

KOMPLEXNÍ LÉČBA POSTTRAUMATICKÉ STRESOVÉ PORUCHY

MUDr. Michal Kryl

Psychiatrická klinika FN Olomouc

Posttraumatická stresová porucha (PTSD) je opožděnou a protražovanou reakcí na ohrožující událost nezvyklé intenzity. V rozvoji poruchy hraje roli obranyschopnost postiženého vůči psychotraumatu stejně jako kvalita jeho sociálního zázemí. Význam mají i okolnosti traumatické události a míra odpovědnosti postiženého v krizové situaci (osoby řídící záchranné práce při hromadných neštěstích zřídka prožívají akutní reakci na stres, častěji reakci „odloží“ ve formě PTSD). Stresu exponované skupiny vykazují vysokou prevalenci PTSD (75–100 % znásilněných žen). Poměr mužů k ženám je přibližně 1:2. Latence rozvoje příznaků trvá týdny až měsíce.

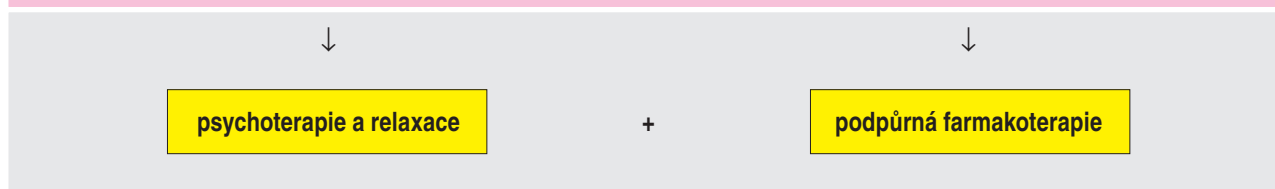
PŘÍZNAKY PTSD

typ intruzivní	opakované znovuprožívání traumatu ve formě nutkavých myšlenek, vzpomínek, flashbacků a snů
typ avoidantní	snaha vyhýbat se situacím, činnostem, myšlenkám a prožitkům vztahujícím se k traumatu
ostatní	ztráta pozitivních emocí, emoční otupělost, snížený zájem o dříve důležité a příjemné činnosti, zvýšený arousal – podrážděnost, poruchy spánku, přehnané úlekové reakce, poruchy koncentrace, sociální stažení, pocity hanby či viny, psychosomatické obtíže (např. abdominalgie dětí), disociační fenomény a depersonalizace, časté infekce vlivem imunosuprese

KOMORBIDITA PTSD

s depresí a suicidalitou	s úzkostnými poruchami
se specifickými fobiemi	s obsedantně kompulzivní poruchou
se závislostmi (alkohol, drogy, workoholizmus)	s agresivním a impulzivním chováním

TERAPEUTICKÉ POSTUPY U PTSD



Psychoterapie PTSD

Proč podpořit odkrytí psychotraumatu v terapii PTSD

1. umožníme zpracování a integraci psychotraumatu v psychice postiženého
2. předejdeme prohloubení patologických obran (zvl. supresi a represi) a symptomů PTSD
3. eliminujeme riziko dlouhodobých důsledků PTSD (deprese, suicidia, závislosti)

Fáze zpracování psychotraumatického zážitku v terapii PTSD

1. emoční odreagování zážitku (abreakce, katarze)
2. rekonstrukce zážitku vyprávěním (narativní metodou) v bezpečí terapeutického vztahu
3. odstranění destruktivního emočního náboje zážitku

4. změna významu zážitku v životě pacienta

5. integrace zážitku do dosavadní životní zkušenosti

Psychoterapeutické metody užívané v léčbě PTSD a jejich charakteristika

Podpůrná (supportivní) psychoterapie	empatie, autentické sdílení, vyjádřené porozumění, citlivá podpora ventilace emocí při popisu traumatu, posilování sebevědomí, oslabování pocitů viny, podpora v přítomnosti, orientace k budoucnosti
Dynamická psychoterapie Krátkodobá psychoanalytická psychoterapie	rekonstrukce traumatu, abreakce, katarze, práce s obranami, konfrontace traumatu se zážitky z dětství, klarifikace, interpretace, korektivní zkušenost vedoucí k novým postojům
Na tělo orientované směry (body-terapie) bioenergetika, biosyntéza, sanoterapie, satiterapie, aj.	exprese a verbalizace emocí, práce s psychosomatickými příznaky, katarze – integrace – reorientace
Kognitivně-behaviorální terapie (KBT)	orientace a emoční podpora, abreakce, edukace, expozice (v imaginaci, písemná a in vivo), kognitivní rekonstrukce, relaxace, řešení problémů
Desenzibilizace pomocí očních pohybů a přepracování (EMDR)	nácvik emoční sebekontroly, relaxace, protipodmiňování, přepracování postoje k traumatu, selfmonitoring
Implozivní terapie Terapie zaplavením	expozice úzkost vzbuzujícím podnětům, vyhasínání podmíněné úzkosti znemožněním vyhybavé reakce v terapeutické situaci
Hypnosugestivní metody	vyvolání a odreagování traumatického zážitku, odsugerování úzkosti a psychosomatických příznaků
Skupinová psychoterapie specializované skupiny, diskuzní skupiny, svépomocné skupiny	společné sdílení témat, vzájemné dodávání naděje, poskytování informací, altruismus, napodobující chování
Rodinná terapie	destigmatizace postiženého v rodině, podpora, (význam především v pedopsychiatrii u obětí sex. zneužití, incestu, týrání)
Existenciální psychoterapie Logoterapie	důraz na hledání smyslu života i v podmínkách psychického a tělesného utrpení
Relaxační metody autogenní trénink, Östova relaxace, Jacobsonova progresivní myorelaxace aj.	snižování úzkostné tenze, získávání pocitu sebekontroly, zlepšení spánku

Psychofarmakoterapie PTSD

Hlavní zásady

1. medikace by měla být vždy v součinnosti s intenzivní psychoterapií
2. za výhodná lze považovat antidepresiva se sedativním účinkem (dávky jako u deprese)
3. použití benzodiazepinů s rizikem návyku lze obejít betablokátory nebo atypickým neuroleptikem v anxiolytické indikaci
4. impulzivitu lze kontrolovat thymoprolaktiky, agresivitu neuroleptiky

Algoritmus léčby (podle 12)

1. volba	SSRI (paroxetin, sertralin, fluoxetin) + psychoterapie
2. volba	tricyklická antidepresiva (amitriptylin, imipramin) + psychoterapie
3. volba	augmentace thymostabilizérem (carbamazepin, lithium, valproát), neuroleptikem (risperidon), beta-blokátorem (propranolol, clonidin) + psychoterapie
4. volba	RIMA (moclobemid) SNRI (venlafaxin) IMAO (tranylcypromin) + psychoterapie

Literatura

- Davidson J, Kudler H, Smith R, et al. treatment of PTSD with amitriptyline and placebo. Arch Gen Psychiatry: 1990; 47: 259-266.
- Friedman MJ, Southwick SM. Towards pharmacotherapy for PTSD. In: Friedman MJ, et al, eds: Neurobiological and Clinical Consequences of stress: From Normal Adaptation to PTSD. Philadelphia, PA. Lippincott-Raven press: 1995; 465-481.
- Hašto J. Psychoterapie v psychiatrii. Česká a slovenská psychiatrie: 3, 1995; 169-174.
- Hidalgo R, et al. Nefazodone in PTSD: Results from six open label trials. Int Clin Psychopharmacol: 1999; 14: 61-68.
- Horowitz M, Wilner N, Alvarez W. Impact of Event Scale: A measure of subjective stress. Psychosomatic Medicine: 41, 1979; 209-218.
- Kolb LC, Burris BC, Griffiths S. Propranolol and clonidine in the treatment of the chronic PTSD of war. In: Van der Kolk, BA, ed. PTSD: Psychological and Biological Sequelae. Washington DC: American Psychiatric Press: 1984; 97-107.
- Lantz J. Using Frankl's concepts with PTSD clients. J. of Traumatic Stress: 5, 1992; 485-490.
- Lindy JD. Psychanalytic psychotherapy of PTSD. In: Van der Kolk, BA, McFarlane AC, Weisaeth (Eds.): Traumatic stress. The effects of overwhelming experience on mind, body and society. New York, The Guilford Press: 1996.
- Malá E, Raboch J, Sovák Z. Sexuálně zneužívané děti. Praha, PCP: 1995; 55-79.
- Možný P, Praško J. Kognitivně behaviorální terapie, úvod do teorie a praxe. Praha, Triton: 1999; 198-205.
- Neal LA, Shapland W, Fox C. An open trial of Moclobemide in the treatment of PTSD. Int Clin Psychopharmacology: 1997; 12: 231-237.
- Praško J, Pašková B, Soukupová N, Tichý V. Posttraumatické stresové poruchy, II. díl, léčba. Psychiatrie pro praxi: 5, 2001; 206-211.
- Praško J. Léčba posttraumatické stresové poruchy. Česká a slovenská psychiatrie: Suppl. 4, 1997; 53-58.
- Preiss M. Posttraumatické stresové poruchy u dětí za války v Bosně. Česká a slovenská psychiatrie: 6, 1995; 361-366.
- Prochaska JO, Norcross JC. Psychoterapeutické systémy, průřez teoriemi. Grada Publishing: 1999; 198-213.
- Rothbaum BO, Ninan PT, Thomas L. Sertraline in the treatment of rape victims with PTSD. J Traumatic Stress: 9, 1996; 865-871.
- Vašina L. Sanoterapie. Brno, FFMU: 1999; 21: 262-268.
- Van der Kolk BA, Dryfuss D, Michaels M, et al. Fluoxetine in PTSD. J Clin Psychiatry: 55, 1994; 517-521.
- Wells GB, Chu C, Johnson R, et al. Buspirone in the treatment of PTSD. J Clin Psychiatry: 55, 1991; 517-522.
- Yalom I. Teorie a praxe skupinové psychoterapie. Konfrontace: 1999; 34: 573-579.