

POSTTRAUMATICKÉ STRESOVÉ PORUCHY - II. DÍL - LÉČBA

MUDr. Ján Praško, CSc.^{1,2,3}, MUDr. Beata Pašková¹, MUDr. Naděžda Soukupová^{1,2,3},
MUDr. Vlastimil Tichý⁴

¹Psychiatrické centrum Praha, ²III. lékařská fakulta Univerzity Karlovy

³Centrum neuropsychiatrických studií, ⁴Ústřední vojenská nemocnice Praha

Medikace má v léčbě posttraumatické stresové poruchy (PTSD) spíše podpůrnou roli. Ovšem v případech závažné nebo chronické PTSD může přinést dostatečný ústup příznaků a tím umožnit pacientovu spolupráci v terapii. Antidepresiva, zejména SSRI, jsou považována za účinnější než jiné lékové skupiny. Ovšem stabilizátory nálady a neuroleptika mohou také významně pomoci. Benzodiazepiny se neukázaly být dostatečně účinnými. V kognitivně behaviorální terapii léčebné přístupy kombinují nácvik zvládání úzkosti, prodlouženou expozici a kognitivní restrukturační. Nácvik zvládání úzkosti pomáhá redukovat příznaky zvýšeného arousalu a emočního stresu, který doprovází znovuprožívání traumatu. Opakovaná expozice vzpomínkám na událost oslabuje spojení mezi rozpomínáním a emočními reakcemi. Kognitivní restrukturační je používána ke změně negativních myšlenek a umožňuje přestat se vyhýbat vzpomínkám na traumatickou událost. Mění maladaptivní význam, který pacient traumatu přisuzuje.

Klíčová slova: posttraumatická stresová porucha, psychotherapie, antidepresiva, stabilizátory nálady, neuroleptika, kognitivně behaviorální terapie, nácvik zvládání úzkosti, expozice, kognitivní restrukturační.

POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER - PART II. - TREATMENT

Medication is considered an adjunctive rather than a primary treatment for PTSD. It is generally recognized that some form of psychotherapy is necessary in treating the disorder. However, in cases of severe or chronic PTSD, medication may provide enough symptom relief to allow patients to participate in therapy. The antidepressants (especially SSRI) were more effective than other forms of medication. The mood stabilizers and neuroleptics was found to be effective too. Benzodiazepines were not found to be very effective. In cognitive behavioral therapy the treatment package combines anxiety management training, prolonged exposure, and cognitive restructuring to address the symptoms of PTSD. Anxiety management training is used to reduce symptoms of hyperarousal and the emotional distress associated with reexperiencing. Repeated exposure to memories of the event weakens the association between the memories and the emotional reactions they evoke. Cognitive restructuring is used to eliminate the pattern of alternating between thinking about and avoiding thinking about the trauma by altering maladaptive meanings associated with the event.

Key words: post-traumatic stress disorder, psychotherapy, antidepressants, mood stabilizers, neuroleptics, cognitive behavioral therapy, anxiety management training, exposure, cognitive restructuring.

Mezi základní principy při léčbě PTSD patří vytvoření terapeutického vztahu, vysvětlení a edukace o tom, co se s pacientem děje a zmírnění či odstranění stigmatizace. Edukace a destigmatizace je zpravidla potřebná také s rodinnými příslušníky, pokud pacient k tomu svolí. Edukace se zpravidla týká popisu příznaků PTSD, jejich vlivu na chování a vztahy a základních principů léčby. Je potřebné stanovit realistické cíle (spíše zdůrazňující lepší fungování v práci a v rodině, lepší kontrolu impulzů a afektů, nikoliv úplné odstranění příznaků) a zdůraznit pravděpodobné kolísání příznaků v průběhu léčby. Mezi informace patří i doporučení vhodné četby, která se zabývá příběhy lidí s PTSD a odborné brožury, popisující příznaky a léčebné přístupy. V případě, že PTSD souvisí s trestným činem, který nebyl trestně stíhán či soudně řešen, je potřebné s pacientem probrat tuto možnost. Velmi důležitá je mobilizace podpůrného sociálního systému – příbuzných, přátel eventuelně podpůrných skupin.

Léčba PTSD není lehká. Síla afektů, které souvisí s traumatem, bývá někdy tak velká, že pacient má potíže s námi o něm vůbec mluvit. Náš postup tedy má být velmi diskretní, taktní a jemný. Pacient se potřebuje cítit bezpečný. Vzpomínky na trauma a emoční reakce mohou být tak silné, že vyvádějí z míry i terapeuta, děsí ho, někdy šokují

natolik, že jim sám odmítá věřit. Proto je při léčbě PTSD velmi důležitá supervize. Pacient vzpomínky postupně doplňuje a částečně mění. Zpravidla to není známkou toho, že jsou falešné, ale že zpočátku měl na část vzpomínek amnézii, nebo se styděl nebo bál uvést plnou pravdu.

Psychotherapie

Farmakoterapie samotná, i když uleví v příznacích PTSD, je pro léčbu PTSD nedostatečná. U PTSD je vždy na místě intenzivní psychotherapie. Důležité je získat pro postiženého podporu jeho rodiny, přátel a blízkých.

Psychotherapeutické přístupy k PTSD zahrnují podpůrnou psychotherapii, psycho-dynamickou psychotherapii, kognitivně-behaviorální terapii a hypnózu (14). Ve všech přístupech je zdůrazněna potřeba rekonstrukce traumatické události, abreakce a podpora pacienta, vedoucí k jeho pocitu bezpečí.

Podpůrná psychotherapie

Při práci s traumatizovanými lidmi je podpůrná psychotherapie jedním z nejzákladnějších a nejpraktičtějších přístupů. Léčebného účinku se dosahuje především prostřednictvím terapeutova chování k pacientovi. Záleží na jeho schopnosti empatie, autenticitě, lidsky vřelému projevu

vu a schopnosti vyjádřit pacientovi porozumění. Úlohou terapeuta je povzbudit verbalizaci detailů traumatu a s tím spojených pocitů (vina, značkování, stud). V případech těžkých traumatických událostí často pacient nikdy nikomu neřekl o řadě věcí, které jsou s traumatem spojeny. Protože pacient mluví o těchto detailech poprvé, vesměs znovuprožívá hrůzu podobnou jako při samotné události. Proto je důležité mu stále poskytovat silnou emoční podporu. Samotné vyprávění příběhu je pak pro něj silnou korektivní emocionální zkušeností. Povzbuzuje tedy pacienta jak k líčení události a vlastních prožitků, tak i k vyjádření emocí, nebráníme pláči, vyjádření bezmoci nebo vzteku. Terapeut však potřebuje být trpělivý a netlačit pacienta předčasné k přílišným detailům. Řada pacientových odhalení bývá doprovázena pocity studu, viny, úzkosti, znehodnocení. Terapeut mu pomáhá dostat tyto pocity do přijatelnějšího světla. Někdy vede první vyličení traumatické události k dramatickému úspěchu, častěji však samotné dostatečně léčivě nepůsobí. Terapeut musí být ochoten poslouchat příběh znovu a znovu. Opakování je nevyhnutelnou složkou dlouhého propracovacího procesu. Často je nutné věnovat se tématům demoralizace, snížené sebeúcty a deprese. Později pak terapeut vede pacienta k řešení situací v životě.

Při práci s traumatem se terapie zaměřuje na:

- navázání terapeutického vztahu
- edukaci o následcích traumatu
- detailní popis traumatické události
- vyjádření emocí za účelem zmírnění napětí
- porozumění souvislostem a subjektivnímu významu události
- podporu v současné situaci, řešení problémů.

Podpůrnou psychoterapii je vhodné použít v případech, kdy z různých příčin, např. časových nebo zkušenostních, nelze použít jiný psychoterapeutický přístup či možnosti klienta jsou omezené, např. má nižší inteligenci, jedná se o organické poškození mozku, psychotickou dekompenzaci po prožitém traumatu, nebo jsou ve hře drogy či závislost na alkoholu (23).

Psychodynamická psychoterapie

Psychodynamicky orientovaná psychoterapie může pomoci mnohým pacientům trpícím PTSD (18). V bezpečném prostředí empatického terapeutického vztahu se terapeut snaží obejít pacientovo popření a potlačení. Hlavními prostředky na počátku léčby jsou rekonstrukce traumatické události s abreakcí a katarzí. V dalším průběhu se terapeut snaží pacientovi zprostředkovat, jak zkušenosti z dětství zvýšily jeho zranitelnost k rozvoji příznaků PTSD. V průběhu terapie je pacient konfrontován se svými maladaptivními postoji k sobě a světu, nahlíží, jak si tyto postoje vytvořil během svého vývoje. Přes korektivní zkušenost ve vztahu s terapeutem nalézá postupně nové postoje.

Skupinová psychoterapie umožňuje sdílet traumatickou událost za podpory celé skupiny. Skupiny pacientů postižených PTSD sdílejí společné prožitky a chrání účastníky před pocity výjimečnosti, izolace a vyděšenosti (3). Pod-

pora skupiny pomáhá ke změně individuálního významu traumatické události a nabízí mnohočetné pohledy na problémy v životě. Problémem může někdy být nadměrné libování si členů skupiny v rolích „obětí“ a paradoxně posilování v pocitu odlišnosti od okolního světa a sekundárních zisků z poruchy. To však záleží na způsobu moderace terapeutem.

Rodinná nebo manželská terapie je často potřebná jako doplněk individuální psychoterapie. Rodinná terapie je léčbou volby v případě postiženého dítěte. Manželská či partnerská terapie je vhodná zejména pokud jde o řešení partnerských či sexuálních problémů, které velmi často v důsledku PTSD vznikly (24).

Kognitivně behaviorální terapie (KBT)

Ve většině případů provádíme léčbu ambulantně, pouze v případě hlubší deprese s rizikem sebevražděného jednání je nutné zahájit léčbu za hospitalizace. Terapeutické kroky při léčbě jsou obdobou kroků při jiných úzkostných poruchách, větší důraz je však kladen na expozici traumatickým vzpomínkám, spojenou s abreakcí traumatu již od počátku léčby. Pacient se učí nejdříve zvládat své příznaky, diskutovat se svými negativními myšlenkami, kterými se obviňuje nebo značkuje nebo hodnotí zklamání z osudu a nedůvěru ke světu, učí se exponovat jak vzpomínkám na trauma, tak situacím, kterým se vyhýbá, zvládat tělesné příznaky úzkosti a relaxovat. Sezení zpočátku probíhají jednou až dvakrát týdně, po zmírnění příznaků stačí i jednou za 2 týdny až jednou za měsíc. Průměrná léčba vyžaduje 8–16 hodinových setkání. Běžná jsou katamnestická sezení po 3, 6 a 12 měsících, která mají zároveň profylaktický terapeutický smysl. Již během prvního setkání, ale i v následujících, vytváříme *pracovní společenství*, kde největším expertem na své příznaky i na jejich změnu je sám pacient – my mu pouze jako odborníci pomáháme nalézat cestu, jak se s příznaky vypořádat co nejeфекtivněji. Spolupráci se snažíme zahájit od prvního malého úkolu, který společně s pacientem uděláme ihned v prvním sezení a podporujeme dále tím, že pacient pracuje i mimo sezení na domácích úkolech.

V rámci KBT uplatňujeme zejména tyto metody:

- a) orientace a emoční podpora
- b) edukace o povaze PTSD a o léčbě
- c) abreakce
- d) expozice vůči traumatickým vzpomínkám
- e) kognitivní rekonstrukce
- f) relaxace
- g) řešení problémů.

Orientace a emoční podpora

Zpočátku je třeba zaměřit se na to, aby pacient mohl v bezpečném a chápajícím prostředí vylíčit svůj „příběh“ a aby dokázal své nesouvislé a často zmatené pocity, potíže a problémy, které jej zahlcují a připadají mu nezvládnutelné, přeformulovat do jednotlivých konkrétních problémů a cílů, o jejichž dosažení bude v rámci terapie usilovat. Terapeut poskytuje pacientovi emoční podporu, akceptaci

a respekt a dává mu dostatek prostoru, aby mohl postupně vyličit nejen to, co se stalo, ale také co přitom prožíval, jak to hodnotí nyní a co pro něj bylo a je nejvíce zraňující. Je třeba mít na paměti, že pacienti trpící PTSD jsou často nedůvěřiví, trpí pocity viny a zahanbení, a proto je pro ně těžké se se svými zážitky a prožitky svěřovat. Nutná je emoční podpora a nehodnotící postoj terapeuta. I pro terapeuta může být emočně náročné vyslechnout drastické příběhy a neztratit přitom terapeutický odstup, který mu pomůže hledat ze zdánlivě beznadějně situace konstruktivní východiska. Navázání blízkého terapeutického vztahu je přitom pro úspěch léčby PTSD vitálně důležité.

Edukace o povaze PTSD a smyslu léčby

Orientace pacienta postupně přechází v edukaci o PTSD. Pacient se na vlastních příznacích učí o souvislostech v rámci KBT modelu. Po vysvětlení funkčních vztahů terapeut ukazuje, jakým způsobem bude působit léčba. Poučení o povaze PTSD probíhá v průběhu celé terapie a nemělo by mít příliš didaktický charakter. Důležité je jednotlivé příznaky PTSD „destigmatizovat“; vysvětlit pacientovi, že jeho příznaky a prožitky jsou pochopitelnou reakcí na nenormální zážitek, nikoli známkou nějaké jeho slabosti či charakterové vady. Příznaky je také třeba vyložit pozitivně – jako důsledek pudu sebezáchovy či jako projev snahy o zvládnutí mimořádně náročné situace. Můžeme také používat metafor, jako je „psychické zranění“, které potřebuje čas, aby se „zahojilo“ a které je třeba aktivně překonat, i když může zanechat trvalé „jizvy“. Pacient musí vždy chápat smysl jednotlivých léčebných metod, aby při nich mohl aktivně spolupracovat a věděl, k čemu směřují. To platí zvláště u metod vyvolávajících úzkost, jako je expozice vůči úzkostným vzpomínkám nebo vůči obávaným situacím.

Abreakce

Jako abreakci označujeme sdělení emočně nabitého zážitku tj. traumatické události, doprovázené vyjádřením s ní spojených silných emocí (hněvu, zlosti, viny, bezmoci) a tělesnými příznaky a projevy (zčervenání, bolesti, křeče, obranné pohyby), po kterém následuje emoční úleva. V KBT dochází u PTSD k abreaktivním reakcím spontánně, v rámci uplatňování dále popsanych postupů. Tyto abreaktivní reakce považujeme za důležitý zdroj informací, ale předpokládáme, že k trvalému odstranění příznaků nestačí. Také se nesnažíme ji vyvolávat pomocí metod měnících vědomí z důvodů uvedených dále.

Některé terapeutické směry předpokládají, že opakovaná abreakce je dostačujícím prostředkem k odstranění příznaků PTSD. K vyvolání abreakce proto používají různých postupů: sugesci, hypnózu, psychodrama, někdy i účinku centrálních anestetik (éter, chloroform) nebo hypnotik (benzodiazepiny v i. v. aplikaci) nebo pomocí protrahované hyperventilace.

Problém v užívání těchto metod spočívá jednak v tom, že účinek abreakce je pouze krátkodobý, a proto je třeba ji často opakovat, což může vést ke vzniku závislosti pacien-

ta na terapeutovi. Druhý problém spočívá v tom, že prožitky, vyvolané pomocí těchto metod, mohou být pro pacienta i terapeuta velmi přesvědčivé a přesto nemusí odpovídat skutečným událostem, které vedly ke vzniku PTSD. Pokud se proto pacient rozhodne jednat na základě takto vyvolaných vzpomínek (případně jej k tomu terapeut přímo vyveze) vzniká riziko falešného obvinění nevinných lidí, což ve svém důsledku může způsobit další psychotraumatizaci pacienta.

Expozice vůči traumatizujícím vzpomínkám

Stejně jako u jiných úzkostných poruch i u PTSD používáme systematické odstupňované expozice k tomu, aby určité podněty, v tomto případě traumatizující vzpomínky, přestaly v pacientovi vyvolávat pocit nezvladatelné úzkosti, ale aby si pacient ověřil, že svou úzkost dokáže kontrolovat a že postupně spontánně odezní. Úkolem terapeuta je proces facilitovat pomocí empatie (4).

Nejobvyklejší formou expozice u PTSD je *přímá expozice v rozhovoru*: při ní pacienta žádáme, aby opakovaně dopodrobna popisoval traumatickou událost. Zpočátku žádáme popis jen toho, co se během události děje, postupně žádáme více podrobností o tom, co pacient v dané chvíli prožíval, co si myslel, co cítil. Terapeut pomáhá pacientovi pomocí vhodných otázek. Ličení traumatické situace můžeme nahrát na pásek, který pak pacient poslouchá mezi sezeními.

Další možností je *písemná expozice*: při ní má pacient za úkol traumatickou událost písemně popsat a tento popis pak během sezení i za domácí úkol opakovaně čte, přičemž postupně doplňuje do textu více a více podrobností, včetně svých myšlenek, tělesných reakcí a emocí (27). První popis je zpravidla velmi stručný. Další jsou stále bohatší. Po opakovaném popisu události dochází postupně k habituaci a desenzitizaci. V průměru je k tomu zapotřebí kolem 8 dopisů.

Expozice ve fantazii (imaginaci): Účinnější je popis traumatické události tehdy, když necháme pacienta zavřít oči, celou situaci si vizuálně vybavit a popisovat v přítomném čase. Zde se můžeme s pacientem opakovaně vracet k emočně nabitým momentům, až dojde k habituaci a desenzitizaci – tj. pacient situaci popisuje, ale nedochází již k objevení se emoční bouře (13).

Jednou z forem expozice v imaginaci, které se často využívá v léčbě PTSD, je metoda *řizených představ*. Při ní si pacient v představách nejen znovu vybavuje traumatickou situaci, ale učí se tyto traumatické vzpomínky cíleně měnit. Terapeut tedy s pacientem nejdříve probere jeho vzpomínky na traumatickou událost a pak se jej zeptá, co by si přál, aby se stalo jinak – co jiného měl udělat on sám, co měli udělat jinak druhí, jak měla celá událost jinak dopadnout. Na základě tohoto rozboru pak terapeut spolu s pacientem sestaví tzv. „alternativní scénář“ traumatické události a pacient si pak opakovaně představuje tento změněný příběh – jako kdyby se díval na film se šťastným koncem. Cílem této techniky je, aby se pacient naučil nahradit vzpomínky na traumatickou událost alternativní představou, která

v něm nevyvolává tak nepříjemné pocity (viz Kennerleyová, 1998).

Tuto metodu lze také použít k práci s děsivými sny – pacient si během dne svůj sen znovu vybaví, vytvoří si k němu „šťastný konec“ (např. „Zdá se mi, že padám do nekonečné propasti a cítím silnou úzkost. Ale náhle mi narostou křídla a já se vznáším a cítím se svobodný a volný“). Tento „alternativní scénář“ si během dne opakovaně představuje a pokud jej v noci vzbudí úzkostný sen, „dotvoří“ jej do pozitivního zakončení.

Někdy může k vyvolání emočního prožitku pomoci *expozice vůči filmu* s podobnou tematikou – válečné scény, scény násilí či znásilnění. V některých případech vede k vyvolání emočního prožitku *expozice vůči zvukům, pohybům, dotekům*. Např. ženy, které se staly obětí znásilnění, mají mnohdy silnou averzi vůči dotykům, zvláště na některých místech těla a od mužů, což může narušovat jejich partnerské vztahy a zhoršovat jejich sebehodnocení („Štítím se sama sebe“). V těchto případech může opakovaná expozice vůči dotekům pomoci, avšak je ji potřebné domluvit společně s partnerem.

Další formou expozice je *expozice vůči obávaným situacím nebo činnostem*. Jde o expozici in vivo, jak se provádí u agorafobie, tj. pacient se nejdříve v doprovodu terapeuta a poté sám exponuje místům a situacím, které souvisí s traumatem. Chodí například na místa, kde byl přepaden, řídí auto ulicí, kde se mu stala dopravní nehoda apod.

Kognitivní rekonstrukce. V kognitivní rekonstrukci společně s pacientem zjišťujeme specifický význam události a pomáháme mu jej přepracovat na více reálný pohled. Automatické negativní myšlenky a představy udržují posttraumatickou stresovou poruchu. Pokud je pacient dokáže přepracovat, pomáhá mu to ve zmírnění symptomatologie. Pacient si postupně ujasňuje, jak jeho současný způsob myšlení a hodnocení přispívá k udržování jeho příznaků a problémů, učí se negativní myšlenky kriticky zkoumat a hodnotit.

Postup při kognitivní rekonstrukci je následující – prvním krokem je určit automatické negativní myšlenky, které jsou spojeny s negativními pocity a emocemi, druhým krokem je kritická analýza a zpochybnění absolutní platnosti negativní myšlenky, třetím krokem je zformulování alternativní, konstruktivnější myšlenky, která více odpovídá skutečnosti a oslabuje emoční účinek původní negativní myšlenky. Čtvrtý krok může spočívat v praktickém jednání, zaměřeném na ověření platnosti negativní myšlenky (tabulka 1).

Na základě kognitivní rekonstrukce můžeme postupně odvodit určitá „dysfunkční kognitivní schémata“, tj. nevědomé předpoklady, na jejichž základě pacient zkresleně hodnotí sebe sama i svět kolem sebe. Tato dysfunkční schéma-

ta pak můžeme s pacientem analyzovat stejně jako jednotlivé negativní myšlenky tak, aby si uvědomil jejich omezenou platnost a nepřiměřenost a aby si zformuloval předpoklady přiměřenější, jejichž platnost si pak může ověřovat v praktickém jednání („Zkusím vycházet z předpokladu, že to se mnou většina lidí myslí dobře, a uvidím, co se stane“).

Cílem kognitivní rekonstrukce u pacientů trpících PTSD není ani tak změnit jejich jednotlivé myšlenky, ale spíše změnit jejich chápání toho, co se stalo. Změnit jejich „příběh“ tak, aby vnímali traumatickou událost jako těžkou životní zkušenost, která však již patří minulosti a sebe nikoli jako oběť, ale jako „toho, kdo to přežil, vydržel“ a kdo dokáže své nynější problémy – navzdory či dokonce díky této události – aktivně zvládat.

Další metody, uplatňované v léčbě PTSD

Jednou z novějších metod v léčbě PTSD je *desenzibilizace pomocí rychlých očních pohybů*. Při této metodě pacient nejdříve vyličí svůj traumatický zážitek a poté shrne svůj současný postoj vůči tomuto zážitku do jednoduchého výroku, který odráží jeho traumatizující zážitek (např. „Měl jsem se pořádně rozhlédnout“, „Jsem zcela bezmocná“). Potom si pacient zformuluje výrok s tímto prvním výrokem neslučitelný („Poučil jsem se z toho. Už se mi to nestane“, „Je to minulost.“). Pacient pak dostane za úkol představit si v duchu traumatickou scénu, říkat si svůj shrnující výrok a přitom sledovat prst terapeuta, který jím rychle kývá ve výši očí pacienta vodorovně s frekvencí asi 2 kývnutí za vteřinu. Po 30 vteřinách dostane pacient pokyn, aby svou představu zrušil a v duchu si vybavil svůj „pozitivní“ výrok. Před i po této proceduře hodnotí pacient míru svého napětí a postup se opakuje tolikrát, dokud napětí pacienta nepoklesne na mírný stupeň. Autorka uvádí, že pomocí tohoto postupu lze výrazně zkrátit čas desenzibilizace vůči traumatickým vzpomínkám. Studie, které by účinnost tohoto postupu jednoznačně potvrdily, však dosud nejsou k dispozici.

Pomocnou metodou v léčbě PTSD je *nácvik relaxace*, pomocí níž se může zmírnit celková míra psychického napětí pacienta a pacient může relaxační cvičení využít i v situacích, které v něm budí úzkost. Vhodná je Ostova progresivní relaxace, autogenní trénink, ale i jóga, meditační cvičení aj.

Pokud má pacient problémy v rodinném životě či v zaměstnání, může mu pomoci, když jej seznámíme s metodou *strukturovaného řešení problémů*.

Ukončení terapie

Před ukončením terapie „zřídíme“ pacientovy návštěvy. Předvídáme, že i v budoucnosti se občas dostaví zvýše-

Tabulka 1. Příklad záznamu negativních automatických myšlenek a jejich přerámování

čas	situace	automatické myšlenky	emoce	racionální reakce
Úterý 13:30	Potkala jsem černovlasého muže podobného tomu, co mě přepadl.	Divně se na mně kouká. Co když půjde za mnou? Určitě půjde a bude sledovat, kde bydlím!	Strach	I kdyby za mnou šel, je kolem spousta lidí. Pokud by došel k našemu domu, beztak nezjistí patro.
Úterý 18:00	Manžel večer nebyl doma.	Ten chlap šel za mnou a teď ví, kde bydlíme. Vleze sem a přepadne mě. Nedokážu se mu ubránit!	Napětí, strach	Neviděla jsem ho, že by za mnou šel. Do bytu by se tak snadno nedostal. Mohla bych křičet.

Tabulka 2. Léky účinné v léčbě PTSD

Skupiny léků	antidepresiva	antikonvulziva a thymoprofilaktika	neuroleptika
hlavní indikace u PTSD	úzkost, deprese, emoční otupělost, podrážděnost, znovuprožívání	impulzivita, podrážděnost	agresivita, depersonalizace
léky ověřené v dvojité slepých studiích	amitriptylin imipramin desipramin fenelzin sertralin fluoxetin paroxetin	lithium carbamazepin valproát lamotrigine topiramát	
léky ověřené v pilotních studiích	citalopram fluvoxamin		
léky konsenzuálně doporučené, kterým chybějí kontrolované studie	tranylcypromin moclobemid venlafaxin		haloperidol pimozid risperidon

né napětí při vystavení se typickému spouštěči. Důležité je explarovat, jak by mohl sám použít dovednosti, které se v terapii naučil (kognitivní rekonstrukce, expozice, relaxace). Snažíme se také předvídat, jaké životní situace mohou v nejbližší budoucnosti nastat (např. ztráta zaměstnání, odchod od rodičů, rozchod s přítelem či přítelkyní). Požádáme pacienta, aby si vypracoval plán, jak jim čelit.

Psychofarmakoterapie

Medikace má v léčbě spíše podpůrnou roli. Ovšem v případech závažné nebo chronické PTSD může přinést dostatečný ústup příznaků a tím umožnit pacientovu spolupráci v terapii. Antidepresiva, zejména SSRI, jsou považována za účinnější než jiné lékové skupiny. Dávky antidepresiv jsou podobné jako při léčbě depresivní poruchy. Z klasických antidepresiv je možné zvolit amitriptylin (6, 7), desipramin (25) nebo imipramin (10); modernější a šetrnější medikací jsou SSRI (8, 16). Vhodnější je začít s minimální dávkou na den a pak ji zvedat postupně ve třídenních intervalech. Dávky jsou stejné jako u depresivní poruchy. Významnější efekt lze očekávat přibližně po dvou měsících podávání léku. Po selhání této léčby lze uvažovat o aug-

mentaci neuroleptikem, stabilizérem nálad nebo změně za antidepresivum jiné skupiny. Při rezistenci je k dispozici tranylcypromin. Doporučená udržovací léčba by měla trvat alespoň rok než se lék začne pozvolna vysazovat. Lithium, carbamazepin, valproát nebo lamotrigine jsou dobré přídatné léky na kontrolu impulzivity (15, 19, 21). Betablokátory (clonidin a propranolol) mohou urychlit nástup léčebného efektu a pomáhají kontrolovat vegetativní příznaky (17). Vzhledem k vysokému riziku vzniku závislosti u PTSD je podávání benzodiazepinů zatím přijímáno ambivalentně (2, 11). Někdy mohou krátkodobě potlačit akutní úzkostné příznaky, riziko vzniku závislosti u PTSD je však velmi vysoké, příznaky z vysazení ohrožující vysokým arousalem (26). Podávání benzodiazepinů by mělo být limitováno na 4–8 týdnů. Pak by měly být postupně vysazeny. Užití antipsychotik není v této indikaci ověřeno studiemi, nicméně podle všeobecné klinické zkušenosti mohou pomoci pro krátkodobou kontrolu agrese, neklidu nebo přechodných psychotických fenoménů. Vhodný je haloperidol, pimozid, trifluoperazin nebo risperidon v malých dávkách (tabulka 2).

Podpořeno projektem CNS LN00B122 MŠMT ČR

Literatura

- Blank, A. S. (1993): The longitudinal course of posttraumatic stress disorder. In: Davidson, J. R. T. a Foa, E. B. (eds): Posttraumatic stress disorder: DSM-IV and Beyond. Washington, DC, American Psychiatric Press.
- Braun, P., Greenberg, D., Dasberg, H. a spol. (1990): Core symptoms of posttraumatic stress unimproved by alprazolam treatment. J. Clin. Psychiatry. 51: 230–238.
- Brockway, S. S. (1987): Group treatment of combat nightmares in post-traumatic stress disorder. J. Contemp. Psychotherapy. 17: 270–284.
- Cooper, N. A. a Clum, G. A. (1989): Imaginal flooding as a supplementary treatment for PTSD in combat veterans: A controlled study. Behav. Ther. 20: 381–391.
- Davidson, J. R. T., Hughes, D., Blazer, D. G. et al. (1991): Post traumatic stress disorder in the community: An epidemiological study. Psychol. Med. 21: 1–9.
- Davidson, J. R. T., Kudler, H., Sanders, W. B. et al. (1993): Predicting response to amitriptyline in posttraumatic stress disorder. Am. J. Psychiatry, 150: 1024–1029.
- Davidson, J. R. T., Kudler, H., Smith, R. et al. (1990): Treatment of posttraumatic stress disorder with amitriptylin and placebo. Arch. Gen. Psychiatry, 47: 259–266.
- Fichtner, C. C., Arora, R. C., O'Connor, F. L. et al. (1994): Platelet paroxetine binding and fluoxetine pharmacotherapy in posttraumatic stress disorder: Preliminary observations on a possible predictor of clinical treatment response. Life Sci. 54: 39–44.
- Foa, E. D., Rothbaum, B. O., Riggs, D. S. et al. (1991): Treatment of posttraumatic stress disorder in rape victims: A comparison between cognitive-behavioral procedures and counseling. J. Consult. Clin. Psychol. 59: 719–723.
- Frank, J. B., Kosten, T. R., Giller, E. L. et al. (1988): A randomized clinical trial of phenelzine and imipramine for posttraumatic stress disorder. Am. J. Psychiatry, 145: 1289–1291.
- Gelder, M., Gath, D., Mayou, R., Cowen, P. et al. (1996): Oxford textbook of psychiatry. Third edition. Oxford University Press, Oxford.
- Heltzer, J. E., Robins, L. N., McEvoy, L. (1987): Posttraumatic stress disorder in the general population: findings of the Epidemiological Catchment Area Survey. N. Engl. J. Med. 317: 1630–1634.
- Keane, T. M., Fairbank, J. A., Caddal, J. M. et al. (1989): Imlosive (flooding) therapy reduces symptoms of PTSD in Vietnam combat veterans. Behav. Ther. 20: 245–260.
- Kingsbury, S. J. (1988): Hypnosis in the treatment of posttraumatic stress disorder: An isomorphic intervention. Am. J. Clin. Hypnosis. 31: 81–90.
- Kitchner, I., Greenstein, R. (1985): Low dose lithium carbonate in the treatment of posttraumatic stress disorder: brief communication. Milit. Med. 150: 378–381.
- Kline, N. A., Dow, B. M., Brown, S. A. et al. (1994): Sertraline efficacy in depressed combat veterans with posttraumatic stress disorder. Am. J. Psychiatry, 150: 621.

17. Kolb, L. S., Burris, B., Griffiths, S. (1984): Propranolol and clonidine in treatment of the chronic post-traumatic stress disorders of war. In: Van der Kolk, B. (ed.): Post-traumatic Stress Disorder: Psychological and Biological Sequelae. Washington, DC: American Psychiatric Press.
18. Koller, P., Marmar, C. R., Kanas, N. (1992): Psychodynamic group treatment of posttraumatic stress disorder in Vietnam veterans. *Int. J., Group Psychother.* 42: 225-246.
19. Lipper, S., Davidson, J. R., Grady, T. A. et al. (1986): Preliminary study of carbamazepine in post-traumatic stress disorder. *Psychosomatics.* 27: 849-854.
20. March, J. S. (1993): What constitutes a stressor? The „criterion A” issue. In: Davidson J. R. T. and Foa, E. B. (eds.): Posttraumatic stress disorder: DSM-IV and beyond. Washington DC: American Psychiatric Press. 37-54.
21. Pesler, F. A. (1991): Valproate in combat-related posttraumatic stress disorder. *J. Clin. Psychiatry.* 52: 361-364.
22. Pittman, R. K., van der Kolk, B. A., Orr, S. P. et al. (1990): Naloxone-reversible analgesic response to combat-related stimuli in post-traumatic stress disorder: A pilot study. *Arch. Gen. Psychiatry* 47: 541-544.
23. Preiss, M., Vizinová D. (1999): Psychické trauma a jeho terapie. *Portál* 62.
24. Rabin, C. a Nardi, C. (1991): Treating post-traumatic stress disorder couples. *J. Abnorm. Psychol.* 27: 155-157.
25. Reist, C., Kauffmann, C. D., Haier, R. J. et al. (1989): A controlled trial of desipramine in 18 men with posttraumatic stress disorder. *Am. J. Psychiatry*, 146: 513-516.
26. Risse, S. C., Whitters, A., Burke, J. et al. (1990): Severe withdrawal symptoms after discontinuation of alprazolam in eight patients with combat-induced post-traumatic stress disorder. *J. Clin. Psychiatry.* 51: 206-209.
27. Shalev, A. Y., Orr, S. P., Pitman, R. K. (1992): Psychophysiologic response during script driven imagery as an outcome measure in post-traumatic stress disorder. *J. Clin. Psychiatry.* 53: 324-326.
28. True, W. R., Rice, J., Eisen, S. A. et al. (1993): A twin study of genetic and environmental contributions to liability of posttraumatic stress symptoms. *Arch. Gen. Psychiatry.* 50: 257.
29. Yehuda, R., Giller, E. L., Southwick, S. M. et al. (1991): Hypothalamic-pituitary-adrenal dysfunction in posttraumatic stress disorder. *Biol. Psychiatry* 30: 1031-1048.

MANUÁL INFEKČNÍCH NEMOCÍ