

*Kazuistika***Cesta z utrpenia****Kazuistika psychoterapie pacientky s posttraumatickou stresovou poruchou**

K. Kusá

Out of distress**Case report: A patient with posttraumatic stress disorder****Súhrn**

Problematika diagnostiky a terapie posttraumatickej stresovej poruchy (PTSP) a iných psychotraumou spolupodmienенých porúch je v posledných rokoch stále aktuálnejšia. Problematiku ilustruje uvádzaná kazuistika jednej pacientky s PTSP a načrtáva priebeh psychoterapeutickej práce s ňou. Táto práca s pacientkou sa v úvode terapie zamerala na jej stabilizáciu, redukovanie rizika ďalšieho suicidálneho správania a zvýšenie sebaúcty. V ďalšej fáze sme pracovali priamo s traumatickými zážitkami s použitím desenzitizácie a spracúvania pomocou očných pohybov (EMDR). U pacientky vymizli príznaky posttraumatickej stresovej poruchy. Zlepšilo sa jej fungovanie vo všetkých úlohách každodenného života. Ďalším terapeutickým plánom bola práca na osobnostnej problematike metódou katatýmne-imaginatívnej psychoterapie (KIP) (lit. 12).

Kľúčové slová: psychotrauma, posttraumatická stresová porucha, desenzitizácia a spracúvanie pomocou očných pohybov, katatýmne imaginatívna psychoterapia

Summary

Diagnose and therapy of the posttraumatic stress disorder (PTSD) and other psychogenic trauma-related disorders is increasingly topical. A case report, illustrating the problem and describing the psychotherapy of a PTSP patient, is presented. At the beginning, the psychotherapy was aimed at the stabilization of the patient, reduction of the risk of next suicide, and increase of the self-respect. Next, the traumatic experiences were processed using eye movement desensitization and reprocessing (EMDR). Clinical signs of posttraumatic stress disorders disappeared. Everyday functions of the patient were improved. Next therapeutic goal was aimed at the personality problems using katathymic imaginative psychotherapy (KIP).

Key words: psychic trauma, posttraumatic stress disorder, eye movement desensitization and reprocessing, katathymic imaginative psychotherapy

Moderná psychiatria a psychoterapia prisudzuje psychotraumám a ich spracúvaniu významnú úlohu pre etiopatogenézu rôznych psychopatologických, ale aj psychosomatických syndrómov (Fischer, 1999). Medzinárodná klasifikácia

duševných porúch WHO až roku 1991 vymedzila posttraumatickou stresovou poruchou ako samostatnú klinickú jednotku – 11 rokov po DSM III (APA, 1980). Ďalšie poruchy, pri ktorých je význam psychotraum v patogenéze pravdepodobný, alebo aspoň u časti z nich, sú napr. disociačné poruchy, somatizačné poruchy, sociálne fobie, niektoré depresie, borderline poruchy osobnosti, abúzus a závislosť od alkoholu a drog (Flatten, 2001). Pri schizofréniách prinajmenšom nepriaz-

Psychiatrické oddelenie NsP v Trenčíne

Adresa: MUDr. K. Kusá, Psychiatrické oddelenie NsP, Legionárska 28, 911 71 Trenčín, Slovensko.

nivo ovplyvňujú ich priebeh. Zdá sa však, že sa uplatňujú aj ako jeden z nezanedbateľných faktorov v multifaktoriálnej genéze schizofrénie, obzvlášť ak psychotraumu chápeme v širšom vymedzení (Bleuler, 1972) a užitočné je prihliadať na ňu aj v terapii (Hašto, 2001).

V posledných rokoch sa pomerne intenzívne hľadali nové terapeutické prístupy k posttraumatickým stresovým poruchám. Metaanalytické vyhodnotenie týchto štúdií dovoľuje urobiť predbežný záver: farmakoterapia je menej účinná ako špecificky zameraná psychoterapia cielená na posilňovanie a aktiváciu zdrojov a expozíciu (Ehlers, 2001). Na Slovensku sa posledné roky venuje zvýšená pozornosť diagnostike a liečbe posttraumatických stresových porúch (napr. Česko-Slovenská psychoterapeutická konferencia v Trenčianskych Tepliciach roku 2001 mala jednu z hlavných tém Psychotrauma – jej následky a liečba). V Trenčíne sa konali kurzy v EMDR, psychotraumatológii (vedené aj medzinárodným lektorským tímom), psychotraumatológia bola vo forme špeciálneho seminára preberaná s účastníkmi vzdelávania v KIP. Expozičné techniky sa preberajú aj pri kurzoch v KBT.

V práci nazvanej „Cesta z utrpenia“ opisujem príbeh pacientky s posttraumatickou stresovou poruchou (PTSP) a priebeh našej spoločnej psychoterapeutickej práce.

S touto 27-ročnou, nežne a krehko pôsobiacou ženou, som sa prvýkrát stretla na oddelení anestéziológie a intenzívnej medicíny v apríli roku 2001, kde bola hospitalizovaná po závažnom suicidálnom pokuse. Intoxikovala sa liekmi a pri prijíme bola v soporóznom stave. Bezprostredným podnetom k pokusu o suicídium bol navonok banálny konflikt s matkou. Išlo o opakovaný pokus o samovraždu. Pri predchádzajúcom jej matka zabránila ísť do nemocnice. Posledné 2 mesiace chodila k ambulantnému psychiatrovi. Vyhľadala ho sama kvôli podráždenosti, nespavosti, nevyvetliteľnému pruritu celého tela v noci a strachu ísť medzi ľudí. Užívala antidepresíva a anxiolytiká – bez efektu. Tieto ťažkosti sa u nej rozvinuli a trvali približne 1 a pol roka. Pacientku som zamýšľala hospitalizovať na našom oddelení. Jej matka sa proti tomu tvrdo postavila a ona nebola schopná odporovať.

Vysielala však jasné signály, že potrebuje pomoc. Uzavreli sme teda antisuicidálny kontrakt a dohodli sme sa na ambulantných stretnutiach.

Na najbližšie stretnutie prišla s veľkým odhodlaním k liečbe. Vedená niektorými náznakmi pri našom prvom rozhovore som cielenými otázkami vyexplorovala, že okrem predtým zmienovaných ťažkostí trpí aj úzkostnými snami. V snoch sa jej opakovane prehrávajú otravné momenty, ktoré prežila v manželstve, keď ju manžel znásilňoval a surovo mlátil tak, že viackrát musela byť hospitalizovaná, raz dokonca so zlomeninou lebečnej kosti. Opakovane sa jej snívajú aj iné sny, v ktorých dominujú pocity ohrozenia a bezmocnosti. Traumatické zážitky sa jej v podobe spomienok a obrazov neustále vracajú aj počas dňa. Vtedy akoby prestala vnímať okolie, cíti bezmocnosť, depresiu, má naliehavé myšlienky na samovraždu. Akoby ju niečo nútilo urobiť to. Spomienky sa u nej spúšťajú najčastejšie hádkami a konfliktmi, ktoré sú v domácnosti, v ktorej žije so svojou matkou, 2 deťmi

a 2 sestrami, na dennom poriadku. Stačí jej počuť zvýšený hlas alebo nadávky a spomienky ju zahltia. Niekoľkokrát mala minúty až hodiny trvajúce stavy, na ktoré má amnéziu (pravdepodobne išlo o disociačnú amnéziu). Napríklad pri sledovaní videa z vlastnej svadby začala náhle zúfalo kričať, chúlila sa v kúte, chránila si rukami hlavu a prosila: „Nebi ma, nezabíjaj ma!“ Príznaky PTSP sa u nej začali prejavovať asi pol roka po rozvode, teda v období, keď už bezprostredné ohrozenie pominulo, čo je asi dva a pol roka dozadu. Ešte viac sa zintenzívnili, keď jej pred 2 rokmi doma suicidoval otec. Išlo teda o PTSP s odloženým začiatkom, ktorá, podobne ako u väčšiny pacientov, ktorí ňou trpia, nebola pri predchádzajúcom kontakte so psychiatrom rozpoznaná (Zohar a spol., 2000; Smolík, 1996).

V anamnéze pacientky som neskôr identifikovala viaceré faktory vulnerability pre vznik PTSP po expozícii traume: psychické ochorenia v RA (alkoholizmus, depresia a dokonané suicídium u otca, depresia a dokonané suicídium u matkinho brata), ďalej nepriaznivé, traumatické skúsenosti od útleho detstva, keď otec veľa pil, bíjaval matku pred deťmi, často museli pred ním v noci utekať z domu, matka nedokázala deti uchrániť, používala ich ako štít pred manželom, sama ich často fyzicky trestala. Išlo o rodinu s nižším socioekonomickým statusom. Rizikovou bola aj vlastná povaha traumy (fyzické násilie, ohrozenie života, opakovaný výskyt, nemožnosť brániť sa voči fyzickej presile). Pacientke chýbala opora v jej sociálnom prostredí, po rozvode bola nútená vrátiť sa späť do nehostinného prostredia primárnej rodiny, z ktorého vzišla (Portfieldová, 1998).

S pacientkou som sa stretávala spočiatku v 1-týždňových, neskôr približne v 2-týždňových intervaloch. V prvých sedeniach bolo mojím cieľom popri diagnostickom zhodnotení a postupnom odoberaní anamnézy dosiahnuť jej stabilizáciu vzhľadom na momentálne životné okolnosti. Medzi 2. a 3. sedením sa po flashbacku opäť intoxikovala liekmi. Bolo preto nevyhnutné spoločne vytvoriť zoznam opatrení na zníženie rizika suicidálneho konania. Najspoľahlivejším oporným bodom v jej súčasnom živote sa zdal terajší partner. Potrebné však bolo objasniť mu povahu pacientkiných problémov a povzbudiť ho, aby sám neostal emočne preťažený. Spoločný pohovor v trojici a pozitívne reakcie partnera znamenali pre pacientku úľavu. Ubezpečila sa, že ho kvôli svojim ťažkostiam nestratí a že sa naňho môže spoľahnúť.

Ukázalo sa, že pacientka naďalej zotráva v úlohe bezmocnej a zneužívanej obete, pričom teraz ju namiesto manžela zneužíva matka a 2 mladšie sestry. V domácnosti funguje ako slúžka, vôbec sa nedokáže vzoprieť, je schopná nanajvýš rozplakať sa a únik hľadá v suicidálnych fantáziách a konaní. Pacientka vyžadovala veľa podpory a povzbudení, aby sa odvážila zmeniť svoje správanie, a tak sama aktívne zasiahla do stereotypov zabehnutých v rodine.

Ukázalo sa, že je skutočne usilovná a odhodlaná bojovníčka. Pri nasledujúcom sedení referovala o tom, ako sa niekoľkokrát odvážila postaviť na protest voči matkiným neprimeraným požiadavkám. Bola prekvapená a nadšená, aký efekt mala táto jej nečakaná zmena v spôsobe reagovania.

Matku to prekvapilo a stiahla sa. Pre pacientku to bol úplne nový, povzbudivý zážitok. Výrazne vzrástla jej sebaúcta.

Keď sa takto postupne stabilizovala a do ďalšieho sedenia sa nevyskytli suicidálne myšlienky, mohli sme prejsť v našej práci k ďalšiemu kroku – k práci priamo s intrúziami. Zvoľila som metódu EMDR (Eye Movement Desensitisation and Reprocessing) (Prochaska a Norcross, 1999; Shapiro, 1989). Táto metóda vychádza z predpokladu, že ľudia majú vrodenný neurofyziologický systém, ktorý spracúva informácie. Traumatické informácie sú však statické, ostávajú uviaznuté a nespracované v tomto systéme a generujú psychopatológiu dlho po traumatickom zážitku. Pomocou EMDR sa terapeut snaží odblokovať tento systém a urýchliť spracovanie traumatických informácií. Pacient je v bezpečnom prostredí terapeutického vzťahu v predstavách exponovaný traumatickým spomienkam, pričom sa podporí aktivácia systému spracovávaní informácií pomocou vnímania podnetov, hádam aj striedavým stimulovaním pravej a ľavej hemisféry mozgu pomocou očných pohybov, sledujúc pohybujuce sa prsty terapeuta, prípadne s použitím inej formy stimulácie (napr. sluchové alebo taktilné podnety). Pritom sa mapuje i afektívny a kognitívny komponent a telesné prežívanie spojené s traumatickou spomienkou. Postupne dochádza k desenzitizácii traumatického zážitku, a k tomu napokon pristupuje kognitívna reštruktúracia pôvodnej negatívnej kognície vyjadrujúcej sebahodnotenie vo vzťahu k traumatickému zážitku, testovanie platnosti pozitívnej kognície a jej zakotvenie. Pacientka si mala v predstavách čo najživšie sprítomniť a opísať ten traumatický zážitok z množstva iných, ktorý sama vnímala ako najhrozivejší. Vybrala si jeden moment, keď ju manžel bezdôvodne začal mlátiť, trieskal jej hlavu o stenu, vulgárne jej nadával a kričal, že ju zabije. Najskôr sme vypracovali a zakotvili predstavu bezpečného miesta. Ďalej sme systematicky zmapovali rôzne dimenzie traumatického zážitku – afektívnu, kognitívnu, oblasť telesného prežívania. Dominovali strach a úzkosť, pociťovala silné búšenie srdca, zovretie v hrdle, potenie rúk, chvenie celého tela. Negatívnu kogníciu vyjadrila slovami: „Som bezmocná voči presile druhých, nemám silu sa vzoprieť.“ Želaná kognícia predstavujúca reštrukturalizáciu sebahodnotenia znela: „Mám dosť sily ubrániť sa voči druhým ľuďom.“ Pacientka sa začala ponárať príliš hlboko do spomienok, strácala kontakt s okolím. Svedčili o tom stuhnuté rysy tváre, zatvárala oči, nereagovala na oslovenie. Bolo potrebné „uzemniť ju“, aby ju spomienky úplne nepohltili. Opakovane som jej pripomínala, že teraz je v bezpečí a nič jej nehrozí, oslovujúc ju menom som naliehala, aby otvorila oči. Pohyb ruky pred očami prežívala ako ohrozujúci. Evokoval jej predstavu útočiackej ruky manžela. Preto som zmenila spôsob stimulácie na striedavé dotýkanie sa prstom jej pravej a ľavej dlane. Úzkosť začala postupne klesať, nad ňou prevládla emócia hnevu a túžba, aby bol manžel mŕtvy. Na konci sedenia (približne po hodine a pol) klesla úzkosť až na nulu a zakončili sme opäť predstavou bezpečného miesta. Pacientka sa cítila uvoľnená – akoby po zotavujúcom spánku.

Nasledujúce týždne po tomto sedení sa jej spočiatku dobre darilo. Až po neprijemnom zážitku na lekárskej posudkovej

komisii, keď sa voči nej posudková lekárka správala veľmi autoritatívne a degradujúco, objavili sa opäť pocity úzkosti v prítomnosti cudzích ľudí s masívnym vegetatívnym sprievodom. Flashback sa už neopakoval, no niekoľkokrát sa opakoval jeden jej už dobre známy úzkostný sen.

Uvedený sen sme na najbližšom sedení určili za predmet desenzitizácie. V sne ju neznámy muž škrtí, unikne mu za dvere, snaží sa ich zamknúť, ale kľúč v zámke prešmykuje. Z druhej strany dverí cíti silný tlak. Cíti obrovskú úzkosť a bezmocnosť. Tlak napokon poľaví, dvere sa otvoria a ona uvidí toho muža obeseného. Pociťí úľavu, ale vtom obesenec zdvihne hlavu a škodoradostne sa zaškerí. Ona opäť prežíva hrôzu. Z psychodynamického hľadiska sa nám tu ponúka hypotéza, že sen prehráva príbeh s násilnícky sa správajúcim otcom, ktorý aj po smrti naháňa hrôzu cez traumatické spomienky, ktoré u pacientky zanechal podobne ako jej násilnícky manžel ešte dlho po rozvođe. V priebehu desenzitizácie sa pacientke vynárajú ďalšie detaily sna, čo zvýši úzkosť. Popri nej však identifikujem aj hnev až zúrivosť, ktorú u nej kognitívnym vpletaním podporím ako emóciu, ktorá dáva človeku netušenú silu a môže mu pomôcť ubrániť sa a prežiť. Pri opakovanom sprítomňovaní si situácie zo sna zaviera dvere pred prenasledovateľom so stále väčšou silou a zároveň s narastajúcim pokojom namiesto úzkosti a strachu. Napokon ich úplne pokojne zatvorí. Necíti pritom protitlak z druhej strany, akoby sa nič nedialo. V závere sedenia necíti žiadnu úzkosť. Pozitívna kognícia „Mám dosť sily ubrániť sa zlu. Minulosť nemá nado mnou moc“ má maximálnu platnosť. Pri telovom teste neostáva v tele žiadny z predtým opísaných nepriemných pocitov.

Toto sedenie bolo v našej terapii prelomové. Na nasledujúce sedenie prišla vyrovnaná a pokojná. Referovala o sne, ktorý sa jej sníval tesne po predošlom sedení: dej sa odohrával v dome jej babky, ktorý bol v čase jej krušného detstva jediným bezpečným miestom. V kuchyni bol neznámy muž – prenasledovateľ z predchádzajúcich snov. Pacientka ho tam zamkla, „uväznila“, a s pocitom prevahy a dávkou škodoradosti sa ho spýtala, či by chcel, aby ho odtiaľ vypustila. Cítila sa pri tom veľmi dobre, mala pocit moci, kontroly nad situáciou, ktorý pretrvával aj po prebudení.

O 3 mesiace po tomto terapeutickom sedení pacientka referovala, že stretnutie s bývalým manželom, opäť opitým a vulgárne nadávajúcim, zvládla bez väčšieho rozrušenia. Nemala nijaké nepriemné sny. Bez úzkosti chodila medzi ľuďmi, cítila duševnú pohodu, jej sebavedomie narastalo. Matka ju čoraz viac rešpektuje, prvýkrát vo svojom živote začula z jej úst prejav uznania a poďakovanie. Mohla sa úplne venovať súčasnosti, svojim deťom, partnerovi, našla si zamestnanie. Nemala nijaké príznaky PTSP. Zatiaľ všetko nasvedčovalo tomu, že pacientke sa podarilo (nielen vo sne) zatvoriť dvere za zlou minulosťou, ktorá ju prenasledovala a voči útokom ktorej bývala bezmocná. Kľúč od tých dvier má v rukách a len na jej vôli záleží, kedy ich opäť otvorí a nahliadať za ne. A podľa svojej vôle ich môže naspäť zatvoriť a zamknúť.

Pacientka ďalej pokračovala v psychoterapeutických sedeniach. Začali sme s katatýmne-imaginatívnou psychote-

rapiou (KIP). KIP využíva imaginácie – plastickú predstavivosť človeka. Imaginácie sú akýmsi zrkadlom nevedomého duševného života (Leuner, 1974). V podobe symbolov zobrazujú vnútorné konflikty človeka tak aktuálne, ako aj minulé. V terapii sa teda pracuje na týchto konfliktoch so symbolmi a pod ochranou symbolov (O. Lang). Teoretickým podkladom pre interpretáciu symbolického diania v imagináciách je hlbinná psychológia. Cieľom u tejto pacientky bolo jednak posilniť dosiahnutú úroveň spracovania traumatických zážitkov, jednak pracovať na jej osobnostných problémoch, aby bola do budúcnosti schopná lepšie fungovať bez tendencie vytvárať vzťahy takého typu, v ktorých by sa opäť oživovala dynamika dominancie a podriadenosti s hrozbou zneužívania.

Celkovo som s pacientkou mala 14 psychoterapeutických sedení v priebehu 6 mesiacov, vrátane diagnosticky a biograficky orientovaných, z toho 2 EMDR (6. a 10. sedenie) a 2 KIP (11. a 13. sedenie). Ostatné boli rozhovorové. Jedno sedenie trvalo spravidla 45–50 minút okrem EMDR, ktoré trvali priemerne 90 minút.

V marci tohto roku som si pacientku pozvala na katamnestické vyšetrenie 2 a pol roka od ukončenia našej psychoterapeutickej práce. V priebehu uplynulej doby sa u nej neopakovali nijaké z predchádzajúcich symptómov posttraumatickej stresovej poruchy. Vedie pokojný a usporiadaný život so svojím partnerom, teší sa z prospievania svojich dvoch detí. Vzťah matky k nej sa radikálne zmenil, matka ju rešpektuje, dokonca sa pre matku stala akousi poradkyňou, ktorej názor má pre ňu veľkú váhu a riadi sa ním. Podobne aj 2 staršie sestry k nej majú teraz rešpekt a dobre spolu vychádzajú. S bývalým manželom je v kontakte len sporadicky, kvôli prídavkom na deti, aj keď jeho správanie k nej sa nijako nezmenilo, pacientku to už nevyváža z rovnováhy. Je hrdá na seba za to, že sa jej so svojou ťaživou minulosťou podarilo úspešne vysporiadať.

Literatúra

1. Bleuler M.: Die schizophrenen Geistesstörungen im Lichte langjähriger Kranken – und Familiengeschichten. Stuttgart, Georg Thieme Verlag 1972.

2. Ehlers A.: Posttraumatische Belastungsstörung. Göttingen, Hogrefe 1991.

3. Fischer G., Riedesser P.: Lehrbuch der Psychotraumatologie. München, Reinhardt 1999.

4. Flatten G. a spol.: Posttraumatische Belastungsstörung. Stuttgart, Schattner 2001.

5. Hašto J.: Psychotraumatisierungen bei der Schizophrenie und die Möglichkeit der KIP. In: Bahrke, Rosendhal (Hrsg.): Psychotraumatologie und Katathym – imaginative Psychotherapie. PABST, Langerich, 2001.

6. Leuner H.: Imagination als Spiegel des unbewussten Seelenlebens. Bremen, Agelsachsen-Verlag 1974.

7. Novalis P.N., Rojczewicz S.J., Peele R.: Klinický manuál podpornej psychoterapie. Trenčín, Vydavateľstvo F 1999, s. 213–228.

8. Portfieldová K.M.: Jak se vyrovnat s následky traumatu. Praha, Nakladatelství Lidové noviny 1998, s. 49–53.

9. Prochaska J.O., Norcross J.C.: Psychoterapeutické systémy – průřez teoriemi. Praha, Grada Publishing 1999, s. 191–217.

10. Shapiro F.: Efficacy of Eye Movement Desensitization Procedure in the Treatment of Traumatic Memories. J. Traumat Stress, 2, 1989, s. 199–233.

11. Smolík P.: Duševní a behaviorální poruchy. Praha, Maxdorf 1996, s. 268–277.

12. Zohar J. a spol.: Updated on the epidemiology, diagnosis and treatment of posttraumatic stress disorder. Dialog. Clin. Neurosci., 2, 2000, č. 1, s. 37–42.

Do redakcie došlo 4.10.2004.