

STABILIZAČNÉ TECHNIKY A EMDR V PSYCHOTERAPII POSTTRAUMATICKEJ STRESOVEJ PORUCHY

Mgr. Hana Vojtová, MUDr. Jozef Hašto

Psychiatrické oddelenie NsP, Trenčín

Kazuistika ilustruje využitie stabilizačných psychoterapeutických techník a EMDR (Eye Movement Desensitisation and Reprocessing) v terapii jednoduchej i subsyndromálnej komplexnej (3) posttraumatickej stresovej poruchy (PTSP) u tej istej pacientky. Stabilizačné techniky, ktoré využívajú špeciálne volené a štruktúrované imaginácie, pomáhajú pacientovi v prvej fáze terapie obnoviť schopnosť prežívať bezpečie, mobilizovať jeho vlastné zdroje uzdravenia a pomôcť mu získať kontrolu nad vlastným prežívaním. EMDR je psychoterapeutická metóda konfrontácie s traumou (expozície), ktorá vychádza z poznatkov o neurobiologickom spracovaní informácií. Jadrom metódy je zistenie, že bilaterálna stimulácia (zabezpečená najbežnejšie pohybom očí zo strany na stranu – odtiaľ názov metódy) umožňuje adaptívne spracovanie dysfunkčne uloženej informácie a uvoľňuje samoliečiaci proces v nervovej sústave pacienta (4). Stabilizačné techniky i EMDR patria ku komplexnej psychoterapii traumy.

Kľúčové slová MeSH: poruchy stresové traumatické – terapia; psychoterapia; pohyby oka.

Psychiatr. prax, 2005, roč. 6 (4): 194–196

V nižšie prezentovanom prípade sme stabilizačne psychoterapeutické techniky i EMDR využili u pacientky, u ktorej sa postupne manifestovala jednoduchá i pôvodne subsyndromálna komplexná PTSP. Prvá časť kazuistiky zachytáva psychoterapiu jednoduchej PTSP pomocou stabilizačných techník, druhá časť použitie EMDR pri liečbe subsyndromálnej komplexnej PTSP, ktorá sa krátko plne manifestovala pod vplyvom aktuálnej traumy.

I.

Pacientka je 45-ročná žena, trikrát rozvedená z manželstiev so zneužívajúcimi partnermi. Pred 24 rokmi bola liečená pre závislosť od alkoholu, odvtedy abstinovala s krátkymi recidívami po traumatickej udalosti. K traume došlo takmer 2 roky pred liečbou, keď bola brutálne znásilnená cudzím mužom vo vlastnom byte. Následne sa u nej rozvinula PTSP a krátko zrecidivovala. Hospitalizácia u nás na oddelení bola až tretia v poradí. Predtým absolvovala dvakrát liečbu v inom psychiatrickom zariadení. Tam traumy prerozprávala, naučila sa niektoré relaxačné metódy a bola edukovaná o PTSP. Jej stav sa zlepšil natoľko, že dokázala bežne fungovať. Asi mesiac predtým, než sa dostala k nám na oddelenie, zacítila v autobuse pánsku vôňu podobnú agresorovej. Opäť sa u nej rozvinuli flashbaky (vizuálne, olfaktorické, taktilné, somatoformné), poruchy spánku, nočné mory, permanentné fyzické i psychické napätie s neschopnosťou sa sústrediť, podráždením a vystrašenosťou. Deň pred prijatím na naše oddelenie si vypila. Nasadili sme medikamentóznou liečbu na vykrytie abstinenčných príznakov a neskôr paroxetín (pacientka odchádzala s dávkou 20 mg). Bezprostredne po prijatí sme

začali s psychoterapiou. Prebehla v 10 sedeniach počas štyroch týždňov hospitalizácie. Pretože pacientka bola dobre edukovaná už z predchádzajúcich hospitalizácií, dohodli sme sa hneď na práci s imagináciami. Naučila sa používať predstavy bezpečného miesta, trezoru, diaľkového ovládania, svetelného lúča a vnútorného pomocníka (bližší postup pri týchto technikách bude vysvetlený nižšie).

Na prvých dvoch sedeniach bola pacientka vo vysokej tenzii. Prácou s bezpečným miestom sme dosiahli významné zníženie psychického i fyzického napätia. Pacientka vytvorila pre seba v predstave dom so záhradou chránený zo všetkých strán betónovým múrom, kde sa mohla cítiť v bezpečí. Počas imaginácie i bezprostredne po nej sa pacientka uvoľnila a zakúsila pohodu, ktorá pre ňu dlhý čas bola nepredstaviteľná. Sama sa v priebehu dňa i noci opakovane s podobným efektom vracala v predstavách na bezpečné miesto, tiež ho nakreslila.

Ďalej sme pracovali s predstavou trezoru. Nočné desy bránili pacientke zaspáť a z obavy pred nimi odkladala uloženie sa k spánku čo najdlhšie. Spolu sme hľadali pre jej zlé sny symbol – pacientka si vybrala bielu postavu s kosou a tulipán. Aby ich dokázala vtiesnať do trezoru, naučila sa používať jednu z funkcií imaginácie diaľkového ovládania – zmenšovanie predstavy (analogicky ako pri manipulácii s videozáznamom pomocou diaľkového ovládača). Po tejto intervencii ustali najhoršie nočné mory s témou znásilnenia, trvali však zlé sny a strach zo spánku.

Neskôr sa pacientka naučila dokonale používať techniku diaľkového ovládania. Pomocou neho svoje predstavy zväčšovala/zmenšovala,

prevíjala dopredu a dozadu, zastavovala a spúšťala a tiež zvyšovala/znižovala intenzitu sprievodných emócií. Nato sme pristúpili k pokusu uzamknúť do trezoru predstavu, ktorá ju prenasledovala – tvár agresora. Opis agresorovej tváre spustil u pacientky flashback a ona nad situáciou strácala kontrolu. Pripomenula som jej diaľkové ovládanie, nechala ju obraz zastaviť, znížil intenzitu emócií, zmenil obraz z trojdimenzionálneho na fotku a zmenšil, načo sa jej začal spontánne vzďaľovať a ona pocítila chladnú ľahostajnosť a odstup. Tento obraz sme uzamkli v trezore. Po tomto náročnom sedení odchádzala rozochvená a vyčerpaná. Popoludní zaspala a bol to prvý pokojný spánok za dlhé obdobie. Zlé sny sa už nevrátili a noc čo noc pacientka v hlbokom ozdravujúcom spánku čerpala nové sily. Úfava, ktorú pocítila, ju otvorila pre prežívanie radostných emócií. Zároveň sa postupne začala zaujímať o okolie, iných ľudí na oddelení a pod.

Na posledných stretnutiach sme sa dotkli aj pacientkiných nepriaznivých komunikačných a vzťahových vzorcov, keď sa z priepustky vrátila sklamaná z reakcií priateľa. Otvorili sme súvislosť s predchádzajúcimi deštruktívnymi partnerskými vzťahmi, kde vystupovala v roli manipulovanej obeť, pretože nedokázala vyjadriť vlastné potreby a naopak potreby druhých sa snažila bezvýhradne plniť. Imaginácia vnútorného pomocníka (s inštrukciou: „Požiadajte svoju vnútornú múdrosť, aby vám poslala priateľsky naklonenú, nápomocnú bytosť.“) bola prvým krokom k upevneniu jej autonómie, k lepšiemu sebauvedomeniu i náhľadu na problém. Ako vnútorný pomocník sa jej vynorilo mača, ktoré milovala ako dieťa. Tento obraz sa stal bránou k pozitívnym zážitkom

z detstva a tie postavili základy jej vnútornej sebestačnosti.

Keď pacientka odchádzala z nemocnice, príznaky PTSP vymizli, prežívala radosť a nádej, obnovenie vitality. Nachádzala sa v období rekonvalescencie, cítila sa však dosť silná na to, aby ďalej pokračovala sama. Upozornili sme ju na možnosť, že neprepracovaná trauma sa môže, hoci nemusí, v podobe niektorých príznakov PTSP vrátiť. Ponúkli sme jej aj možnosť ďalšieho spracovania traumy pomocou terapie EMDR. V tomto prípade sa samotné stabilizačné techniky (bez konfrontácie s traumou) ukázali byť dostatočnou intervenciou v liečbe PTSP.

II.

Druhá časť psychoterapie prebehla o šesť mesiacov neskôr. Trvala osem týždňov, počas ktorých pacientka absolvovala šesť stretnutí ambulantnou formou. Tri mesiace predtým už navštevovala aj ambulantného psychiatra a užívala paroxetín 20 mg. Pacientku opäť k vyhľadaniu pomoci priviedla krátká recidíva, ktorej predchádzalo zhoršenie psychického stavu. Cítila permanentné napätie a nechut do života, strhávala sa z nepokojného spánku bez snov, budila sa o 2.–3. hodine a už nezaspala. V tomto období naďalej žila s priateľom v nefahkej finančnej situácii (ani jeden nemali stály príjem), jej matka podstúpila rizikóvu operáciu oka. Z príznakov PTSP viazaných na znásilnenie sa za posledné mesiace nevrátil ani jediný. Trauma zostala emočne ľahostajná a akoby zastretá hmlou. Pri bližšom preskúmaní vyšlo najavo, že ťažiskom problémov je aktuálny partnerský vzťah, ktorý jej pripomína minulé manželské vzťahy poznačené fyzickým i psychickým násilím a kontrolou zo strany partnerov. Napriek tomu, že terajší priateľ sa neprejavoval rovnako agresívne, už diskretnéjšie náznaky podobnosti (občas jej zo žiarlivosti kontroloval mobil, býval výbušný a impulzívny, pripútal ju k sebe) v nej prebúdali strach a proti jej vôli ju nútili reagovať navyknutým spôsobom – úplnou podriadenosťou („robím mu služku“), uzatváraním sa do seba, úzkosťou. Predtým, než sa manifestovali zmienené symptómy, dlhodobo pretrvávali v subsyndromálnej podobe zníženého sebahodnotenia, pocitov hanby, tendencie k repetícií traumy (opakované dysfunkčné manželstvá), disociatívnych fenoménov (merané dotazníkom DES (1)), permanentného vnútorného napätia s pohotovosťou reagovať na požiadavky druhých neprímeranou podriadenosťou.

Na prvom stretnutí ju priateľ sprevádzal, časť stretnutia sme venovali spoločnému rozhovoru. Na druhom stretnutí som pacientke vysvetlila princíp metódy a zmapovali sme traumy, tj. jej tri manželstvá (v trvaní 1,5, 13,5 a 4 roky), v ktorých ju partneri zneužívali fyzicky, psychicky, finančne. Z detstva a mladosti sa ako

relevantné vynorilo presvedčenie, že potreby druhých majú vždy prednosť pred jej vlastnými. Ponorenie do starého traumatického materiálu bolo pre pacientku bolestné a rozrušujúce, vrátili sme sa preto k naučeným stabilizačným technikám, opäť s výborným efektom. Už od tretieho stretnutia pacientka referovala o postupne rastúcom sebedovomí a schopnosti presadiť sa voči partnerovi, redukcii strachu a čiastočnom kolísavom zlepšení nálady.

Na tretom stretnutí sme spoločne vybrali najhorší moment zastupujúci celé traumatické obdobie ako tzv. „uzol“ (východiskový moment) pre EMDR. Bola ním prvá bitka z prvého manželstva, ktorú dostala pri nástupe menštruácie po svadbe ako trest za to, že nebola tehotná. Manžel ju obvinil z neplodnosti a nasledovali roky lekárske vyšetrenia a zákrokov, ktoré však nikdy nepotvrdili somatickú príčinu „sterility“. K telesnej bolesti a strachu sa tak pridalo aj poníženie a pocity menejcennosti zmiešané s bolesťou, že nemôže mať vlastné deti. Pretože sa pacientka ešte necítila dostatočne silná na konfrontáciu s traumou, použili sme techniku EMDR na inštaláciu zdrojov. Hľadali sme jej vnútorné zdroje a sily, ktoré jej pomôžu vyrovnáť sa s traumou (pacientka uviedla svoju schopnosť milovať všetky deti, vnútornú silu a odhodlanie bojovať, lásku k sebe a životu, vieru a nádej). Tie sme potom ukotvili pomocou pomalých očných pohybov. Po tomto sedení sa cítila posilnená a vliala sa do nej nová oživená nádej. Samotná konfrontácia s traumou a práca s EMDR nám zabrali dve nasledujúce stretnutia. Prvé bolo vyčerpávajúce. Začínali sme s maximálnou mierou emočnej záťaže (hodnotenej na stupnici SUD – Subjective Unit of Disturbance – od 0 do 10, SUD=10). Negatívne presvedčenie o sebe, ktoré pacientka formulovala nasledovne: „Som menejcenná“, bolo pre ňu vnútorne veľmi presvedčivé. Opačné tvrdenie, ktoré sme hľadali ako ukazovateľa smeru terapie a ktoré znelo: „Som plnohodnotná žena“, bolo pre ňu takmer neprijateľné (na škále VoC – Validity of Cognition – od 1 do 7, kde 7 je úplne verím, VoC=2). Počas EMDR spracovania sa vynárali útržky desivých i menej desivých spomienok, chvíľami intenzívna vnútorná bolesť pacientky dosahovala hranicu zniesiteľnosti, ale napokon asi po hodine všetky zaplavujúce vlny emócií odozneli. Pacientka pocítila, akoby sa jej z hrude odvalil balvan a na jeho mieste sa rozlialo hrejivé teplo.

Na ďalšom stretnutí sa v úvode namiesto bolesti ako dominantná emócia objavila zlosť a neskôr smútok pacientky nad tým, že nikdy nemala vlastné deti. Postupne sa počas EMDR všetky negatívne emócie transformovali a integrovali. Pacientka si uvedomila, že jej vrelý vzťah ku všetkým deťom je pre ňu naplnením a uspokojivou náhradou. Pôvodne

neprípustné tvrdenie o vlastnej hodnote sama z vlastného úprimného presvedčenia rozšírila a doplnila: „Som plnohodnotná, šťastná a sebedovomá žena“. Očividne žiarila a žasla nad tým, ako mohla tak dlho samu seba podceňovať. Do hĺbky precítovala svoje vnútorné bohatstvo a krásu.

Na posledné stretnutie prišla ostrihaná – konečne si trúfla nerešpektovať partnerovu nevlhu voči jej krátkemu účesu a splnila si svoju dlhoročnú túžbu. Celý čas stretnutia bol naplnený pozitívnymi správami, ako pacientka objavovala seba a svoj život v novom svetle. Akoby doposiaľ bola väzňom samej seba, v permanentnom strachu pred reakciami druhých a v pohotovosti im vyhovieť. Vravela, že sa viac smeje, nebojí sa presadiť, užíva si novonadobudnutú vnútornú slobodu a spokojnosť.

Od posledného stretnutia uplynulo 9 mesiacov. Pacientka ma navštívila s tým, že posledný partnerský vzťah sa rozpadol, keď sa aj tento priateľ ukázal byť násilným a zneužívajúcim. Príznaky tráum, na ktorých sme spoločne pracovali, sa od ukončenia terapie neobnovili (ani pri vystavení spúšťačom). Napriek tomu, že vyostrenie v partnerstve spôsobilo zhoršenie jej psychického stavu (najmä reálne podložený strach z násilného správania partnera), na prvý pohľad bola badateľná zmena v jej oblečení – kým predtým preferovala čiernu, teraz je odev pozostával z jasných farieb – aj v jej postojoch k sebe a odhodlaní postarať sa o seba. Predpokladám, že v tejto chvíli je pred nami posledná fáza terapie, v ktorej sa pacientka potrebuje naučiť neopakovať voľbu problémových partnerov a neprispievať k rozvíjaniu deštruktívnych vzťahových vzorcov.

Záver

Ako ukazuje naša kazuistika, nielen samotné spracovanie a desenzitizácia psychotrauma je významná v terapii PTSP. Dôležité miesta majú aj tzv. stabilizačné techniky, ktoré aktivujú vnútorné zdroje pacienta a pripravujú vhodnejšiu pôdu pre samotné spracovanie. Tieto techniky sú pre terapeuta ľahko osvojiteľné, zvlášť ak je terapeut zvyknutý pracovať s imagináciami. Stabilizačné techniky majú ešte významnejšie postavenie pri liečbe tzv. komplexnej PTSP, pri ktorej je pacient v priebehu života opakovane, vrátane detského veku, vystavovaný psychotraumám (6). Pacientka z našej kazuistiky trpela 24 rokov na subsyndromálnu PTSP, kým aktuálna trauma exacerbovala plné vyjadrenie symptomatiky PTSP. Domnievame sa, že aj pacientom so subsyndromálnou PTSP by sa mala venovať plná psychoterapeutická pozornosť, pretože liečbou možno znížiť vulnerabilitu pre plné rozvinutie PTSP alebo inej poruchy, napr. abúzu alkoholu, ako u našej pacientky, alebo depresie, somatoformných a disociatívnych po-

rúch. Keďže epidemiologické štúdie svedčia pre pomerne vysokú prevalenciu PTSP u obyvateľstva (5), je dôležité zlepšovať diagnostiku týchto porúch a v praxi používať účinné terapeutické metódy, v rámci ktorých má psycho-terapia najvýznamnejšie postavenie doložené empirickými štúdiami (2).

Literatura

1. Bernstein Carlson E. – Putnam F. W. Dissociative Experience Scale. Slov. pracovná verzia Škála disociatívnych zážitkov, preklad Ševčíková A. In: Matthes H. Handouts k semináru Psychotraumatológia, Trenčín 2003–2004.
2. Ehlers A. Posttraumatische Belastungsstörung. Göttingen: Hogrefe 1999.
3. Herman J. L. Trauma a uzdravenie. Bratislava: Aspekt 2001.
4. Hofmann A. EMDR in der Therapie psychotraumatischer Belastungssyndrome. Stuttgart : Thieme 2004.
5. Kusá K. Posttraumatická stresová porucha. Písomná práca k atestácii 2.stupňa z psychiatrie. Bratislava 2002.
6. Matthes H. et al. Psychotraumatológia. Trenčín: Intenzívny seminár 2003–2004, organizovaný HAP Europe v spolupráci s HHP Deutschland.

...ZO ZAHRANIČNEJ LITERATÚRY

Venlafaxin s predĺženým uvoľňovaním u sociálnej fobie – 440 pacientů bylo na 12 týdnů náhodně přiřazeno do větve léčené venlafaxinem ER (průměrná dávka 201,7 mg), paroxetinem (průměrná dávka 46 mg) nebo placebem. Hodnoceno bylo skóre v Leibowitz Social Anxiety Scale a respondérství definované hodnotami 1 a 2 ve škále CGI-I. Obě látky byly účinnější než placebo, venlafaxin od 1. týdne, paroxetin od 3. týdne, po 12. týdně bylo ve větvi s venlafaxinem 58,6% respondérů, ve větvi s paroxetinem 62,5 a v placebové větvi 36,1%.

Arch Gen Psychiatry, 2005; 62(2): 190–198.

Kognitivní terapie a prevence relapsu bipolární poruchy – půl roku kognitivní terapie, zaměřené na zvládnání prodromálních příznaků, zdůrazňování významu pravidelného režimu vedlo v prvních 12 měsících k lepším hodnotám tzv. času do relapsu než u kontrolní skupiny. Tento rozdíl nebyl patrný po dalších 18 měsících, přesto pacienti zařazení do kognitivní terapie referovali o lepším sociálním fungování a schopnosti zvládat prodromální příznaky.

Am J Psychiatry, 2005; 162(2): 324–329.

Jak dlouho trvá nástup antidepressivního účinku – metaanalýza 47 dvojitě slepých, placebem kontrolovaných studií, které skórovaly pacienti pomocí HAMD každý týden, překvapivě zjistila, že nejvýraznější redukce HAMD skóre (cca 60%) byla pozorována v prvních 2 týdnech léčby, taktéž k separaci účinné látky od placeba došlo v tomto období, přitom tento rozdíl později vymizel. Jen 13 skupin v 8 studiích vykazovalo významnější nárůst antidepressivního účinku v týdnech 3–6 oproti týdnům 1–3.

J Clin Psychiatry, 2005; 66(2): 148–158.

Dávky antipsychotik u mentálně retardovaných dospělých – retrospektivní analýza dokumentace 34 mentálně retardovaných dospělých, kterým byla podávána antipsychotika ve snaze zvládat agresivní, automutilační chování, ukázala, že nejnižší účinná dávka icizivních neuroleptik odpovídala 5,9 mg haloperidolových ekvivalentů denně, přitom k relapsu docházelo při dávkách rovných 3,8 mg. V případě sedativních neuroleptik (chlormpromazin, thioridazin) byla účinná dávka 149,3 mg chlormpromazinu, k relapsu docházelo při 93,6 mg denně.

J Clin Psychopharmacology, 2005; 25(1): 19–25.

Bupropion v léčbě ADHD v dospělém věku – bupropion s prodlouženým uvoľňovaním (do 450 mg na den) byl v 8 týdenní, placebem kontrolované studii se 162 dospělými pacienty s ADHD úspěšnější než placebo, a to od 2. týdne podávání. Efekt byl pozorován v průběhu celého dne.

Biol Psychiatry, 2005; 57(7): 793–801.

Způsob záměny antipsychotik – otázku, zda je lepší okamžité vysazení antipsychotika a nasazení nového nebo jejich přechodné překrytí, zjišťovala analýza literatury do roku 2004. Tímto problémem se zabývaly pouze 4 studie, jejich metaanalýza neprokázala klinické rozdíly mezi oběma přístupy.

Schizophr Res, 2005; 76(2–3): 267–272.

Sibutramin v léčbě obezity po olanzapinu – sibutramin (do 15 mg na den, současně však pravidelná sezení týkající se způsobů výživy a změn stravovacích návyků) může podle 12 týdenní placebem kontrolované studie se 37 pacienty snižovat váhu – průměrně 8 kg za 12 týdnů. Po ukončení studie však došlo k opětovnému nárůstu váhy.

*Am J Psychiatry, 2005; 162: 954–962
připravil MUDr. Tomáš Kašpárek.*