teda cca 8-ročných chlapcov, ktorých rebeli uniesli a vycvičili na zabitie (čo sa deje v niektorých afrických krajinách, ale aj v Ázii a v Južnej Amerike) nevedie až tak často k PTSP – len asi 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 dokonca obľúbili kanibalizmus (Elbert, 2009).

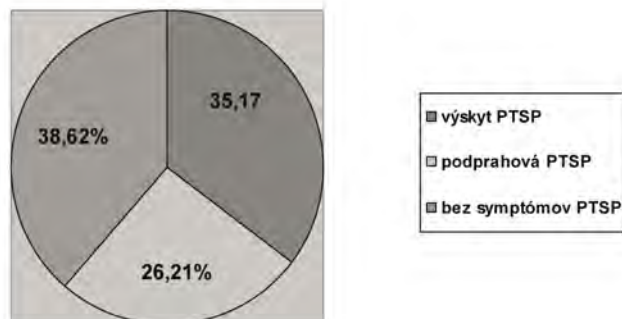
Na jednej psychiatricko-psychoterapeutickej klinike v BRD vyhodnocovali ošetrojúci terapeuti (psychiatri, lekári s psychosomatickou kvalifikáciou a klinickí psychológovia) traumatizáciu ako príčinu psychickej poruchy u 31,5% svojich pacientov. Platilo to pre všetkých pacientov so symptomatickou PTSP, pre 12% afektívnych porúch, 26% úzkostných porúch a 19% porúch osobnosti. Títo pacienti v dotazníku cielenom na psychotraumatické udalosti uvádzali 6 a viac udalostí (Ungerer et al., 2010).

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 PTSP (Witcher et al., 1997). 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 (obr. 2).



Obrázok 2. Percentuálne zastúpenie výskytu traumatickej udalosti z celkového počtu vyšetrených pacientov (spolu 532 pacientov).

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 (obr. 3).



Obrázok 3. Psychotrauma (zistené u 145 pacientov, t.j. 27% z celkového súboru) a výskyt PTSP alebo subsyndromálnej PTSP u nich.

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 poruchami (Hašto et al., 2001).

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 Frommberger a Maercker, in Vorderholzer a Hohagen, 2011). Z toho vyplýva značný podiel výskytu spontánnej sebaúdravy, avšak tiež pomerne vysoké riziko chronickej 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 vlastné zdravie a budúcnosť, intenzita a trvanie udalosti, fyzické poranenie, prípadne poranenie alebo smrť druhého človeka; ako ďalšie rizikové faktory sa dali identifikovať: malá familiárna a sociálna podpora, ženské pohlavie, zážitky odlúčenia v detstve, predchádzajúce fyzické alebo somatické ochorenia (Frommberger et al., in Vorderholzer a Hohagen, 2011). Citovaní autori tiež uvádzajú, že zmienené rizikové faktory síce štatisticky zvyšujú pravdepodobnosť vzniku PTSP po traume, ale aj pri ich výskyt v individuálnom prípade nemusí PTSP vzniknúť a na druhej strane aj premorbídne stabilná osobnosť bez rizikových faktorov môže mať po ťažkej traume PTSP!

Za protektívne faktory, ktoré chránia pred vznikom PTSP, sa považuje stabilita pred traumou, schopnosť mobilizovať individuálne zdroje a skúsenosti so zvládaním problémov v minulosti, chápanie sebaovládania, zachovanie si pocitu kontroly a zmysluplnosti – „kontrola nad mojim správaním je u mňa“ („sense of coherence“ podľa Antonovského); prognózu zlepšuje dobre rozvinutý pocit sebaúčinnosti,

tendencia k aktívnemu členiu záťažiam a nie k vyhýbavému správaniu, schopnosť podeliť sa s ťažkosťami (Flatten et al., 2004; Frommberger et al., in Vorderholzer a Hohagen, 2011). Posledne uvedený faktor by do značnej miery mohol súvisieť s bezpečným typom vzťahovej väzby (Hašto, 2005).

Ďalším protektívnym faktorom, ktorý znižuje pravdepodobnosť chronickej poruchy, je, ak sa *osobe, ktorá bola obeťou traumy*, dostane úcty a uznania (Frommberger et al., in Vorderholzer a Hohagen, 2011)!

Biologická úroveň. Genetická vulnerabilita vysvetľuje asi tretinu variácií vo výskyt PTSP. U zvierat včasné negatívne skúsenosti vo vzťahovej väzbe vedú k zvýšeniu a dlhšiemu pretrvávaniu stresových reakcií (Ruegg, 2010). Pri PTSP je zmenená aktivita amygdaly v zmysle zvýšenej aktivity, je spojená s nízkou aktivitou prefrontálneho kortexu a útlmom Brockovho motorického centra reči pri znovuprežívaní traumy (Hofmann, 2006). Ľudové úslovie „onemieť od hrôzy“ vyskytujúce sa aj v slovenských rozprávkach má teda svoj neurobiologický aspekt. Zvýšená je noradrenergická odpoveď na stres, čo prispieva ku konsolidácii skúseností v pamäti (Frommberger et al., in Vorderholzer a Hohagen, 2011). Výklad redukcie objemu hipokampálnej formácie je ešte kontroverzný a dáva sa do súvislosti s chronickou nadmernou aktiváciou hypotalamo-hypofyziárno-nadobličkovej osi (Brüne, 2012; Warne et al., in Remmel et al, 2006).

Kampfhammer (in Remmel et al., 2006) zhŕňa: zmenená je bazálna aktivita a reaktivita osi hypotalamus – hypofýza - nadobličky, známky zvýšenej adrenergickej (centrálnej i periférnej) reaktivity a zníženej vagovej kontroly, zisťujú sa objektívne známky zvýšenej úľakovosti a hypervigilancie („startle“ reaktivita a zvýšená amplitúda P 300 na hlasný zvuk); zvýšený je výskyt A1 - alely DA-2 receptora u vietnamských veteránov, častejší výskyt špecifickej mutácie na géne pre DA – transportér pri chronickej PTSP; sú tiež indície pre to, že nález zníženého objemu hipokampálnej formácie môže byť premorbídny faktor vulnerability a nie dôsledok PTSP.

Pri každej psychickej poruche a náchylnosti k nej považujeme za užitočné rozšíriť biologické aspekty aj o evolučný pohľad a hypotézy, ako to odporúča napr. Nesse a Brüne. **Evolúcia človeka** viedla k výsledku, že sme mimoriadne spoločenské bytosti, ale pri tom zraniteľní a naše šance na prežitie a reprodukciu sa zvyšovali, keď sme ostražite sledovali prostredie, možné zdroje ohrozenia, aj tie vo vnútri sociálnej skupiny. Neuroanatomické štruktúry zapojené do vyhodnocovania potenciálne nebezpečných situácií sa počas evolúcie človeka zväčšovali. Za normálnych okolností je výhodné mať mechanizmus umožňujúci využívať minulé zážitky na to, aby sa jedinec mohol vyhnúť rizikám v súčasnosti alebo budúcnosti. Pri PTSP je tento mechanizmus patologicke hyperaktívny, tak že už zabraňuje adaptívnym reakciám (Brüne, 2012). Čím extrémnejšia je traumatizujúca udalosť a čím viac bol jedinec senzitivizovaný predchádzajúcimi (aj mikro?) traumatizáciami a /alebo je geneticky vulnerabilný, tým ľahšie sa fungovanie mechanizmu patologicke vychýli.

Možnosti prevencie rozvinutia PTSP po psychotraume, napr. pri akútnej stresovej poruche sú zatiaľ obmedzené. Účinnosť psychologických intervencií je sporná (Frommberger a Maercker, in Vorderholzer a Hohagen, 2011) ďalšie výskumy snád' prinesú potvrdenie účinnosti určitých metódik vypracovaných KBT terapeutmi. Podávanie benzodiazepínov v štádiu akútnej stresovej poruchy je veľmi rozšírené, v konečnom dôsledku je ale pravdepodobne kontraproduktívne, oproti kontrolám sa zistil väčší výskyt PTSP a depresii v ďalšom priebehu (Frommberger a Maercker, in Vorderholzer, Hohagen, 2011). Profylaktické využitie iných psychofarmák nie je zatiaľ, podľa našich informácií, dostatočne preskúmané.

Pre klinickú prax a utváranie terapie u *psychotických pacientov* sa nám zdá významný nález, že podľa viacerých štúdií až do 50% pacientov, ktorí mali akútnu psychózu, majú neskôr PTSP podobné symptómy ako reakciu na zážitky bezmocnosti a dezintegrácie (Flatten et al., 204). M. Bleuler (1972) vo svojej intenzívnej štúdiu priebehu 208 schizofrenikov tiež poukázal na existenciu sekundárneho patogénneho vplyvu psychotických zážitkov vedúcich až k zmene osobnosti (Bleuler, 1978). ICD-10 počíta pre takéto prípady s kategóriou F 62.1 (WHO, 1996). Bleuler (1972) tiež zistil horšie priebehy schizofrenného ochorenia u tých pacientov, ktorí žili v detstve v rozvrátených rodinných pomeroch a dala sa u nich predpokladať ťažká psycho-traumatizácia (Bleuler, 1978)

Zaujímavým aspektom posttraumatickej symptomatiky sú závažné disociatívne symptómy, ktoré môžu mať niekedy charakter veľmi pripomínajúci až totožný s psychotickými zážitkami, vrátane Schneiderových symptómov I. rádu (vkladanie myšlienok, flešbky vystupňované do podoby halucinácií, hlasy reprezentujúce disociované časti osobnosti, pocity ovládania a pod.). Predstavujú skutočnú výzvu pre diferenciálnu diagnostiku (Moskowitz et al., 2008).

Ukazuje sa, že psycho-traumatizácia v detstve pravdepodobne ovplyvňuje manifestáciu, priebeh a symptomatiku aj bipolárnej afektívnej poruchy, vrátane suicidalít a fungovania v intervaloch (Etain et al., 2008).

Zatiaľ, čo pri viacerých psychických poruchách v dospelosti môžeme na základe retrospektívnych, ale už aj (síce ojedinelých) prospektívnych štúdií, konštatovať súvislosť medzi nepriaznivým detstvom a poruchami ako je borderline porucha osobnosti, niektoré depresie, disociatívne poruchy, časť bipolárnych afektívnych porúch, schizofrénii, závislosti a viaceré iné, až v poslednej dobe sa objavujú štúdie skúmajúce takéto súvislosti pri somatických ochoreniach.

Psychická traumatizácia v detstve vedie pravdepodobne k somatickým chorobám niekedy nepriamo prostredníctvom problematického správania – fajčenie, konzum alkoholu a drog, sexuálna promiskuita (sexuálnym stykom prenosné ochorenia).

Zdá sa, že psychické traumy v detstve a ich kumulácia zanecháva alebo môže zanechávať u jedincov celoživotne rany, ktoré čas nelieči. Alebo opatrnejšie formulované, nie vždy lieči. Rozhodne máme dôvod pochybovať o platnosti rozšírenej útechy, že „čas vylieči všetky rany.“

Veľkú zásluhu na štúdiu tejto problematiky majú Vincent J. Felitti a Robert F. Anda z USA: Adverse Child Experiences (ACE) Study (Felitti et al., 1998). Prvý pôsobí v San Diego, druhý v Atlante. V rokoch 1995-1997 bolo 26 000 konzekutívnych pacientov, ktorí boli dôkladne rutinne medicínsky vyšetrení, dotazovaných aj na zaťažujúce skúsenosti v detstve. 71% oslovených, teda 18175 osôb súhlasilo s poskytnutím údajov pre účely štúdie (54% žien 177 a 46% mužov, priemerný vek 57 rokov). Išlo o zdravotne poistené osoby, nezodpovedali americkému priemeru, väčšinou patrili k strednej až vyššej strednej vrstve. Napriek tomu 64% z nich uviedlo najmenej jednu traumatickú udalosť v detstve. Dve a viac traum v detstve a mladistvom veku (do 18 rokov) mala až 1/3 zo vzorky. Časť vzorky bola sledovaná prospektívne a všetci retrospektívne. Skúmalo sa 8 kategórií týrania v detstve a rodičovsko-rodinných záťaží: emočné a fyzické týranie, sexuálne násilie/zneužívanie; indikátormi pre dezintegrovaný rodinný systém bolo užívanie drog, ťažké psychické ochorenie, násilie voči matke, člen rodiny vo väzení, odlúčenie alebo rozvod rodičov. ACE skóre: každá identifikovaná položka v štúdiu má skóre 1, takže napr. ak sa u jedinca zistili 3 typy traumatizácie, tak mala osoba prirodzene skóre 3 atp.

Ilustrácie z dotazníka v ACE štúdiu s uvedením percent pozitívnych odpovedí v skúmanej vzorke 18 175 pacientov:

Zlé zaobchádzanie v detstve – týranie, zneužívanie

Emočné – 10,3%

Niektorý z rodičov alebo nejaký dospelý u Vás doma...

- Vám často alebo veľmi často nadával, Vás zatracoval, ponižoval alebo znehodnocoval?
- sa niekedy alebo veľmi často správal tak, že ste sa museli obávať fyzického poranenia?

Fyzické – 28,0%

Niektorý z rodičov alebo iný dospelý vo Vašej domácnosti...

- Vás často alebo veľmi často odstrčil, udrel, schmatol alebo niečo do Vás hodil?
- Vás tak silno bil, že ste mali viditeľné poranenia?

Sexuálne – 20,4%

Niekoľko dospelý alebo nejaká osoba staršia od Vás najmenej o 5 rokov...

- sa Vás sexuálnym spôsobom dotýkala alebo obchytávala?
- spôsobil/-a, že niečo podobné ste robili s jeho/jej telom?
- pokúsil/-a sa o nejaký typ sexuálneho styku (ústa, konečník, pošva)?
-alebo skutočne vykonal?

Ťažko narušený rodinný systém /domáce násilie

Závislosť – 26,6%

- Žili ste spolu s niekým, kto mal problém s pitím alebo bol závislý/-á od alkoholu?
-alebo konzumoval/-a drogu?

Psychické ochorenia – 19,0%

- Bol niekto vo Vašej rodine psychicky chorý, chronicky depresívny?
-alebo sa pokúsil spáchať samovraždu?

Násilie voči matke – 12,6%

Bola Vaša matka alebo nevlastná matka často alebo veľmi často...

- strkaná, hrubo schmatnutá, bitá alebo po nej niekto niečo hádzal?
- bitá päšťou alebo tvrdým predmetom?
- niekedy opakovane viac ako niekoľko minút bitá?
- niekedy ohrozovaná nožom alebo strelnou zbraňou alebo zranená?

Člen domácnosti vo väzení – 4,5%

- Musel ísť niekedy niekto z Vašej domácnosti do väzenia?

Odlúčenie alebo rozvod rodičov – 22,8%

- Odlúčili lebo rozviedli sa Vaši rodičia?

Výsledky ACE štúdie svedčia pre súvislosť medzi psychotraumatizáciou v detstve a graviditami v mladistvom veku, čo je spojené s dlhodobými psychosociálnymi konzekvenciami a výskytom smrti plodu.

S ACE bodmi tiež stúpa preskripcia litia a antipsychotík (pri 5 a viac bodoch ACE až 10-násobne).

S ACE bodmi stúpajú aj problémy s prácou v dospelosti, finančné problémy, absencie v práci, vzťahové problémy, emočný stres, výskyt somatických symptómov a požívania látok; častejší výskyt psychických a somatických ochorení zvyšuje úmrtnosť.

S ACE bodmi stúpa výskyt nikotinizmu, pričom nikotín snáď môžeme chápať ako „automedikáciu“ proti negatívnym emóciám v dôsledku neurobiologického a sociálneho efektu zaťažujúcich zážitkov v detstve.

Každý jeden bod ACE 2-4x zvyšuje pravdepodobnosť abúzu drog, čo pri injekčnom podaní zvyšuje riziko pre hepatitídu a endokarditídu.

Halucinácie sú nešpecifickým psychopatologickým symptómom (výskyt napr. pri afektívnych poruchách, schizofréniách, schizoafektívnych poruchách, ťažkých posttraumatických stresových poruchách, disociatívnych poruchách a i.). Keď je ACE 7 a viac, tak sa zvyšuje riziko pre psychotické symptómy 5-násobne.

Suicidálne pokusy. S každým bodom ACE stúpa riziko pre suicidálne správanie. Platí to, aj keď sa odpočíta riziko spôsobené závislosťou od alkoholu a drog alebo depresiou.

Aj po takýchto korektúrach sa ukazuje, že dve tretiny všetkých suicidálnych pokusov v dospelosti sa dajú považovať za dlhodobé dôsledky traumatických zážitkov v detstve. Ochorenie pečene, zvlášť cirhóza pečene patrí k najčastejším príčinám smrti v USA a v Európe. Najčastejšou príčinou cirhózy je hepatitída a alkoholizmus. 70% pacientov s hepatitídou C musí počítať s chronickým priebehom ochorenia pečene a naopak 40% pacientov s chronickými ochoreniami pečene má hepatitídu C.

Konzum ilegálnych drog a riskantné sexuálne správanie zvyšujú riziko pre hepatitídu B a C. Kombinácia s abúzom alkoholu akceleruje cirhózu a častejší je potom aj výskyt karcinómu pečene. V ACE štúdií s počtom tráum v detstve a mladistvom veku stúpa aj výskyt chronických ochorení pečene.

Kardiálne ochorenia si vyžadujú tiež určitú revíziu ohľadom rizikových faktorov. „Konvenčné“ rizikové faktory ako fajčenie, diabetes, telesná inaktivita a zvýšený krvný tlak vysvetľujú len polovicu variácií vo výskyte koronárneho ochorenia. Viaceré prospektívne štúdie poukazujú podľa Schickendanza et al. (in Seidler et al., 2011) na to, že psychosociálne faktory ako depresia, zlosť a hostilita podporujú vznik koronárneho ochorenia a môžu hrať rolu aj pri smrteľných komplikáciách (infarkt myokardu). Prítomnosť 9 z 10 kategórií traumatizujúcich stresorov v detstve významne zvyšuje riziko koronárneho ochorenia (Felliti et al., 1998).

Chronická obštrukčná choroba pľúc má priamu súvislosť s abúzom nikotínu – fajčením. Pri ACE 4 sa zvyšuje riziko jej rozvinutia o 93%. ACE-štúdia (Felliti et al., 1998) dokladá, že všetky podstatné ochorením podmienené úmrtia (pri koronárnych ochoreniach, rakovine, chronickom pľúcnom ochorení, nehodami spôsobenými fraktúrami skeletu) vykazujú jasný vzťah s kvantifikovaným výskytom traumatizujúcich faktorov v detstve.

ACE štúdia na veľkej vzorke populácie somaticky chorých dokladá, čo sme z rôznych výskumných správ a z klinickej skúsenosti viac či menej vedeli alebo tušili. Schickedanz a Plassmann (in Seidler et al., 2001) výsledky ACE štúdie komentujú: „Tieto výsledky jednoznačne potvrdzujú, že psychosociálne stresory v detstve sú nielen deštruktívne, ale majú aj celoživotné následky. Sú najdôležitejším faktorom, ktorý rozhoduje o zdraví, pohode, individuálnej a sociálnej zdatnosti“.

Kritické námietky zľahčujúce výsledky tohto a podobných výskumov, že by traumatizácie zistené touto metódou mohli byť nadhodnotené, sú asi do značnej miery neoprávnené. Ak majú ľudia dobré skúsenosti so svojou rodinou a druhými ľuďmi, nemajú dôvod ju očierňovať a majú spravidla zábrany robiť to falošne. Skôr musíme asi počítať s vyššími číslami traumatizácie, než zistila táto štúdia, čo môže súvisieť s amnéziou, ktorú niektorí ľudia majú na traum. Amnézia – čiastočná alebo dokonca úplná - sa, či už pretrvávajúco alebo v určitých obdobiach života, zisťuje u 5-20% prípadov traumatizovaných, najčastejšie býva tento fenomén pri sexuálnom zneužívaní (Hofmann, 2006).

Za určitý nedostatok ACE štúdie snáď môžeme považovať chýbanie priamych otázok na skúsenosť so zanedbávaním. Zo zvolenej metodiky sa na ňu dá usudzovať len nepriamo.

Terapia posttraumatickej stresovej poruchy (PTSP)

V terapii PTSP, ako pri väčšine psychiatrických porúch, pripadá do úvahy psychoterapia a farmakoterapia.

Vo farmakoterapeutických štúdiách PTSP sa za úspešné považuje najmenej 30% zlepšenie. Takéto výsledky dosahuje asi 50% liečených v kontrolovaných štúdiách. Väčšina pozitívnych výsledkov sa týka *paroxetinu* a *sertralínu*. Podobne vychádza aj mirtazapín a venlafaxín. Úspešnosť liečby PTSP antidepresívami ale nie je taká dobrá ako pri depresiách. Liečba si vyžaduje vyššie dávky než pri depresii, začína sa nízkou dávkou, plnú dávku treba udržať aspoň 8 týždňov, kým sa dodatočne môže prejaviť efekt. Ak je pozitívny, odporúča sa podávanie na 1-2 roky. Pri vysadení sa zvyšuje riziko relapsu. Ak sa objavujú psychózu pripomínajúce klinické obrazy, môže pomôcť atypické antipsychotikum. Pre *olanzapín* a *quetiapín* sú indície, že zlepšujú aj spánok. Pri agresii možno skúsiť *valproát* (Benkert a Hip-pius, 2011).

Psychoterapia posttraumatickej stresovej poruchy (PTSP)

Autori monografie o suportívnej psychoterapii, najrozšírenejšej forme psychoterapie v USA (Novalis et al., 1999), uvádzajú princípy, ktoré sa zdajú byť prítomné aj v psychoterapeutických prístupoch iných škôl a smerov. Je to napr. štýl komunikácie, ktorý vedie k rozvinutiu terapeuticko-aliancie, teda kvalitného pracovného spojenectva, opakovaná psychoedukácia pacienta, povzbudzovanie verbalizovať detaily traumy a s nimi spojených pocitov. Terapeut musí byť ochotný počúvať príbeh znova a znova, opakovane uisťovať a má si uchovať realistický terapeutický optimizmus. Na veľký terapeutický význam *znovuprežívania* a *znovupretrpenia* spomienok na traumy, na patogénnu situáciu, ktoré idú často spolu s afektívnou katarziou, upozornil už S. Freud. Nabáda k úplnej kompletizácii aspektov a detailov traumy vo vedomí s príslušným afektívnym dopro- vodom a verbalizáciou (Freud, 1969). To všetko v bezpečnom rámci terapeutického vzťahu.

V psychoterapii traumy je nevyhnutné dbať na špecifický spôsob konfrontovania sa s traumatickými spomienkami, ktorý umožní nové učenie sa a prepracovanie pôvodne dysfunkčne uloženého spomienkového materiálu (Bob, 2011). Je typické pre traumatické spomienky, že sa nekontrolovateľne opätovne vynárajú vo vedomí traumatizovaného jedinca bez toho, aby ich opakované prehrávanie malo efekt na redukciiu emočnej záťaž a vyhasnutie podmienenej reakcie. Naopak, v klinických prípadoch dochádza často k re-traumatizácii a posilneniu negatívneho afektívneho obsadenia spomienok a jeho generalizácii na ďalšie asociačne prepojené podnety. Jednou z najčastejších chýb v psychoterapii, ktoré môžu viesť k iatrogénnemu poškodeniu traumatizovaného pacienta, je využívanie nekontrolovanej abreakcie v zmysle plného znovuprežitia s voľnou expresiou sprievodných emócií, bez usmerňovania terapeutického procesu a kontextu. Terapeutický účinok samotného „emocionálneho vybitia“ bol spochybnený (Van der Hart a Brown, 1992).

Návratu k traumatickým spomienkam musí zvlášť u masívne a opakovane traumatizovaných vždy predchádzať dostatočná stabilizácia pacienta. Jej súčasťou je vybudovanie dostatočnej afektívnej tolerancie a schopnosti zachovávať počas celého procesu konfrontácie s traumou duálnu pozornosť – na jednej strane dostatočný kontakt s traumatickými spomienkami a na druhej strane kontakt so situáciou tu a teraz. Práve obnovenie tejto kapacity integrovať minulosť do plného vedomia prítomnosti predstavuje hlavný terapeutický cieľ. Dôležité sa pritom javí aktivovanie vnútorných zdrojov bezpečia (pozitívne vnútorné objekty) a aktuálneho bezpečného terapeutického rámca (psychoterapia ako bezpečná základňa, Bowlby) (Hašto, 2005). Dosahuje sa v troch fázach terapie psychotrauma: stabilizačnej, trauma-konfrontačnej a reintegračnej, ako ju rozvrhol už P. Janet (Van der Hart a Dorahy, in Dell a O'Neil, 2009).

Metodické odporúčania pre liečbu PTSP vypracovali autori hlásiaci sa k rôznym terapeutickým smerom. Niektorí sú prevážne psychodynamicky orientovaní, iní prevážne kognitívno-behaviorálne. Najrozsiahljším empirickým výskumom je potvrdená účinnosť špecifických terapeutických techník kognitívno-behaviorálnej terapie, predovšetkým expozície a kognitívnej terapie (Benedek a Wynn, 2011). Často sa môžeme stretnúť s integratívnym chápaním či pragmatickým eklekticizmom. Za prevažne psychodynamicky orientované prístupy k liečbe PTSP môžeme považovať už zmienenu suportívnu psychoterapiu, ktorú môžeme vymedzovať aj ako suportívny pól psychodynamickej (Gabbard, 2005), či hlbinej (Wöller a Kruse, 2011) psychoterapie. Tá si prídavne vyberá podľa potreby to najlepšie z techník, ktoré sú pri danom probléme účinné (Novalis et al., 1999). Metodicky štruktúrované postupy pri liečbe PTSP, ktoré môžeme viac priradiť k psychodynamickému smeru vypracoval Horowitz (2004), Levenson et al. (2005), Reddemann (2004), Sachsse (2004), Steiner a Krippner (2006). Posledné tri uvedené využívajú techniky rozpracované v rámci katarzímne-imaginatívnej psychoterapie (KIP). Práve EMDR (Shapiro, 1998; Hofmann, 2006) sa podľa Lamprechta (Lamprecht, 2000) dá chápať ako integrácia psychoanalytického a kognitívneho prístupu. Jadrom sú totiž forsírované voľné asociácie fokusované na traumy a práca s kogníciami. Hypnoterapia pri PTSP a iných traumatogénnych poruchách (Philips a Frederic, 2007) prispela prakticky užitočnými technikami a má tiež integratívno-elektický charakter. Metodiky rozpracované autormi, ktorí majú blízko ku KIP a hypnoterapii sa viac orientujú na problematiku traumy typu II, výraznejšie využívajú stabilizačné techniky s aktiváciou zdrojov. Ďalšie metodiky liečby PTSP: Imagery Rescripting and Reprocessing Therapy (IRRT), (Smucker et al., 1995) a Testimony-Narrative Expositions-Therapy (NET) (Schauer et al., 2005), tiež jasne využívajú princíp expozície. Teoretický koncept a metodiku liečby pacientov/pacientok s ťažkými štruktúrnymi disociáciami osobnosti (obvykle ide o traumy II od včasného detstva) načrtla Helga Matthess spolu s Ellertom Nijenhuisom (Matthess a Nijenhuis, in Wöller, 2006).

Metodicky precízny koncept expozícnej terapie PTSP a práce s kogníciami a domácimi úlohami v teoretickom rámci kognitívno-behaviorálnej terapie opísala Ehlers (1999). Štandardne sa počíta s 15 sedeniami á 90 minút, pr-

vých 8-12 v týždenných intervaloch, posledné 3 v mesačných. Na expozíciu in vivo treba prídavne rezervovať najmenej 2 hodiny. Autorka uvádza, že zatiaľ čo Etten a Taylor v metaanalýze z roku 1998 uvádzajú pre KBT terapiu PTSP silu efektu $d=1,27$, jej pracovná skupina dosahuje silu efektu medzi 2,6 a 2,8. Efekty sú stabilné aj pri ročných katamnézach. Kvóta úspešnosti (pacienti, ktorí po terapii už nespĺňajú diagnostické kritériá pre PTSP) sa pohybuje medzi 80-90%. Predčasné prerušenia zaznamenala len v 5%.

V súčasnosti sa dá súhrnne konštatovať, že v posledných dvoch desaťročiach výrazne akceleroval vývoj psychotraumatológie a psychoterapeutické postupy na liečenie PTSP sa podrobovali vedeckému overeniu ich efektivity. Autori komprimovaného prehľadu súčasných poznatkov o liečbe PTSP (Frommberger a Maercker, in Vorderholzer a Hohagen, 2011) konštatujú, že symptómy tejto poruchy sa dajú redukovať pomocou psychoterapií a/alebo farmakoterapie (napr. paroxetin, sertralín). Odvolávajú sa na prehľad neurobiologických štúdií vypracovaný Jetzkom et al., keď konštatujú, že sa zrejme zvyšuje aktivita anteriornej časti gyrus cinguli, ale amygdala zostáva nezmenená. Zlepší sa teda kontrola emócií, ale asi len ťažko sa dá počítať s ovplyvnením úzkostného napodmieňovania amygdaly.

Z psychoterapií sú veľkosti efektu pri liečbe PTSP zatiaľ najvyššie pri dvoch metódach: KBT a EMDR (Frommberger a Maercker, in Vorderholzer a Hohagen, 2011). Lamprecht vidí relatívnu výhodu EMDR v tom, že terapeutický proces sa zrýchľuje, takže sa skraca čas potrebný na terapiu. Metaanalýzy porovnávania KBT expozičnej psychoterapie a EMDR metodiky ukazujú, že rovnaký terapeutický výsledok sa pomocou EMDR dá dosiahnuť za expozičný čas, ktorý je kratší cca o 40-50%, než pri KBT postupe (Lamprecht, 2000).

Keďže u našej pacientky sme použili metodiku EMDR a auto-génny tréning, aspoň pár viet k ich bližšiemu objasneniu. EMDR je integratívna metóda spracovania traumatických zážitkov s využitím špecifického spôsobu konfrontácie s traumou. Terapeut pri nej pomáha pacientovi v rámci štruktúrovaného manualizovaného postupu čo najživšie si vybaviť všetky aspekty spomienky (vnemové, kognitívne, afektívne a somatické). Keď je daná spomienka plne aktivovaná vo vedomí pacienta, začne terapeut bilaterálnu stimuláciu, v rytme cca 1Hz pre kompletný bilaterálny podnet (terapeut pohybuje prstami pred pacientom vo výške očí, pacient ich sleduje, jeho oči uskutočňujú rýchle sledovacie až sakadické pohyby sprava doľava a späť; iný variant, dotyková stimulácia: terapeut sa dotýka striedavo pravej a ľavej ruky pacienta; akustická stimulácia: pacient má nasadené sluchátka s tónmi znejúcimi striedavo do praveho a ľaveho ucha). Jeden podnetový set obsahuje spravidla 25 až 30 párov podnetov, potom nasleduje niekoľko sekundová prestávka zameraná na reflektujúci rozhovor. Úlohou pacienta v podnetovej fáze je nechať voľne plynúť svoje asociácie a byť ich nestranným pozorovateľom (forsirované voľné asociácie a aktivácia pozorovateľského ega). Tu sa uplatňuje dôvera v samoúdržavné kapacity pacienta facilitované terapeutickou situáciou a bilaterálnou stimuláciou a terapeut do procesu zasahuje minimálne. V priebehu spracovania spomienky len krátko opakované prerušuje bilaterálnu stimuláciu a pýta sa na akékoľvek zmeny, ktoré pa-

cient pozoruje. Tento proces pokračuje dovtedy, kým spomienka nezostane úplne emočne neutrálna. Následne sa pôvodná spomienka spojí s novým – pozitívnym - kognitívnym hodnotením a otestuje sa reakcia tela na spomienku, keďže traumatické spomienky sú najhlbšie uchovávané na úrovni telesných pocitov. V rámci EMDR sa využívajú dve formy subjektívnych škál, ktoré umožňujú merať terapeutický pokrok. Prvou je upravená stupnica záťaž, pôvodne podľa Wolpeho (1969) tzv. SUD (subjective units of disturbance = subjektívna škála záťaž) od 0 po 10, kde 0 = neutrálna, žiadna záťaž a 10 = maximálna záťaž, akú si možno predstaviť. Druhá škála VoC (validity of cognition = platnosť presvedčenia) od 1 do 7 meria subjektívne prežívanú platnosť (uveriteľnosť) pozitívnej kognície v spojení s danou traumatickou udalosťou, kde 1 = vôbec neplatí, nedokážem tomu vôbec veriť a 7 = úplne platí. Spracovávanie je považované za úspešne ukončené, keď SUD = 0 a VoC = 7. Niekedy je možné dosiahnuť úplné uvoľnenie v priebehu jedného sedenia, inokedy si to vyžaduje niekoľko sedení.

Hypotézy o možnom „mechanizme“ účinku EMDR sú stále otvorené a vyžadujú si ďalšie výskumy. Súčasné poznatky naznačujú, že zapojenie bilaterálnej stimulácie počas znovuvybudovania psychotrauma vyvoláva špeciálne zmeny aktivity centrálnej nervovej sústavy, ktoré zvyšujú jej schopnosť spracovávať informácie. Tieto zmeny sú sprostredkované o.i. účinkom na autonómny nervový systém a jeho regulácie (Vojtová a Hašto, 2009) Už za 10 sekúnd od začiatku bilaterálnej stimulácie á 1Hz pri aktivovanej spomienke na psychotraumu dochádza k poklesu sympatikotonusu, zníži sa pulzová frekvencia a aktivuje sa tonus n.vagus (Elofsson et al., 2008; Sack et al., 2008). Pravdepodobne sa aktivuje systém spracovania informácií v mozgu. Provokuje sa orientačná reakcia a neurálna aktivita podobná REM spánku (Sticgold, 2002). V tejto súvislosti je zaujímavé Pankseppovo upozornenie na aktiváciu podobných neurálnych štruktúr pri hre, exploračnom správaní a REM spánku (Panksepp, 1998). Dochádza k prepájaniu s neuronálnymi sieťami, v ktorých sú uložené pozitívne skúsenosti a tak k akémusi prepisovaniu traumy (Ralaus, 2006). Uvažuje sa aj o tom, že dochádza k lepšiemu zapojeniu ľavej hemisféry do riešenia problému (Brüne, 2012). To všetko sa deje v akceptujúcom a bezpečnom rámci, umocnenom rytmickými bilaterálnymi signálmi spojenými s blízkosťou terapeuta a po jeho explicitnom vyjadrení dôvery v existenciu sebaúdržavných procesov u pacienta, ktoré sa teraz môžu uplatniť. Z hľadiska teórie vzťahovej väzby (Hašto, 2005) môžeme toto usporiadanie chápať aj ako ritualizované saturovanie cieľa pripútavacieho správania, teda blízkosti kompetentnej oporu poskytujúcej osoby u extrémne znepokojeného jedinca. Tu by mohol mať významnú úlohu o.i. oxytocín (Brüne, 2012), keď sa v úvahách posunieme na endokrino-molekulárnu úroveň.

Autogénny tréning (AT) podľa J.H. Schultza je dobre známou a preskúmanou metódou koncentratívneho sebauvoľnenia, ktorá využíva mentálne opakovanie autosugestívnych formuliek na dosiahnutie úplnej telesnej a psychickej relaxácie, autohypnoidného stavu. V rámci základného stupňa AT si pacient v duchu opakuje vety navodzujúce pocity tiaže a tepla v tele, pokojného pulzu a dychu, pocity prúdivého tepla v oblasti nadbruška a pocity voľnosti, slo-

body a jasnosti v hlave. V ďalšom postupe je možné využívať individualizované formulky, ktoré sú „šité na mieru“ pacientovým konkrétnym ťažkostiam (stredný stupeň AT) a prehľbovať a rozširovať vedomie prostredníctvom imaginatívnych meditácií (vyšší stupeň AT). Výsledkom dobre zvládnutého AT je stav hlbokjej psychofyzickej pohody, ktorý pôsobí pozitívne terapeuticky i preventívne na množstvo so stresom súvisiacich ťažkostí (Hašto, 2006).*

*Kazuistika s diskúziou je uvedená v II. časti. Text tohto článku je upravenou verziou časti knihy: J. Hašto, H. Vojtová: *Posttraumatická stresová porucha, bio-psycho-sociálne aspekty, EMDR a autogénny tréning pri pretrvávajúcom ohrození, prípadová štúdia*. 2. vydanie. Vydavateľstvo F: Trenčín, 2012. Projekt: *Sociální determinanty zdraví u sociálně a zdravotně znevýhodněných a jiných skupin populace*, CZ 1.07/2.3.00/20.0063.

Literatúra

- American Psychiatric Association:** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-IV-TR. Fourth Edition. APA Arlington, 2000/2010: 943.
- Benedek, D.M., Wynn, G.H.:** Clinical Manual for Management of PTSD. Washington: American Psychiatric Publishing; 2011: 468.
- Benkert, O., Hippus, H.:** Kompendium der Psychiatrischen Pharmakotherapie. 8. Auflage. Berlin: Springer; 2011: 713.
- Bleuler, M.:** Die schizophrenen Geistesstörungen im Lichte langjähriger Kranken- und Familiengeschichten. Stuttgart: Thieme; 1978: 673.
- Bob, P.:** Brain, mind and consciousness. New York: Springer; 2011.
- Brüne, M.:** Evolučná psychiatria. Pôvod psychopatológie. Trenčín: Vydavateľstvo F; 2012: 428.
- Ehlers, A.:** Posttraumatische Belastungsstörung. Fortschritte der Therapie. Göttingen: Hogrefe; 1999: 99.
- Elbert, T.:** Von Jagern und Gejagten. Wie lebensbedrohliche Erfahrung Geist und Gehirn modifizieren. Berlin: DGPPN Kongress, Eröffnungsvortrag, 25.11.2009.
- Elofsson, U.O., von Scheele, B., Theorell, T., Sondergaard, H.P.:** Physiological correlates of eye movement desensitization and reprocessing. Journal of Anxiety Disorders; 2008; 22 (4): 622-634.
- Etain, B., Henry, C., Bellivier, F., Mathieu, F., Leboyer, M.:** Beyond genetics: childhood affective trauma in bipolar disorder. Bipolar Disord 2008; 10: 867-876.
- Felitti, V.J. et al.:** The relationship of adult health status to childhood abuse and household dysfunction. In: American Journal of Preventive Medicine. ISSN 0749-3797, 1998, 14, s. 245-258.
- Flatten, G., Gast, U., Hofmann, A., Liebermann, P., Reddemann, L., Siol, T., Wöller, W., Petzold, E.R.:** Posttraumatische Belastungsstörung. Leitlinie und Quellentext. 2. Auflage. Stuttgart: Schattauer; 2004: 186.
- Freud, S.:** Studie o hystérii. In: Freud S. Vybrané spisy II.-III. Praha: Avicenum; 1969: 11-133.
- Frommberger, U., Maercker, A.:** Posttraumatische Belastungsstörung. In: Vorderholzer U, Hohagen F Hrsg. Therapie psychischer Erkrankungen. State of the Art. 6. Auflage. München: UrbanFischer; 2011, s. 209-218.
- Gabbard, G.:** Dlhodobá psychodynamická psychoterapia. Základný text. Jadrové kompetencie v psychoterapii. Trenčín: Vydavateľstvo F; 2005: 208.
- Hašto, J., Švančarová, O., Suško, J., Gyén, D.:** Posttraumatická stresová porucha – prevalencia u psychiatrických hospitalizovaných pacientov. Psychiatr. Prax, 12, 2011, č. 4, s. 161-164.
- Hašto, J.:** Autogénny tréning. Trenčín: Vydavateľstvo F; 2006: 48.
- Hašto, J.:** Vzťahová väzba. Ku koreňom lásky a úzkosti. Trenčín: Vydavateľstvo F; 2005: 300.
- Herman, J.L.:** Trauma a uzdravenie. Násilie a jeho následky – od týrania v súkromí po politický teror. Bratislava: Aspekt; 2001: 342.
- Hofmann, A., EMDR.:** Terapie psychotraumatických stresových symptómov. Trenčín: Vydavateľstvo F; 2006: 252.
- Horowitz, M.J.:** Liečba syndrómov podmienených stresom. Trenčín: Vydavateľstvo F; 2004: 111.
- Kampfhammer, H.P.:** Zur Neurobiologie von Trauma, Dissociation und Somatisierung. In: Rimmel A, Kernberg OF, Vollmoeller W, Strauss B Hrsg. Handbuch Körper und Persönlichkeit. Entwicklungspsychologie, Neurobiologie und Therapie von Persönlichkeitsstörungen. Stuttgart: Schattauer; 2006: 345-365.
- Kessler, R.C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., Nelson, C.B.:** Posttraumatic stress disorder in the national comorbidity survey. Arch Gen Psychiatry 1995; 52: 1048-60.
- Lamprecht, F.:** Praxis der Traumatherapie. Was kann EMDR leisten? Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta; 2000: 238.
- Levenson, H., Butler, S.F., Rowers, T., Beitman, B.O.:** Krátka dynamická a interpersonálna psychoterapia. Stručný sprievodca. Trenčín: Vydavateľstvo F; 2005: 174.
- Luxenberg, T., Spinazzola, T., van der Kolk, B.A.:** Complex Trauma and Disorders of Extreme Stress (DESNOS) Diagnosis, Part One: Assessment. Directions in Psychiatry; 2001: 21: 373-393.
- Matthess, H., Nijenhuis, E.:** Wie behandeln wir Patienten mit schwerer struktureller Dissoziation der Persönlichkeit? Therapeutische Möglichkeiten bei schwerer dissoziativer Persönlichkeitsdesintegration. In: Wöller W. Trauma und Persönlichkeitsstörungen. Psychodynamisch-integrative Therapie. Stuttgart: Schattauer; 2006: 465-482.
- Mol, S.S.L., Arntz, A., Metzmakers, J.F.M., Dinant, G.-J., Vilters van Montfort, P.A.P., Knottnerus, J.A.:** Symptoms of post-traumatic stress disorder after non-traumatic

- events: evidence from an open population study. *British Journal of Psychiatry* 2005; 186: 494-499.
- Moskowitz, A., Schafer, I., Dorahy, M.J.:** Psychosis, trauma and dissociation. West Sussex: Wiley and Sons; 2008: 358.
- Mylle, J., Maes, M.:** Partial posttraumatic stress disorder revisited. *Journal of Affective Disorders* 2004; 78(1): 37-48.
- Novalis, P.N., Rojcevicz, S.J., Peele, R.:** Klinická príručka podpornej psychoterapie. Trenčín: Vydavateľstvo F; 1999: 421.
- Panksepp, J.:** Affective neuroscience. The foundations of human and animal emotions. Oxford: Oxford University Press, 1998: 466.
- Phillips, M., Frederic, C.:** Handbuch der Hypnotherapie bei posttraumatischen und dissoziativen Störungen 2. Auflage. Heidelberg: Carl-Auer; 2007: 424.
- Ralaus, D.:** Spracovanie traumatických zážitkov pomocou očných pohybov EMDR. *Psychiatria* 2006; 13 (3-4): 167-176.
- Shapiro, F.:** EMDR Eye Movement Desensitization and Reprocessing. Grundlagen und Praxis. Handbuch zur Behandlung traumatisierter Menschen. Paderborn: Junfermann; 1998: 485.
- Schauer, M., Neuner, F., Elbert, T.:** Narrative Exposure Therapy. A Shortterm Intervention for Traumatic Stress Disorders after War, Terror, Torture. Cambridge/Göttingen: Hogrefe, Huber Publishers; 2005:68.
- Schlegel, L.:** Základy hlbinej psychológie s osobitným zreteľom na neurozológiu a psychoterapiu. Diel I,II,III. Trenčín: Vydavateľstvo F; 2005: 538.
- Smolík, P.:** Duševní a behaviorální poruchy. Průvodce klasifikací. Nástin nozologie. Diagnostika. 2. rozšířené vydání. Praha: Maxdorf; 2002: 506.
- Smucker, M.R., Dancu, C., Foa, E.B., Niederee, J.L.:** Imagery Rescripting: A new treatment for survivors of childhood sexual abuse suffering from posttraumatic stress. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 1995; 9: 3-17.
- Steiner, B., Krippner, K.:** Psychotraumatheapie. Tiefenpsychologisch-imaginative Behandlung von traumatisierten Patienten. Stuttgart:Schattauer; 2006: 355.
- Stickgold, R. , EMDR:** A putative neurobiological mechanism of action. *Journal of Clinical Psychology*, 2002: 58, 61-75.
- Světová zdravotnická organizace:** MKCH-10 Duševní poruchy a poruchy chování. Diagnostické kritéria pro výskum. Praha: Psychiatrické centrum Praha; 1996: 179.
- Tagay, S., Repic, N., Senf, W.:** Traumafolgestörungen bei Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen. *Psychotherapeut*; 2011:1-12.
- Teicher, M.H., Samson, J.A., Polcari, A., McGreenery, C.E.:** Sticks, stones and hurtful words Relative effects of various forms of childhood maltreatment. *American Journal of Psychiatry* 2006: 163: 993-1000.
- Terr, L.M.:** Childhood traumas: An outline and overview. *American Journal of Psychiatry*; 10-20,1991: 148.
- Ungerer, O., Deter, H.C., Fikentscher, E., Konzag, T.A.:** Verbesserte Diagnostik von Traumafolgestörungen durch den Einsatz der Life-Stressor Checklist. *Psychother Psych Med* 2010; 60: 434-441.
- Van der Hart, O., Brown, P.:** Abreaction re-evaluated. *Dissociation*; 1992; 5: 127-40.
- Van der Hart, O., Dorahy, M.J.:** History of the concept of dissociation. In: Dell P, O'Neil J, ed. *Dissociation and the Dissociative Disorders: DSM-V and beyond*. New York: Routledge; 2009: 3-26.
- Vojtová, H., Hašto, J.:** Neurobiology of Eye Movement Desensitization and Reprocessing. *Activitas Nervosa Superior*, 51, 2009, č. 3, s. 98-102.
- Warner, D., Schmidt, I., Heim, C.:** Psychobiologie der Posttraumatischen Belastungsstörung. In: Remmel A, Kernberg OF, Vollmoeller W, Strauss B, Hrsg. *Handbuch Körper und Persönlichkeit. Entwicklungspsychologie, Neurobiologie und Therapie von Persönlichkeitsstörungen*. Stuttgart: Schattauer, 2006, s. 321-344.
- Wittchen, H.U., Wunderlich, U., Gruschwitz, S., Zaudig, M.:** SKID-I. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV. Achse I: Psychische Störungen. Interviewheft. Göttingen: Hogrefe; 1997: 122.
- Wöller, W., Kruse, J.:** Hlbinná psychoterapia, Trenčín: Vydavateľstvo F; 2011: 536.
- Wöller, W.:** Trauma und Persönlichkeitsstörungen. Psychodynamisch-integrative Therapie. Stuttgart: Schattauer; 2006: 570.
- Wolpe, J.:** The Practice of Behavior Therapy. New York: Pergamon Press; 1969.

Do redakcie došlo 10.1.2013.