

Z odbornej literatúry

Poruchy regulácie emócií pri komplexných traumatogénnych poruchách Psychoterapeutické intervencie

Wöller, W.: Störungen der Emotionsregulierung bei komplexen Traumafolgestörungen.

Psychoterapeutische Interventionen. Nervenarzt 2006, 77, s. 327-332.

Spracoval Jozef Hašto

Autor článku, dr. med. Wolfgang Wöller je privátny docent, psychiater, psychoterapeut, psychoanalytik, lekár so špecializáciou aj pre psychoterapeutickú medicínu (v minulosti sa v Nemecku označovala ako „psychosomatická medicína“), je šéfkár prestížnej Psychosomatickej a psychoterapeutickej kliniky v Bad Honnef. Viacerí slovenskí psychiatri a psychológovia mali možnosť sa s ním zoznámiť na seminároch o psychotraumatológii a EMDR v Trenčíne. Publikoval dve pozoruhodné, rozsiahle a didakticky skvelé monografie: Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie. Basisbuch und Praxisleitfaden (Hlbinná psychoterapia. Základy a vodidlá pre prax; Slovenské vydanie je plánované na rok 2008/2009) a Trauma und Persönlichkeitstörungen. Psychodynamisch – integrative Therapie (Trauma a poruchy osobnosti. Psychodynamicko – integratívna terapia, 2007). Autor je zjavne mimoriadne kompetentný vyjadrovať sa k problematike traumatogénnych porúch a ich terapii.

Pri liečbe traumatogénnych komplexných porúch je častým problémom *porucha regulácie emócií*. Vieme, že emočná instabilita patrí k jadrovým diagnostickým kritériám borderline poruchy osobnosti a vieme, že v anamnéze týchto pacientov sa často zisťujú traumatizácie. Poruchy regulácie emócií sa ale vyskytujú aj pri iných klinických obrazoch, ktoré majú traumatogénny pôvod. Príklady: disociačné poruchy, somatizačné poruchy, chronické (pretrvávajúce) zmeny osobnosti; súhrne sa hovorí aj o „komplexnej posttraumatickej stresovej poruche“ („complex PTSD“).

Na rozdiel od typických afektívnych porúch, resp. porúch nálady, sa traumatogénne poruchy emočnej regulácie vyznačujú striedaním rôznych emočných stavov a zníženou schopnosťou *regulovať intenzitu afektov*, čo je často spojené so zníženou schopnosťou *fokusať pozornosť a kontrolovať impulzy*. V popredí sú emócie nielen depresivity, prázdna, úzkosť, hnev, hanby a viny, ale typicky aj opustenosti, bezmocnosti a bezmocnej vystavenosti napospas. Často má pacient problém diferencovať emócie, hovorí o neznesiteľnom

napätí, ktoré sa dá ťažko opísať slovami. Tieto afektívne stavy sa typicky objavujú v situáciách, v ktorých sa aktualizujú traumatické spomienky. Môžu sa abruptne striedať a podmieňovať nepredvídateľné nálady. Strata schopnosti modulovať afekty spôsobuje, že aj subtilné podnety bežného života môžu vyvolať intenzívne reakcie, ktoré by boli adekvátne v traumatickej situácii. Stáva sa tiež, že pacient na bežné emočné podnety nereaguje a neskôr je zaplavený afektom. Traumatické skúsenosti tiež vedú k strate schopnosti symbolizovať emočné stavy, t.j. reprezentovať ich v reči, hre, fantázií; nedochádza teda k reflektujúcemu integrovaniu prežívania emócií. Dôsledkom môžu byť rôzne pokusy o zvládanie nesnesiteľných traumatogénne podmienených afektívnych stavov, napr. pomocou sebaopoškodzovania, zneužívania rôznych látok, bulimických aták a následným vracaním.

Etiologické modely poruchy regulácie emócií

Autor cituje štúdie na dvojčatách, ktoré svedčia pre to, že regulácie emócií sú aj pod genetickou kontrolou, jedným dychom však tiež hovorí, že vývinovo – psychologické nálezy svedčia pre to, že týranie, zanedbávanie a zneužívanie v detstve spôsobuje oslabovanie schopnosti regulovať emócie a schopnosti sebaupokojuvanie. Upozorňuje na teóriu vzťahovej väzby a empirické indicie, že *dostupnosť, reaktivita a senzitivita včasných vzťahových osôb* má význam pre vybudovanie schopnosti regulovať afekty (do pamäti sa ukládajú „núťorné pracovné modely“). Autor konštatuje, opierajúc sa napr. o práce Perry et al. (1995), Soloff et al. (2000) a Schore et al. (2000), že zlyhanie ranej dyadickej regulácie afektov vo vzťahu matka – dieťa, môže podmieňovať také zmeny vo vývoji mozgu, ktoré sú potom neurobiologickým regulačným základom poruchy afektov. Včasné vzťahové osoby fungujú teda ako externý psychobiologický regulátor od skú-

senosti závislého rastu detského nervového systému. Zvlášť sa tu uplatňuje regulačný systém stresovej reakcie, teda zrenie limbicko-autonómneho systému. Včasné traumatizácie ovplyvňujú vývoj pravej hemisféry, ktorá má úlohy pri spracovávaní socioemocionálnych informácií a tých, ktoré súvisia so vzťahovou väzbou. Pri poruchách regulácie afektov sa zisťujú deficity v aktivite prefrontálneho kortexu a redukcia v serotonergnej aktivite.

Možnosti terapeutického ovplyvnenia afektívnej dysregulácie

Farmakoterapia. Užitočné môžu byť SSRI. V druhom rade IMAO alebo tymostabilizátory, ako lítium, carbamazepin alebo valproat.

Psychoterapia. Psychodynamické školy konštatujú deficity ego – funkcií v rámci ego – štruktúrnych porúch. V praxi sa osvedčujú kognitívno – behaviorálne a zdroje aktivujúce techniky, ktoré majú pôvod v hypnoterapii. V týchto indikáciách dochádza k zmazávaniu hraníc medzi psychoterapeutickými smermi. Dialekticko-behaviorálna terapia M. Linehanovej (v slovenčine pozri Bohus: Bordeline porucha osobnosti, www.vydavatelstvo-f.sk) integrovala vo svojom prístupe kognitívno-behaviorálne techniky identifikácie spúšťačov, vnímania emócií, modifikácie kognitívneho spracúvania, techniky fokusovania pozornosti, znižovania sebaškodujúceho správania, atď. Stratégie zlepšovania vnímania, kontroly a diferencovania afektov vyvinula aj psychoanalyticky – interakčná metóda Heigl-Ewersovej a psychodynamicky – imaginatívna terapia traumy L. Reddemanovej. Z klasickej hypnózy sa vyvinuli techniky, pri ktorých sa upustilo od formálneho navodzovania tranzu (pracuje sa len s ľahkou indukciou relaxácie).

Psychoterapeutické komponenty môžeme rozdeliť na zamerané na *zvládanie* a na *vzťahovú skúsenosť*.

Psychoterapeutické prístupy zamerané na zvládanie.

Techniky zmeny *fokusu pozornosti* sú založené na princípe cieľenej koncentrácie na emočne neutrálne alebo pozitívne aktivity, aby sa odvrátila pozornosť od negatívnych emócií. Pozornosť na telové pocity sa presúva pri reorientačných technikách na kupirovanie disociatívnych stavov (zobrať do ruky trochu ľadu, počúvať hlasnú hudbu, stláčanie gumovej lopty, voňanie voňavky atď.). Predtým explorujeme, aké stratégie sa už pacientovi osvedčili. *Imaginatívne* techniky *dištancovania* sa chránia pre zaplavením afektom. Patrí sem napr. technika kontajnera (trezoru), do ktorého pacient odkladá intruzívne obrazy, negatívne emočné stavy alebo negatívne telesné pocity a uzavrie ich tam. Dá sa tak často zvýšiť pocit kontroly a bezpečia. S negatívnou emóciou spojený obraz sa dá v predstave dať na papier, fotografiu alebo spomienka na negatívne slová nahráť na audiopásku a odložiť do trezoru (všetko v imaginácii). Alternatívou je spálenie takéhoto materiálu. Ak je len odložený v trezore, neskôr sa možno k nemu vrátiť, keď má pacient väčšiu kapacitu na spracovávanie. Pri technike tele-

víznej obrazovky môže pacient pod vedením terapeuta imaginovať manipuláciu s „nahrávkou“ (spomienkou) pomocou diaľkového ovládača. Dá sa meniť jas, ostrosť, farba obrazu, spomaľovať, zastavovať, meniť, vypínať zvuk a pod. Cieľom je opäť dosiahnuť emočný odstup od traumatických zážitkov. Imaginatívne techniky sú vhodné aj na aktiváciu zdrojov, pozitívnych emócií (z neurobiologického hľadiska aktivácia neuronálnych sietí, ktoré sú iné, ako siete pre traumatickú pamäť!). Môže ísť o pozitívne zážitky z minulosti, osobné úspechy, pozitívne oporné vzťahy a vzory. Pacienta treba viesť k čo najživšiemu prežívaniu pozitívneho obrazu. Kritérium úspechu je subjektívny stupeň pohody, bezpečia. Osvedčujú sa aj imaginatívne motívy bezpečného miesta a/alebo „vnútorných pomocníkov“. Pri týchto imagináciách, podobne ako aj pri predchádzajúcich a ako to poznáme z katarýmne – imaginatívnej psychoterapie vedie terapeut s pacientom dialóg a sprevádza ho pri hľadaní skutočne bezpečného miesta, ktoré bude slúžiť len jemu (pacientovi), a pomáhajúcich bytostí (zvierat, anjelov a pod.), ktoré môžu poskytnúť istotu, pomoc, radu a útechu (nemali by to byť ľudia, pretože voči nim je obvykle človek ambivalentný). Osvedčujú sa aj viaceré ďalšie cvičenia (napr. svetelný lúč, imaginácie prúdu). K „zakotveniu“ pozitívnych zážitkov možno využiť aj modifikovanú EMDR techniku. V rámci hypnoterapie vznikla technika fantazijného prístroja, pomocou ktorého sa dá regulovať intenzita emócií. Autor vyzdvihuje význam pomenovania emócií, pretože symbolizácia podľa neho prispieva k dištancovaniu sa od emócií. S diferencovaním emócií pomáha terapeut o. i. i tak, že vedie pacienta k rozlišovaniu medzi užitočnou zložkou signálneho afektu v reakcii na prítomnosť a zložkou afektu, ktorá pochádza z minulosti, ktorá súvisí s traumou (napr. 80 % minulosti a 20 % prítomnosti v celkovej emočnej reakcii). S minulosťou súvisiaca časť môže byť následne deponovaná do kontajnera (v imaginácii).

Prístupy zamerané na vzťah a vzťahovú väzbu. Vychádza sa z teoretického predpokladu, že znížená schopnosť regulovať emócie je o. i. dôsledkom nedostatočného zvnútorňovania pozitívnych vzťahov a skúseností vo vzťahovej väzbe. Psychoanalýza hovorí o „zvnútorňovaných objektívnych vzťahoch“ a teória vzťahovej väzby o „vnútorných pracovných modeloch“ vzťahovej väzby.

V terapii ide o modifikáciu vnútorného vzťahového sveta prostredníctvom introjekcie oporného a ochraňujúceho terapeutického vzťahu. Dá sa predpokladať, že v dlhšom pozitívnom terapeutickom vzťahu sa zvyšuje istota vo vzťahovej väzbe, že sa teda modifikujú vnútorné pracovné modely. Autor sa tu opiera o Fonagyho práce. Utváranie vzťahu by sa podľa autora malo riadiť princípom „maximálneho kontrastu s traumatickou situáciou“. T.j. vzťah a komunikácia má mať nasledovné kvality: bezpečie, istota, kontrola, rovnocennosť, transparentnosť, reálna prezentnosť terapeuta/terapeutky. Ponuka spoľahlivého vzťahu je spojená s upokojujúcou atmosférou bezpečia, istoty, priazne. Nedostatočné vyvinuté staranie sa pacienta o seba býva dôsledkom vnútorného zákazu starania sa o seba, keďže sa zvnútornilo takéto rodičovské očakávanie. Terapeutova úloha je pomôcť

pacientovi rozvinúť starostlivosť o seba a dokázať zužitkovať aj pomoc v krízových situáciách. V terapeutickom vzťahu sa neodporúča podporovať regresiu, ale aktivovať cielene a rozvíjať sebauzdravujúce tendencie, schopnosť sebaupokojuvania a sebaútechy. Ide o paradigmu terapeutického vzťahu, na ktorom sa zúčastňujú *dvaja dospelí*, pacient/pacientka a terapeut/terapeutka, *ktorí sa starajú, ošetrojú traumatizované dieťa*. Tento prístup odporúča aj L. Raddemanová a U. Sachsse.

Terapeut sa musí starostlivo venovať svojmu protiprenosu, adekvátne „kontejnovať“ (uskladňovať v sebe) a „detoxifikovať“ negatívne emócie, ktoré pacient mechanizmom projektívnej identifikácie pripisuje terapeutovi. Z hľadiska nových výskumov vzťahovej väzby môžeme vychádzať z toho, že introjekcia reálne prezentného, so starostlivosťou spojeného terapeutického vzťahu, ktorý umožňuje zážitky bezpečia, ochrany a spoľahlivosti, ako aj zážitky empatického zrkadlenia pacientových potrieb, umožňuje vytváranie štruktúr potrebných pre reguláciu afektov.

Záver

Moderný neurobiologický výskum poukazuje na pozoruhodné súvislosti medzi včasnou vzťahovou skúsenosťou, dyadickou reguláciou afektov, vývojom mozgu a schopnosti regulovať afekty. Kvôli veľkému významu afektívnej dysregulácie zvlášť u traumatizovaných pacientov s ťažkými poruchami osobnosti má podľa autora vysokú terapeutickú hodnotu využitie techník na zlepšenie regulácie afektov. Niektoré z nich boli načrtnuté vyššie. Chýbajú síce dosiaľ systematické štúdie účinnosti týchto techník, ale existuje široká klinická evidencia, ktorú zdieľajú experti v tejto oblasti. Kontrolované štúdie sa robili zatiaľ len s dialekticko-behaviorálnou metódou pri liečbe „bodeline“ pacientov, v ktorých sa ukazuje ako najúčinnější terapeutická stratégia. Keďže v nej sú zakomponované aj zmienené techniky a utváranie vzťahu, autor sa domnieva, že je to do istej miery aj nepriamy dôkaz pre efektivitu týchto tu uvádzaných technických prístupov.

Literatúra: 35 citácií

Do redakcie došlo 20.6.2008.