

Posttraumatická stresová porucha

doc. MUDr. Jozef Hašto, PhD.^{1,2,3}, Mgr. Hana Vojtová⁴

¹Psychiatrická ambulancia, Pro mente sana, s.r.o., Trenčín

²Institut sociálneho zdravia, Palackého univerzita, Olomouc, ČR

³Univerzita sv. Alžbety, Bratislava

⁴Denný psychiatrický a psychoterapeutický stacionár, Trenčín

Článok sa venuje diagnostike, neurobiológii a terapii posttraumatickej stresovej poruchy. Kladie dôraz na využitie pochopenia biologického podkladu poruchy v terapii, a najmä psychoterapii poruchy. Psychoterapiu traumou podmienených porúch člení na tri fázy: stabilizačnú, fázu spracovania traumy a integrácie.

Kľúčové slová: posttraumatická stresová porucha, neurobiológia, psychoterapia.

Posttraumatic stress disorder

The article covers the diagnosis of posttraumatic stress disorder, its neurobiology and therapy. The emphasis is on understanding the biological determinants of the disorder and using this understanding in therapy, especially psychotherapy of the disorder. Psychotherapy of trauma-related disorders is divided into three phases: stabilization, trauma-reprocessing and integration.

Key words: posttraumatic stress disorder, neurobiology, psychotherapy.

Psychiatr. prax; 2014; 15(1): 22–25

Diagnostika

Vydanie novej americkej klasifikácie chorôb DSM-5 predchádzali ohnivé diskusie ohľadne posttraumatických porúch. Záujem o psychotraumatológiu v posledných desaťročiach posunul výskum i klinickú prax významne dopredu a vznikla potreba zahrnúť nové poznanie aj do diagnostických manuálov. Hoci sa napokon v DSM-5 (1) neobjavili žiadne zásadné posuny, stoja za krátku zmienku v rámci časti o diagnostike posttraumatickej stresovej poruchy (PTSP). Kým v predchádzajúcej americkej klasifikácii je PSTP zaradená pod úzkostné poruchy, v DSM-5 sa nachádza v časti Poruchy spôsobené traumou a stresorom, čo presnejšie zodpovedá oveľa komplexnejšej symptomatike PTSP a zohľadňuje aj etiologický aspekt, ktorý je pre túto poruchu špecifický.

MKCH-10 uvádza PTSP 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 prenikavé rozrušenie takmer u každého.
- B** Znovuprežívanie udalosti (živé spomienky, opakujúce sa sny alebo prežívanie úzkosti v situáciách pripomínajúcich traumy).
- C** Vyhybanie sa situáciám pripomínajúcich traumy.
- D** Aspoň niektorý zo znakov:
 1. neschopnosť spomenúť si úplne alebo čiastočne na niektoré okolnosti z doby, keď došlo k stresujúcej udalosti,

2. zvýšená senzitivita a vzrušivosť, napr. poruchy zaspávania alebo kontinuity spánku, podráždenosť alebo výbuchy zlosti, ťažkosti s koncentráciou, hypervigilancia, prehnané úľakové reakcie.

E Symptómy sa objavili do 6 mesiacov od stresoru. Nevyklučuje sa ale aj oneskorený začiatok.

DSM-5 zahrňuje v kritériu A aj možnosť, že bol človek priamo svedkom takejto udalosti, dozvedel sa o nej nepriamo (ak sa týkala jeho blízkych) alebo bol opakovane vystavený detailom podobných udalostí (čo zahŕňa sekundárnu traumatizáciu napr. záchranárov, policajtov a pod.).

Zahŕňa tiež disociatívny podtyp PTSP (navrhnutý Lanius et al. (2)), ktorý sa namiesto silných emočných reakcií prejavuje disociatívnymi symptómami, ako je odpojenie sa od vlastného prežívania alebo okolia (depersonalizácia, derealizácia, peritraumatická disociácia). Do kritérií DSM-5 sa dostali aj pretrvávajúce negatívne presvedčenia o sebe, druhých a svete, ako aj pretrvávajúce negatívne nálady a emócie (strach, vina, hnev...) a neschopnosť prežívať pozitívne emócie; pribudlo sebapoškodzovanie (nie je však podmienkou pre diagnózu).

Z hľadiska psychotraumatológie je asi najväčším nedostatkom súčasných klasifikácií chýbanie možnosti jasne diagnostikovať komplexné posttraumatické poruchy, ktoré vznikajú ako následok opakovaného vystavenia nadmerným stresorom, často v detstve, a ktorých klinický obraz obsahuje okrem príznakov PTSP aj mno-

hé ďalšie závažné symptómy: chronická emočná dysregulácia, zmeny pamäti a pozornosti, zmenené sebnávanie, vnímanie páchatel'a a druhých, somatizácia, posuny vo významových systémoch. Najvýznamnejšie pokusy o definíciu komplexnej PTSP, resp. poruchy pri extrémnej záťaži, sú staré vyše dvoch desaťročí, zaslúžili sa o ne Judith Lewis Herman (3) a Bessel van der Kolk (4).

Komorbidity iných psychiatrických porúch, typická pre PTSP (uvádza sa až 80 %), by do istej miery mohla byť zahrnutá práve v zmienom koncepte komplexnej PTSP. Pomerne typickým je aj výskyt podprahových PTSP (symptómy nedosahujú syndrómový diagnostický prah) a parciálnych PTSP (po psychotraume sa vyskytnú iné symptómy, než sú typické pre PTSP), ako aj výskyt PTSP po udalostiach, ktoré nespĺňajú kritérium A pre traumatickú udalosť a predstavujú skôr relatívne „bežné“ životné stresory. Ľudia v týchto kategóriách trpia významným znížením kvality života a/alebo fungovania a tiež môžu potrebovať odbornú pomoc.

Z klinickej skúsenosti a z výskumov vieme, že PTSP je len jedným z možných psychických následkov traumatizácie. V psychiatrickej praxi sa bežne stretávame s mnohými inými diagnózami, na ktorých vzniku a priebehu sa významne podieľali traumatické zážitky: poruchy nálady, úzkostné poruchy, poruchy osobnosti, závislosti, disociatívne poruchy, ale aj psychotické poruchy so symptómami zo schizofrénneho okruhu. Pacienti sami si niekedy sotva vedia symptómy, ktoré ich trápia, dať do súvislosti s tým, čo prežili.

Je úlohou odborníka, aby sa v rámci snímania anamnézy dôkladne zamerl na možnú traumatogénnu etiológiu ťažkostí. Rozpoznanie podielu psychotraumatických zážitkov na klinickom obraze a dynamike ochorenia by malo byť podkladom pre posúdenie liečebného postupu, ako aj súčasťou psychoedukácie pacienta.

K základným poznatkom klinického psychotraumatologického výskumu týkajúceho sa syndrómového vyjadrenia a dynamiky klinických obrazov (27) patrí zistenie, že samotná psychická trauma môže teda viesť cez akútnu stresovú poruchu alebo bez nej do PTSP a tá do zmeny osobnosti alebo poruchy osobnosti. Trauma ale môže viesť aj priamo, teda nielen cez akútnu stresovú poruchu a PTSP, do klinického obrazu poruchy s depresiou a/alebo úzkosťou, somatizáciou, abúsom látok a závislosťou alebo disociáciou. Trauma môže tiež vyvolať priamo alebo cez akútnu stresovú poruchu obraz určitej formy adaptačnej poruchy. Ktorákoľvek zo zmiených traumatogénnych porúch môže časovo neskôr získať PTSP symptomatiku alebo ju PTSP môže nahradiť. Salutogenéza smerujúca k úzdru, teda k integrácii a kompenzácii traumy môže znamenať, že traumou človek zvláda bez klinickej symptomatiky alebo sa to stane po adaptačnej poruche, prípadne po ktoromkoľvek z ďalších zmiených klinických obrazoch. Pozoruhodné tiež je, že posttraumatický rozvoj nie je viazaný len na bezsymptómový stav. Pri psychickej traume v anamnéze, aj keď je človek bez sympómov, by sme ale vždy mali myslieť na možnosť skrytej neurobiologickej vulnerability a zvýšené riziko traumatogénnej poruchy pri expozícii ďalším traumatickým alebo silne stresujúcim udalostiam.

Viaceré dotazníky, ktoré môžu pomôcť pri diagnostike PTSP a psychickej traumatizácie sú uvedené v prílohe knihy Posttraumatická stresová porucha (5).

Epidemiológia

Prevalenciu PTSP na reprezentatívnej vzorke 6 000 osôb skúmali dôkladne Kessler et al. v USA (6). Celoživotná prevalencia PTSP u žien bola 10,4 %, u mužov 5 %; bodová prevalencia za uplynulý mesiac 2,8 % (priemer muži aj ženy). Približne 51 % žien a 61 % mužov z celkovej vzorky prežilo stresor, ktorý zodpovedal kritériu A podľa DSM-IV. Po psychotraume v dospelosti (vzorka znásilnených žien) sa symptomatika PTSP vyskytuje v 1. týždni až v 94 %, po 3 mesiacoch v 47 %, po rokoch v 10 – 25 % (7). Zdá sa, že väčšina zasiahnutých sa spontánne uzdraví, avšak s plynúcim časom a pretrváváním symp-

Tabuľka 1. Psychobiologické obranné stavy podľa Baldwin

Bezpečie	Žiadne nebezpečenstvo	Relaxácia; myorelaxácia, tep 60 – 80/min, vysoká srdcová koherencia, dominuje ventrálny parasymptikus, sympatikus rôzne; zapojenie do sociálnej interakcie
Ostražité zamrznutie	Ohrozenie zatiaľ nezhodnotené	Poplach, opatrnosť, nastupujúci strach; stuhnuté svaly, schopnosť a pripravenosť na rýchly pohyb; tep nad 85 – 90/min; aktivácia sympatika, deaktivácia ventrálneho parasymptika
Útek (aktívna obrana)	Ohrozenie môže byť zvládnuteľné	Strach alebo panika; impulz utekať; studené ruky; pohyby nôh; rýchle dýchanie; potenie; tep > 100/min; silná aktivácia sympatika
Útok (aktívna obrana)	Ohrozenie môže byť zvládnuteľné	Hnev, agresia alebo úzkosť; impulz udrieť alebo kopnúť; teplé ruky; zatiaľ päsťe, napäté ramená a ruky; adrenalinová aktivita; rýchle dýchanie, potenie; tep > 100/min; silná aktivácia sympatika
Zamrznutie (imobilizácia)	Ohrozenie bez úniku	Strach alebo hrôza; hypervigilancia; tonická paralýza; napätie v žalúdku; tep ~100, búšenie srdca; rýchle, plytké dýchanie; silná aktivácia sympatika súčasne s dorzálnym parasymptikom
Kolaps (imobilizácia)	Ohrozenie bez úniku, žiadna iná obrana nie je možná	Beznádej, vzdanie sa, hanba; odpojenie sa, stavy podobné tranzu; otupenie, analgézia (endogénne opioidy); ochabnutá imobilizácia; tep ≤ 60/min; plytké pomalé dýchanie; „stanie sa mŕtvym“; výrazne znížená aktivita sympatika, silná aktivácia dorzálného parasymptika; synkopa, riziko smrti

Upravené podľa Baldwin (13), s. 1560

tómov rastie riziko chronifikácie neliečených PTSP. V niektorých vzorkách sa uvádza až štvrtina psychotraumatizovaných jedincov, kde symptómy pretrvávajú roky po udalosti.

K prevalencii PTSP v populácii hospitalizovaných psychiatrických pacientov u nás môžeme odkázať na článok Hašto et al. (8).

Pozoruhodná je skutočnosť, že časť ľudí je natoľko odolná (resiliencia), že dokáže prežiť traumou spracovať bez psychopatologických následkov aj bez formálnej psychoterapie alebo farmakoterapie. Niektorých dokonca zážitok psychickej traumy osobnostne pozitívne posunie k hlbšiemu chápaniu života, empatii a pomoci druhým. Tento fenomén sa vyskytuje aj u tých, ktorí trpeli traumatogénnou poruchou a pomohla im psychoterapia a dokonca aj keď parciálne symptómy pretrvávajú (9, 10, 11). Tieto literárne údaje sú v zhode aj s našimi klinickými skúsenosťami.

Neurobiológia

Posttraumatická stresová porucha vzniká ako následok traumatického stresu. Ak je organizmus vystavený extrémnemu stresu, resp. stresu, ktorý presahuje jeho aktuálne schopnosti zvládania, dochádza k dysregulácii komplexných neurobiologických systémov – autonómneho nervového systému, osi HPA, noradrenergického systému s locus coeruleus, neuronálnych okruhov spájajúcich limbický systém s prefrontálnou kôrou (12).

Baldwin (13) poukazuje na to, že súčasné definície PTSP rátajú so sympatikovou hyperaktiváciou (útok – útek; znovuprežívanie, nadmerné nabudenie) a zanedbávajú účasť para-

sympatiku. Parasymptikus sa delí na ventrálny, ktorý je aktívny v stave relaxácie, prevažuje pri priateľskej sociálnej interakcii a umožňuje flexibilné udržiavanie autonómnej rovnováhy so sympatikom; a dorzálny, ktorého aktivácia sa prejavuje ochabnutím a môže byť zodpovedná napr. za smrť v prípade voodoo rituálov. Opisuje päť základných psychobiologických obranných reakcií na nebezpečenstvo: ostražité zamrznutie, útek, útok, vydesené zamrznutie a kolaps (pozri tabuľku 1). Uvedené poradie zodpovedá situáciám od objavenia sa nebezpečenstva a jeho posúdenia, cez ohrozenie, ktoré sa subjektu javí ako vlastnými kapacitami zvládnuteľné, až po také, ktoré vyhodnocuje ako úplne nezvládnuteľné, nedá sa riešiť ostražitosťou, útokom ani útekom, zostáva len imobilizácia s ustrnutím alebo kolapsom. Všetky tieto reakcie sú za určitých okolností adaptívne, môžu však pretrvávajúť aj po odznení nebezpečnej situácie a formovať posttraumatickú symptomatiku. Zatiaľ čo aktívne obrany môžu prechádzať časom do symptomatiky zodpovedajúcej napr. panickej poruche alebo výbuchom zlosti a sekundárne prispieť napr. k vzniku rôznych závislostí, pasívne obranné reakcie sa môžu prejavovať napr. ako depresie a disociatívne kolapsové stavy.

Pri opakovanom výskyte traumatických zážitkov, najmä v detstve, sa môžu stať habituálnymi reakciami a aj nepatrné stresory môžu byť potom neskôr spúšťačom silných, už maladaptívnych, obranných reakcií. Ak si všimame tieto reakcie u pacientov, s ktorými sme priamo v kontakte, môžeme získať veľmi užitočné informácie pre terapeutickú prácu.

Podobne silne neurobiologicky podmienené sú posttraumatické reakcie súvisiace so znovuprežívaním, pretrváváním negatívnych presvedčení a emočnej dysregulácie. U pacientov s PTSP bola opakovane pozorovaná zvýšená reaktivita amygdaly, ktorá sa prejavuje prežívaním strachu a hnevu, pri súčasnej zníženej aktivite prefrontálnych oblastí, ktoré sú sídlom exekutívnych funkcií a za normálnych okolností majú za úlohu regulovať emócie. Recipročná inhibícia týchto oblastí spôsobuje, že ani opakovanými návratmi do spomienok sa tieto nespracujú, ale zostávajú uchované v pamäti v pôvodnej fragmentovanej podobe s vôľou neovládateľnými sprievodnými psychickými a vegetatívnymi prejavmi.

PTSP niektorí autori konceptualizujú ako „poruchu pamäti“, resp. poruchu spracovania informácií v CNS. Informácie, ktoré sa do CNS dostali v čase traumatického zážitku, nie sú adaptívne spracované a sú zapamätané odlišným spôsobom ako bežné spomienky. Hovorí sa o „horúcich pamäťových stopách“ (23). Popri už zmienených odlišnostiach, chýbajú kontextové súvislosti sprostredkované pri normálnych spomienkach hipokampom. Viaceré štúdie našli znížený objem hipokampu u ľudí s PTSP, pričom existujú hypotézy o príčinnej súvislosti v oboch smeroch: znížený objem hipokampu je následkom nespracovanej traumatizácie vs. je príčinou neschopnosti CNS traumatické skúsenosti spracovať (12).

Neschopnosť pacientov o traume hovoriť má svoj neurobiologický korelát v deaktivácii Brocovej oblasti kôry pri extrémnom strese (21). Takže stav, ktorý sa v ľudovej slovesnosti vyjadruje ako „onemieť hrôzou“ a má svoje podoby aj v gréckej mytológii, má aj svoj neurobiologický korelát. Traumatizovaní sa tiež nie zriedka vyjadrujú, že to, čo zažili sa nedá opísať slovami.

Na psychopatológii PTSP sa podieľa množstvo neurochemických systémov, ktoré reagujú na stres: zmeny vo fungovaní neurotransmitterov norepinefrínu, sérotonínu, GABA, neuropeptidu Y; endokrinné zmeny sú najvýraznejšie pozorovateľné na hladinách kortizolu (12).

Terapia

V liečbe PTSP sa psychoterapia ukazuje účinnejšia než farmakoterapia. V prípade potreby je ideálne spojenie farmakoterapie a psychoterapie.

Z hľadiska farmakoterapie je podľa doterajších výsledkov kontrolovaných štúdií PTSP najlepšie ovplyvniteľná paroxetínom a sertralínom, prípadne mirtazapínom a venlafaxínom. Liečba

si vyžaduje vyššie dávky než pri depresii, začína sa nízkou dávkou, plnú dávkou treba udržať aspoň 8 týždňov, kým sa dostatočne môže prejavíť efekt. Ak je pozitívny, odporúča sa podávanie aspoň na 1 – 2 roky. Riziko relapsu je po vysadení pomerne vysoké. Podávanie benzodiazepínov je relatívne kontraindikované, pretože narúša prirodzenú architektúru spánku a tým znižuje pravdepodobnosť spracovania zážitkov v spánku a snívaní, čo je jeden zo spôsobov, akými sa v nervovej sústave konsolidujú spomienky. Spánok môžu zlepšiť hypnotiká, ale aj olanzapín a quetiapín. Atypické antipsychotikum môže pomôcť, ak sa objavujú psychózu pripomínajúce klinické obrazy, valproát v prípade agresie (14).

Psychoterapia

Pre psychoterapiu posttraumatických porúch je dôležité porozumenie neurobiológii, ktorá je ich podkladom. Uvedomenie si, ako sú reakcie traumatizovaných pacientov podmienené biologicky, nám pomôže lepšie im porozumieť, ale aj pristupovať k nim s väčšou trpezlivosťou a empatiou.

Už Pierre Janet definoval tri fázy terapie traumy: stabilizácia, spracovanie traumy a napokon integrácia a nová orientácia. Tieto fázy bývajú vždy prítomné, psychoterapeutické smery sa líšia v technikách, ktoré vyžívajú. Prvým princípom psychotraumatoterapie je vytvorenie maximálneho možného kontrastu so situáciou traumy, ktorá bola ohrozujúca, nečakaná a nekontrolovateľná. Terapeut sa preto snaží vytvoriť pocit bezpečia, byť predvídateľný a dať pacientovi kontrolu nad tým, čo sa deje v terapii, i nad vlastným prežívaním (15). Významným nástrojom je tu psychoedukácia. Pacient by mal dostať základné informácie o tom, čo je trauma, ako zvyknú ľudia na podobné situácie reagovať a že jeho reakcie sú „normálnymi reakciami na nenormálnu situáciu“. Mal by sa dozvedieť, čo je predpokladom uzdravenia, čo mu napomáha a čo ho môže brzdiť – čo môže pre to urobiť sám; a čo je to psychoterapia, akým spôsobom terapeut pracuje a čo môže od psychoterapie pacient očakávať.

Niekedy už samotná psychoedukácia spôsobí zásadný obrat v prežívaní pacienta a naštartuje samouzdravné mechanizmy. Zároveň dostáva pacienta do aktívnej pozície spolupracovníka na terapii, čo môže významne zvýšiť compliance. Od prvého kontaktu terapeut buduje s pacientom základný bezpečný vzťah dôvery, akceptácie, otvorenosti. Ďalšou súčasťou stabilizačnej fázy sú rôzne techniky, ktoré pacient môže používať pre reguláciu emócií a zvyšovanie tole-

rancie afektov. Patria sem cvičenia na uzemnenie a sprítomnenie sa tu a teraz (zastavovanie disociatívnych stavov, či už v zmysle „flešbekov“ alebo otupenia a odpojenia sa), jednoduché telesné cvičenia; imaginácie napr. bezpečného miesta, „trezora“ na odkladanie traumatických spomienok, pomáhajúcich bytostí; cvičenia využívajúce princípy plného uvedomovania (mindfulness); dychové cvičenia na upokojenie a pod.

Cieľom stabilizácie je redukovat symptomaticku natoľko, aby pacient dokázal zvládať každodenný život, a aby sa zvýšili jeho kapacity pre neskoršie spracovanie traumatických zážitkov (15). Pri účinnej stabilizácii pacient tiež získava dôveru v psychoterapiu.

Tak ako u dieťaťa bezpečná základňa umožní v ďalšom vývine zdravú exploráciu (16), pri psychoterapii je vytvorenie bezpečia v terapeutickom settingu predpokladom pre ďalšiu fázu: preskúmanie traumatických zážitkov.

Vo fáze spracovania traumy rôzne psychoterapeutické smery využívajú rôzne metodiky. Princípom je však vždy to isté: aktivácia traumatických spomienok v novom kontexte poskytujúcom bezpečie, porozumenie a akceptáciu a umožňujúcom slobodné skúmanie a prežívanie. Pacient sa vracia k svojim zážitkom, ich perцепným, telesným, emočným i kognitívnym aspektom a prítomnosť terapeuta a využitie konkrétnych techník mu dáva šancu vnímať, emočne prežívať i verbalizovať a tak skladať roztrieštené fragmenty traumatických spomienok. Podmienkou spracovania je duálna pozornosť: schopnosť pacienta byť si súčasne vedomý minulosti, ktorú znovuprežíva a prítomnosti, v ktorej sa deje terapeutický proces. Vďaka tomu sa môžu spomienky spracovať a integrovať a uložiť už konštruktívne modifikované.

Na tieto základné princípy upozornili už Freud a Janet začiatkom minulého storočia, čím položili základy modernej psychotraumatológie.

Poslednou fázou terapie je integrácia a nová orientácia. Jej súčasťou býva odsmútenie si toho, čo sa stalo alebo toho, čo nikdy nebolo a malo byť. Ak sa podarí traumy spracovať, môže sa objaviť nový zmysel a perspektíva.

Najviac empirických štúdií potvrdzujúcich účinnosť sa týka kognitívno-behaviorálnej terapie (KBT) (17). Zaujímavý prístup prepisovania traumatických zážitkov v imaginácii načrtnol Praško et al. (18). Transkultúrne univerzálna a empiricky overená je tiež naratívna expozičná terapia (25). V rámci spektra psychodynamických psychoterapií je známy a overený Horowitzov prístup (19), pozoruhodná metodika bola rozpracovaná v katatýmne imaginatívnej psycho-

terapii, špeciálne pre dlhodobu opakovanu a od detstva traumatizovaných (20). Medzi novšie, avšak sľubné prístupy patrí EMDR (desenzitizácia a spracovanie pomocou očných pohybov), metóda, ktorá pri spracovávaní zážitkov využíva tzv. bilaterálnu stimuláciu a predpokladá, že jej využitie má priamy efekt na naladenie nervovej sústavy (ANS a CNS) spôsobom, ktorý facilituje optimálne spracovanie informácií (21, 22). S užitočnými technikami prišla tiež moderná hypnoterapia (napr. 24). Psychiater a psychoterapeut zvyknutý v praxi sa opierať o koncept suportívnej psychoterapie si bude podľa typu pacienta a štádia poruchy vyberať to najlepšie a najvhodnejšie z psychoterapeutických metód, samozrejme to predpokladá oboznámenosť a zručnosť v rôznych prístupoch (26).

Záver

Posttraumatická stresová porucha vzniká ako následok extrémnej záťaže, s ktorou sa organizmus v danej chvíli nedokáže vyrovnáť.

Diagnostické manuály neposkytujú celkom uspokojivé definície PTSP. Hneď prvé diagnostické kritérium je kontroverzné: vymedzenie traumatickej udalosti. V praxi následkom traumatickej udalosti často bývajú iné psychické poruchy, alebo podprahové či čiastočné PTSP, alebo sa plne vyjadrená PTSP rozvinie ako následok udalosti, ktorá nemá vyžadovaný výnimočne nebezpečný alebo katastrofický charakter. Úplne chýba zahrnutie komplexnej PTSP.

Neurobiológia PTSP zasahuje komplexné systémy reagujúce na stres, predovšetkým HPA os, autonómny nervový systém, neuronálne okruhy limbického systému a prefrontálnej kôry, ako aj systémy viacerých neurotransmiterov. Porozumenie neurobiológii PTSP nám môže pomôcť kompetentnejšie plánovať terapiu.

V terapii PTSP sa uplatňuje predovšetkým psychoterapia, ktorú môžeme rozdeliť do troch fáz: stabilizačnej, konfrontačnej (expozičnej) a integračnej. Významnou zložkou ovplyvňujúcou efektívnosť psychoterapie môže byť zmysluplná psychoedukácia pacienta a vybudovanie dobrého pracovného spojenectva na báze bezpečia a porozumenia v terapeutickom vzťahu.

Literatúra

1. American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-5. (Washington DC, London: APA).
2. Lanius R, Vermetten E, Loevenstein R, Brand B, Schmahl Ch, Bremmer D, Spiegel D. Emotion Modulation in PTSD: Clinical and Neurobiological Evidence for a Dissociative Subtype. *Am J Psychiatry*. 2010;167(6):640–647.
3. Herman JL. *Trauma a uzdravenie. Násilie a jeho následky – od týrania v súkromí po politický teror*. Bratislava: Aspekt 2001.
4. van der Kolk BA, Roth S, Pelcovitz D, Sunday S, Spinazzola J. Disorders of Extreme Stress: The Empirical Foundation of a Complex Adaptation to Trauma. *Journal of Traumatic Stress*. 2005;18/5:389–399.
5. Hašto J, Vojtová H. *Posttraumatická stresová porucha, bio-psycho-sociálne aspekty. EMDR a autogénny tréning pri pretrvávajúcom ohrození. Prípadová štúdia*. Trenčín: Vydavateľstvo F; 2012:190 s.
6. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic stress disorder in the national comorbidity survey. *Archives of General Psychiatry*. 1995;52:1048–60.
7. Frommberger U, Maercker A. Posttraumatische Belastungsstörung. In: Vorderholzer U & Hohagen F, eds. *Therapie psychischer Erkrankungen. State of the Art*. 6. Auflage. München: UrbanFischer; 2011:209–218.
8. Hašto J, Švančarová O, Suško J, Gyén D. Posttraumatická stresová porucha – prevalencia u psychiatrických hospitalizovaných pacientov. *Psychiatria pre prax*. 2011;12(4):161–164.
9. Mareš J. *Posttraumatický rozvoj človeka*. Praha: Grada Publishing; 2012.
10. Tagay S, Repic N, Senf W. Traumafolgestörungen bei Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen. *Psychotherapeut*. 2011:1–12.
11. Fookien I. Resilienz und posttraumatische Reifung. In: Maercker A (Hrsg). *Posttraumatische Belastungsstörungen*. 4. vollständig überarbeitete und aktualisierte Auflage. Berlin: Springer; 2013:71–94.
12. Sherin JE, Nemeroff ChB. Post-traumatic stress disorder: the neurobiological impact of psychological trauma. *Dialogues Clin Neurosci*. 2011;13(3):263–278.
13. Baldwin DV. Primitive mechanisms of trauma response: An evolutionary perspective on trauma-related disorders. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. 2013;37:1549–1566.
14. Benkert O, Hippus H. *Kompendium der Psychiatrischen Pharmakotherapie*. 8. Auflage. Berlin: Springer 2011.
15. Matthes H. *Informácie z výcviku v psychotraumatológii a EMDR*. Trenčín 2003–2009.
16. Hašto J. *Vztáhová väzba. Ku koreňom lásky a úzkosti*. Trenčín: Vydavateľstvo F; 2005.
17. Benedek DM, Wynn GH. *Clinical Manual for Management of PTSD*. Washington: American Psychiatric Publishing, 2011.
18. Prasko J, Grambal A, Kamaradova J, Jelenova D. Imagery rescripting of traumatic or distressing stories from childhood. *Actas Nervosa Superior Rediviva*. 2012;54(3):113–120.
19. Horowitz MJ. *Liečba syndrómov podmienených stresom*. Trenčín: Vydavateľstvo F; 2004.
20. Steiner B, Krippner K. *Psychotraumatologie. Tiefenpsychologisch-imaginative Behandlung von traumatisierten Patienten*. Stuttgart: Schattauer 2006.
21. Hofmann A. *EMDR. Terapie posttraumatických stresových syndrómov*. Trenčín: Vydavateľstvo F; 2006.
22. Shapiro F. *Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR): Basic Principles, Protocols, and Procedures*. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2001.
23. Fischer G, Riedesser P. *Lehrbuch der Psychotraumatologie*. 4. Auflage. München: Ernst Reinhardt Verlag; 2009.
24. Phillips M, Frederick C. *Handbuch der Hypnotherapie bei posttraumatischen und dissoziativen Störungen*. Heidelberg: Carl-Auer Systeme Verlag; 2007.
25. Schauer M, Neuner F, Elbert T. *Narrative Exposure Therapy. A Short-Term Treatment for Traumatic Stress Disorders*. Göttingen: Hogrefe; 2011.
26. Novalis PN, Rojewicz SJ, Peele R. *Klinická príručka podpornej psychoterapie*. Trenčín: Vydavateľstvo F; 1999.
27. Flattem G, et al. Posttraumatische Belastungsstörung. S3-Leitlinie und Quellentexte. In Abstimmung mit dem AWMF-Fachgesellschaften DeGPT, DGMP, DKPM, DGPs, DGPT, und DGPPN. Stuttgart: Schattauer; 2013.

doc. MUDr. Jozef Hašto, PhD.

Psychiatrická ambulancia,
Pro mente sana, s.r.o.
Palackého 21, 911 01 Trenčín
j.hasto.tn@gmail.com