

## Psychologiczne następstwa stresu traumatycznego

Według danych statystycznych PTSD występuje u około 8–9 % populacji ogólnej. Około 61 % mężczyzn i 51% kobiet potwierdza obecność przynajmniej jednego wydarzenia traumatycznego w swoim życiu, z czego 25–50% osób potwierdza, że przeżyło 2 i więcej wydarzeń traumatycznych. Przeżycie przez ludzi zdarzenia o charakterze traumatycznym, niezależnie od wieku, pociąga za sobą różne negatywne konsekwencje, odnoszące się przede wszystkim do ich życia psychicznego<sup>1</sup>.

Dzieci i młodzież, podobnie jak dorośli, są narażeni na zdarzenia o charakterze traumatycznym. Do najczęstszych sytuacji traumatycznych doświadczanych przez dzieci zalicza się: nadużycia seksualne, przemoc w środowisku domowym, udział w katastrofie czy wypadku, działania wojenne, akty terroryzmu, uchodźstwo, a także skutki procedur medycznych czy tragiczną śmierć kogoś bliskiego<sup>2</sup>.

### Pojęcia i definicje<sup>3</sup>:

**Stres** – stan, na który składają się silne negatywne emocje oraz towarzyszące im zmiany fizjologiczne i biochemiczne, przekraczające normalny (podstawowy poziom pobudzenia).

**Trauma** - fizyczny uraz lub rana, a także masywny szok psychologiczny, mający niszczący wpływ na psychikę.

**Traumatyczny stresor** - szczególnego rodzaju doświadczenie, które jest rzeczą wykraczającą poza codzienność oraz szczególnie dotkliwą dla jednostki.

**Zdarzenie traumatyczne** – to nagle pojawiająca się sytuacja wywołująca przerażenie i poczucie paniki wśród osób uczestniczących w tej sytuacji. Do zdarzeń traumatycznych można zaliczyć: kataklizmy, katastrofy spowodowane przez siły natury lub człowieka, klęski żywiołowe, poważne wypadki komunikacyjne, różne sytuacje związane z przemocą jaką ludzie stosują wobec siebie, śmierć bliskiej osoby, napady rabunkowe ze śmiertelnymi ofiarami, samobójstwa, czyny szaleńców, gwałt bądź próba gwałtu, ciężkie pobicie itp. Jeżeli jakaś osoba przeżyła, była świadkiem, lub została skonfrontowana z chociaż jedną z wyżej opisanych sytuacji, a reakcja tej osoby obejmowała intensywny strach, poczucie bezradności lub grozy, to uznaje się, że osoba ta miała do czynienia ze zdarzeniem traumatycznym<sup>4</sup>.

**Ostre zaburzenie stresowe (ASD *acute stress disorder*)** - jest bezpośrednią konsekwencją zdarzenia traumatycznego, które rozwija się w ciągu kilku dni po zdarzeniu i trwa około miesiąca. ASD niekiedy traktowane jest jako naturalna reakcja na traumatyczne zdarzenie, która w efekcie niemożności poradzenia sobie jednostki z urazem, może przejść po tym okresie w zaburzenie po stresie traumatycznym (PTSD)<sup>5</sup>.

**PTSD (*post-traumatic stress disorder*)** czyli **zespół stresu pourazowego**<sup>6</sup> - to zaburzenie natury psychicznej, które może rozwinąć się wskutek doświadczenia lub bycia świadkiem takiego

<sup>1</sup> Holiczer A., Gałuszko M., Cubała W. J., Zaburzenie stresowe pourazowe - opis ewolucji koncepcji zaburzenia i podejść terapeutycznych, *Psychiatria*, 2007, tom 4, nr 1, s. 25–32

<sup>2</sup> Objawy stresu pourazowego u nastoletnich ofiar wypadków drogowych – rola wsparcia i postaw rodzicielskich, Ogińska-Bulik N., *Zakład Psychologii Zdrowia, Uniwersytet Łódzki, Psychiatria i Psychoterapia* 2015; tom 11, nr 2

<sup>3</sup> Colman Andrew M., *Słownik psychologii*, Wydawnictwo naukowe PWN, Warszawa 2009

<sup>4</sup> Człowiek w sytuacji stresu – problemy teoretyczne i metodologiczne, red. Ratajczak Z., Heszen-Niejodek I., Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 1996

<sup>5</sup> Klasyfikacja zaburzeń psychicznych u żołnierzy w czasie misji pokojowych i działaniach wojennych, Wojciech Gruszczyński, Antoni Florkowski, Bartosz Gruszczyński, Adam Wysokiński, *Klinika Psychiatrii Dorosłych Uniwersytetu Medycznego w Łodzi*, kierownik: prof. dr hab. med. A. Florkowski, <http://pml.medpress.com.pl/ePUBLI/T25S1/16.pdf> (dostęp: 05.11.2021 r.)

<sup>6</sup> PTSD, strona internetowa Sieci Klinik Psychologiczno-Psychiatrycznych w Warszawie,

wydarzenia, które wiązało się z zagrożeniem bezpieczeństwa, zdrowia lub życia swojego bądź drugiej osoby. Takim zdarzeniem może być katastrofa naturalna lub drogowa, napaść na tle seksualnym, ale także otrzymanie informacji o śmierci bliskiej osoby (szczególnie w traumatycznych okolicznościach) lub przejście poważnej choroby/operacji – własnej lub kogoś bliskiego, poważny wypadek, wojna, atak terrorystyczny, napaść z bronią, ciężkie pobicie, tortury, uprowadzenie. Nasz system przetwarzania informacji jest wskutek doświadczonej traumy tak przeciążony, że nie potrafi już nam „podpowiadać”, jak sobie radzić z przeżytym stresem i późniejszymi zdarzeniami dnia codziennego. Konsekwencją jest pojawienie się objawów PTSD.

Zespół stresu pourazowego jest wyjątkową jednostką wśród zaburzeń psychicznych ze względu na szczególną rolę przypisywaną tu etiologicznemu czynnikowi, jakim jest traumatyczny stresor. Nie jest możliwe zdiagnozowanie PTSD, jeżeli pacjent nie spełnia „kryterium stresora”, co oznacza, że nie był on eksponowany na zdarzenie, które uznaje się za traumatyczne<sup>7</sup>.

Termin „zaburzenie po stresie traumatycznym” jako nową jednostkę chorobową wprowadzono do obowiązującego w Stanach Zjednoczonych systemu klasyfikacji zaburzeń psychicznych (DSM-III) w 1980 roku<sup>8</sup>.

### Zespół stresu pourazowego (PTSD) wg ICD-10-CM/PCS 2022

Zgodnie z międzynarodowym kodowaniem medycznym ICD-10, Zespół stresu pourazowego (PTSD) posiada kod F43.1.

Informacje kliniczne<sup>9</sup>:

- Klasa zaburzeń związanych ze stresem traumatycznym z objawami trwającymi dłużej niż jeden miesiąc. Istnieją różne formy zespołu stresu pourazowego, w zależności od czasu wystąpienia i czasu trwania tych objawów stresu. W ostrej postaci objawy trwają od 1 do 3 miesięcy. W postaci przewlekłej objawy trwają dłużej niż 3 miesiące. Przy opóźnionym początku objawy pojawiają się ponad 6 miesięcy po traumatycznym zdarzeniu.
- Ostre, przewlekłe lub opóźnione reakcje na traumatyczne wydarzenia, takie jak walka wojskowa, napaść lub klęska żywiołowa.
- Zaburzenie lękowe wywołane doświadczeniem intensywnego strachu lub przerażenia podczas ekspozycji na traumatyczne (zwłaszcza zagrażające życiu) wydarzenie. Zaburzenie charakteryzuje się natrętnymi, powracającymi myślami lub obrazami traumatycznego wydarzenia; unikanie wszystkiego, co jest związane z wydarzeniem; stan nadmiernego pobudzenia i zmniejszonej reakcji emocjonalnej. Objawy te utrzymują się przez co najmniej miesiąc, a zaburzenie jest zwykle długotrwałe.
- Zaburzenie lękowe, które rozwija się w reakcji na obrażenia fizyczne lub poważne zaburzenia psychiczne lub emocjonalne, takie jak walka wojskowa, gwałtowna napaść, klęska żywiołowa lub inne zdarzenia zagrażające życiu. Posiadanie raka może również prowadzić do zespołu stresu pourazowego. Objawy zakłócają codzienne życie i obejmują ponowne przeżywanie wydarzenia w koszmarach lub retrospekcjach; unikanie ludzi, miejsc i rzeczy związanych z wydarzeniem; uczucie samotności i utrata zainteresowania codziennymi czynnościami; oraz problemy z koncentracją i snaniem.

---

<https://psychomedic.pl/ptsd> (dostęp: 02.10.2021 r.)

<sup>7</sup> Bryant Richard A., Harvey Allison G., Zespół ostrego stresu. Teoria, pomiar, terapia, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2003, s.

<sup>8</sup> Sęk H., Wprowadzenie do psychologii klinicznej, Wydawnictwo Scholar, Warszawa 2013, s. 240

<sup>9</sup> Internetowe bezpłatne odniesienie do kodowania medycznego ICD-10-CM/PCS 2022 w Internecie, <https://www.icd10data.com/ICD10CM/Codes/F01-F99/F40-F48/F43-/F43.1> (dostęp: 02.10.2021 r.)

## Objawy PTSD<sup>10</sup>

Objawy PTSD pojawiają się z reguły w okresie od 1 do 6 miesięcy po doświadczonej traumie. PTSD charakteryzuje się występowaniem trzech grup objawów:

1. **Ciągłe przeżywanie traumatycznego zdarzenia** - nawracające, uporczywe wspomnienia o traumatycznym doświadczeniu (tzw. ruminacje), które mogą przyjmować postać natrętnych myśli lub koszmarów sennych, obniżony nastrój, drażliwość, czasem także trudności z regulacją emocji i wybuchy gniewu, niemożność czerpania przyjemności z aktywności, które dotychczas sprawiały radość.
2. **Unikanie bodźców skojarzonych z traumą i zmniejszenie ogólnej reaktywności**, takie np. jak unikanie myśli i uczuć związanych z traumą. Osoby mogą unikać m.in.: przebywania w pobliżu miejsca, w którym nastąpiło zdarzenie traumatyczne, oglądania programów, wiadomości, reportaży dotyczących podobnych zdarzeń, dźwięków, zapachów, ludzi, którzy przypominają im o zdarzeniu traumatycznym.
3. **Objawy psychofizjologicznego pobudzenia** - trudności z zasypianiem lub snem, drażliwość lub wybuchy gniewu, trudności z koncentracją, nadmierna czujność, nasilone, nieadekwatne reakcje strachu.

PTSD towarzyszą nierzadko objawy fizyczne, np. częste bóle głowy, brzucha, problemy żołądkowe, ogólne złe samopoczucie fizyczne.

Uważa się, że zespół stresu pourazowego u dzieci daje generalnie podobne symptomy, co u dorosłych. U młodszych dzieci cierpienie psychiczne może jednak objawiać się sprawianiem trudności wychowawczych i zaburzeniami zachowania. Nawracające wspomnienia dzieci mogą zaś wyrażać poprzez zabawę, w której odtwarzają traumatyczne zdarzenie, jakiego doświadczyły.

Konsekwencją PTSD jest znaczące zakłócenie funkcjonowania człowieka w sferze społecznej czy zawodowej. Może ono prowadzić także do pogorszenia stanu zdrowia, w tym innych zaburzeń psychicznych, np. depresji czy uzależnień, zwłaszcza od alkoholu, zaburzenia lękowego uogólnionego, zaburzeń osobowości, oraz chorób somatycznych wraz z tzw. syndromem przedwczesnego starzenia się.

## Czynniki ryzyka PTSD<sup>11</sup>

Większość osób, które doświadczyły w swoim życiu zdarzeń traumatycznych, na kilka dni lub tygodni po zdarzeniu traumatycznym doświadcza symptomów PTSD. Nadal nie są jednak znane powody dla których symptomy PTSD u jednych osób są bardziej dotkliwe i długotrwałe niż u innych. Przypuszcza się, że za taki stan rzeczy odpowiadają czynniki biologiczne, psychologiczne i społeczne warunkujące rozwój PTSD.

1. Według badaczy R. R. Hidalgo i P. Davidson do czynników PTSD należą: płeć (mężczyźni są bardziej narażeni na traumatyczne zdarzenia), następnie wiek, poziom wykształcenia, cechy zaburzonej osobowości, problemy psychiatryczne, zaburzenia psychiczne w rodzinie i uprzednia ekspozycja na traumę.
2. Z kolei A. McFarlane i R. Yehuda, znani naukowcy zajmujący się badaniami nad stresem traumatycznym, wskazują na znaczenie takich czynników jak: historia rodzinna, osobowość, styl radzenia sobie, reakcja środowiska, zdarzenia życiowe. Ich zdaniem PTSD nie rozwija się jako bezpośrednie następstwo traumatycznego zdarzenia, ale powstaje raczej z wzorca ostrego dystresu, silnej reakcji pourazowej, uruchamianej przez zdarzenie.

<sup>10</sup> Lis-Turlejska M., Stres traumatyczny. Występowanie, następstwa, terapia, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 2002

<sup>11</sup> Lis-Turlejska M., Stres traumatyczny. Występowanie, następstwa, terapia, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 2002

3. Inna grupa badań, prowadzonych od niedawna, wskazuje na to, że traumatyczne zdarzenia mogą być uznawane za czynnik etiologiczny niektórych zaburzeń psychicznych - takich jak nadużywanie substancji psychoaktywnych i depresja, a także zaburzenie osobowości typu *borderline* i inne zaburzenia lękowe poza PTSD.

O tym czy dojdzie do powstania PTSD decyduje splot czynników<sup>12</sup>, które wystąpiły w trzech okresach:

**Okres przedtraumatyczny** – obejmuje dwie grupy czynników:

- cechy, które ukształtowały się u jednostki zanim znalazła się ona w traumatycznej sytuacji i które predysponują ją do specyficznego reagowania i oceniania zjawisk zachodzących w jej otoczeniu,
- stan, w jakim jednostka znajdowała się zanim zaczęła doświadczać traumy.

**Okres traumy** – czas, w którym trwa zdarzenie traumatyczne i w sposób ciągły oddziałuje na jednostkę; o sile i rodzaju doznań jednostki w tym czasie decyduje charakter zdarzenia traumatycznego, jego fizyczne parametry i psychologiczne znaczenie; w zasadzie o funkcji zdarzenia w rozwoju PTSD decyduje nie tylko jego obiektywna charakterystyka, co jego subiektywny odbiór, reprezentacje poznawcze zdarzenia, jakie powstają w umyśle jednostki.

**Okres potraumatyczny** – zaczyna się w momencie, kiedy zdarzenie traumatyczne przestało realnie istnieć, choć istnieje w umyśle, w świadomości jednostki. Jest to okres, w którym zachodzą naprzemienne natrętne wspomnienia traumy i próby ich unikania. Jednostka próbuje przetworzyć informacje, których źródłem jest zdarzenie traumatyczne oraz zasymilować i zakomodować je z posiadanymi strukturami poznawczymi.

**Na rozwój PTSD po przeżyciu sytuacji stresowej najbardziej są narażone osoby** płci żeńskiej, o niższym poziomie wykształcenia i złym statusie społecznym, z dużym poziomem stresu życia codziennego, te które doznały przemocy w okresie dziecięcym (szczególnie wykorzystywane seksualnie przed ukończeniem 16. r.ż.), które chorowały wcześniej psychicznie, u których w rodzinie występowały zaburzenia lękowe i zaburzenia osobowości - typu dysocjalnego, które w dzieciństwie doznały „przeciwności losu” — separacji/rozvodu rodziców, ubóstwa, oddzielenia od rodziców, osoby z poczuciem braku kontroli, poczucia bezpieczeństwa, wyobcowaniem<sup>13</sup>.

**Czynnikami ryzyka rozwoju PTSD u dzieci i młodzieży są:** płeć żeńska, ekspozycja na traumę w przeszłości, wielokrotna trauma, obecne wcześniejsze zaburzenie psychiczne (np. lękowe), zaburzenia psychiczne występujące u rodziców, brak wsparcia społecznego, a także czynniki genetyczne. Z kolei wśród czynników chroniących dzieci przed rozwojem PTSD wymienia się: dobre funkcjonowanie rodziny, wyższy iloraz inteligencji i dobre zdrowie psychiczne matki<sup>14</sup>.

### Fazy reakcji postresowych<sup>15</sup>

Horwitz twierdzi, że katastroficzne zdarzenia dostarczają wielkich ilości płynących od wewnątrz i z zewnątrz informacji, z których większość nie może zostać dopasowana do schematów poznawczych jednostki ze względu na fakt, że są one poza zakresem normalnego doświadczenia. W rezultacie dochodzi do przeciążenia informacyjnego. Ponieważ osoba przeżywająca skrajną traumatyzację nie może przetworzyć informacji, pozostają one oddzielone od świadomości.

<sup>12</sup> Groth J., Waszyńska K., Zyszczyk B., Czynniki ryzyka rozwoju zespołu stresu pourazowego u żołnierzy uczestniczących w misjach wojskowych, Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, Studia Edukacyjne nr 26/2013

<sup>13</sup> Holiczer A., Gałuszko M., Cabała W. J., Zaburzenie stresowe pourazowe - opis ewolucji koncepcji zaburzenia i podejść terapeutycznych, Psychiatria, 2007, tom 4, nr 1, s. 25–32

<sup>14</sup> Objawy stresu pourazowego u nastoletnich ofiar wypadków drogowych – rola wsparcia i postaw rodzicielskich, Ogińska-Bulik N., Zakład Psychologii Zdrowia, Uniwersytet Łódzki, Psychiatria i Psychoterapia 2015; tom 11, nr 2

<sup>15</sup> Lis-Turlejska M., Traumatyczny stres. Koncepcje i badania, Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN, Warszawa 1998

Horwitz opracował model następujących po sobie faz reakcji postresowych, które mogą występować naprzemiennie oraz powracać do faz wcześniejszych.

1. **Faza krzyku**, to inaczej faza emocjonalnego wybuchu, stanowi bezpośrednią reakcję na poważne zdarzenie stresowe (występują emocje strachu, smutku i wściekłości).
2. **Faza zaprzeczania**, jednostka ignoruje zagrożenie lub straty, stara się na nie nie zwracać uwagi, „zapomina” o problemach; mogą wystąpić reakcje dysocjacyjne, zmniejsza się jej zainteresowanie życiem i aktywność. Inne przejawy tego stanu to amnezja (częściowa lub pełna) i niedostrzeganie aktualnych bodźców związanych w jakiś sposób z traumą, sztywność w formułowaniu celów, znaczny udział fantazjowania w percepcji rzeczywistości. **Faza krzyku i faza zaprzeczania** mogą się powtarzać, dopóki nie wystąpi pełne przyswojenie, zintegrowanie traumatycznego materiału ze strukturami poznawczymi.
3. **Faza wdzierania się (intruzji)** wiąże się z nadmierną czujnością i reakcjami paniki, pojawiają się niechciane myśli, nagłe przyptywy uczuć, a nawet kompulsywne działania, reakcje paniki, zaabsorbowanie tematami związanymi ze stresowym zdarzeniem i niezdolność do koncentrowania się na innych tematach, nadmierna generalizacja bodźców kojarzących się z traumą. W zakresie reakcji somatycznych są to m.in. symptomy „gotowości do walki lub ucieczki” czy wyczerpania (zmęczenia) z powodu stałego pobudzenia. Wzorce zachowań wiążą się z kompulsywnym powtarzaniem działań związanych ze zdarzeniem lub zaabsorbowaniem utraconymi osobami bądź sytuacjami.
4. **Faza przepracowania**. Cechuje się poprawą w zakresie myślenia i uczuć, komunikowania się i związków z innymi ludźmi w porównaniu z wcześniejszym post traumatycznym funkcjonowaniem. W tej fazie kształtują się nowe schematy lub następuje zrewidowanie istniejących, dzięki czemu dochodzi z czasem do przywrócenia równowagi emocjonalnej.
5. **Faza zakończenia** finalizuje proces przetwarzania zdarzenia traumatycznego, utrwalają się nowe schematy związane z traumą. Osiągnięcie wewnętrznej spójności pozwala jednostce na nowe aktywności i związki. Zakończenie jest jednak zawsze względne, ponieważ wspomnienia i schematy związane z traumą mają tendencję do utrzymywania się przez całe życie.

## Bezpośrednie i długofalowe skutki PTSD<sup>16</sup>

### Bezpośrednie skutki PTSD:

1. sfera fizjologiczna:
  - brak energii, wyczerpanie,
  - bóle głowy, mięśni, pleców,
  - drżenie i uczucie gorąca,
  - problemy ze snem,
  - reakcje psychosomatyczne,
  - nadwrażliwość na bodźce;
2. sfera behawioralna:
  - pobudzenie ruchowe lub stupor,
  - wycofanie z kontaktów społecznych,
  - problemy rodzinne, zawodowe,
  - uzależnienia;
3. sfera emocjonalna:
  - poczucie oszołomienia,

<sup>16</sup> Zespół stresu pourazowego (PTSD) - przyczyny, objawy, leczenie, Pawlikowska-Łagód K, <https://www.medonet.pl/choroby-od-a-do-z/choroby-i-zaburzenia-psychiczne,zespol-stresu-pourazowego--ptsd---przyczyny--objawy--leczenie,artykul,1587435.html> (dostęp: 05.11.2021 r.)

- agresja, gniew,
- lęk i apatia,
- poczucie bezradności,
- poczucie winy;

#### 4. sfera poznawcza:

- dezorientacja,
- problemy z koncentracją uwagi,
- zaburzenia procesów myślenia,
- trudności w podejmowaniu decyzji,
- obsesyjne myślenie o zdarzeniu,
- obawa przed utratą kontroli.

#### **Długofalowe konsekwencje PTSD:**

- poczucie winy,
- chroniczny lęk, czujność,
- zaburzenia snu,
- zmiany fizjologiczne (np. silne chroniczne napięcia grup mięśni),
- reakcje nerwicowe,
- reakcje depresyjne,
- uzależnienia.

**Rozwój potraumatyczny (*post-traumatic growth*)<sup>17</sup>** - to wystąpienie pozytywnych zmian w następstwie doświadczonej traumy czy nieszczęścia w sferze postrzegania siebie, w relacjach interpersonalnych i w filozofii życiowej. Zdarzenie traumatyczne może przyczynić się do rozwoju osobistego:

#### 1. zmian w postrzeganiu siebie:

- poczucie bycia lepszą osobą,
- wzrost osobistej siły wyrażający się w wyższym poczuciu własnej wartości, skuteczności,
- większe zaufanie do siebie i własnych możliwości, a także w odniesieniu do przyszłych wydarzeń;

#### 2. zmian w relacjach z innymi ludźmi:

- zwiększenie wrażliwości i współczucia dla innych,
- większa skłonność do otwierania się przed innymi,
- przyglądanie się w sposób zdystansowany dotychczasowemu życiu i zmienianie go na lepsze;

#### 3. zmian w filozofii życia:

- docenienie życia i przeżywanie go bardziej świadomie,
- przywiązywanie wagi do drobnych codziennych wydarzeń,
- pomniejszanie znaczenia ważnych spraw życiowych typu kariera zawodowa.

### **Techniki pomiaru PTSD<sup>18</sup>**

Obecnie istnieje wiele kwestionariuszowych technik pomiaru PTSD. Wykorzystuje się także techniki diagnozy neurobiologicznej, gdyż badania wykazały, że syndrom PTSD może być związany ze stałymi zmianami neurobiologicznymi w centralnym i autonomicznym układzie nerwowym.

<sup>17</sup> Ogińska-Bulik N. Pozytywne skutki doświadczeń traumatycznych czyli kiedy łzy zamieniają się w perły, Wydawnictwo Difin, Warszawa 2013

<sup>18</sup> Bryant Richard A., Harvey Allison G., Zespół ostrego stresu. Teoria, pomiar, terapia, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2003, s. 59-71

Istniejące narzędzia diagnostyczne dotyczące PTSD można podzielić ogólnie na:

1. **narzędzia pomiaru ekspozycji na traumę** - dotyczące ekspozycji na doświadczenie zagrożenia życia oraz intensywnego subiektywnego dystresu podczas tej ekspozycji.
2. **narzędzia pomiaru objawów PTSD** - stosowane w badaniach oraz służące do diagnozowania PTSD.

W badaniach dotyczących rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych w populacji ogólnej stosowane są przede wszystkim:

1. **wywiady sondażowe** - przykładem szeroko stosowanego wywiadu sondażowego jest Diagnostic Interview Schedule – DIS, który został opracowany w celu wsparcia diagnozy różnych zaburzeń psychicznych, w tym PTSD, zgodnie z DSM-III. Później, w oparciu o DIS, Światowa Organizacja Zdrowia opracowała Composite International Diagnostic Interview – CIDI.
2. **częściowo ustrukturalizowane wywiady kliniczne** - prowadzone przez doświadczonych klinicystów.
3. **narzędzia kwestionariuszowe** (podejścia psychometryczne), np. Skala Mississippi, stworzona pierwotnie do oceny poziomu objawów PTSD u weteranów wojny w Wietnamie, a następnie skonstruowana dla cywilów; Impact of Event Scale – IES, skala ta służy do oceny częstości występowania objawów intruzji i unikania, związanych z ekspozycją na określone traumatyczne zdarzenie, inne skale dla PTSD.

## Leczenie PTSD<sup>19</sup>

W leczeniu PTSD wykorzystuje się szereg różnych terapii.

### Formy terapii:

- wczesna interwencja - debriefing, w ramach której stosuje się terapię kompleksową, obejmującą psychoterapię indywidualną, grupową oraz rodzin.
- farmakoterapia, traktowana jest jako postępowanie uzupełniające i często ma charakter objawowy. W przypadku ostrych objawów, takich jak ciężka bezsenność lub zaburzenia lękowe i nasilona depresja, stosuje się leki nasenne lub przeciwdepresyjne.

### Psychoterapia:

- terapia ekspozycyjna (ET, exposure therapy),
- trening oswojania stresu (SIT, stress inoculation training),
- terapia poznawcza (CT, cognitive therapy),
- trening przetwarzania poznawczego (CPT, cognitive processing therapy),
- metoda EMDR (eye movement desensitization and reprocessing) (desensytyzacja i ponowne przetwarzanie bodźców za pomocą ruchów gałek ocznych).

### Leczenie skojarzone (psychoterapia i farmakoterapia):

- **supresja myśli** - szczególnie przydatna dla pacjentów, którzy usiłują radzić sobie z intruzjami poprzez „wyrzucanie ich z umysłu”; technika ta pokazuje, jak problematyczne mogą być konsekwencje takiej strategii. Uczy się pacjenta, aby pozwalał intruzyjnym myślom swobodnie przepływać przez głowę („jak pociąg, który przejeżdża przez stację”). Pacjenci, często stosując tę technikę przez pewien czas, zauważają zmniejszenie zarówno częstości, jak i nasilenia objawów,
- **psychoedukacja** - polega na wyjaśnieniu pacjentowi natury zaburzenia, psychologicznych i somatycznych reakcji na wydarzenie traumatyczne, których większość pacjent zwykle odczuwa i błędnie interpretuje,
- **przywracanie dawnego stylu życia** - często pacjenci z PTSD mają wrażenie, że ich życie zatrzymało się w momencie traumatycznego wydarzenia; z tego powodu rezygnują

<sup>19</sup> Holiczer A., Gałuszko M., Cabała W. J., Zaburzenie stresowe pourazowe - opis ewolucji koncepcji zaburzenia i podejść terapeutycznych, Psychiatria, 2007, tom 4, nr 1, s. 25–32

z dotychczasowej aktywności, kontaktów towarzyskich itp. Celem tej techniki jest pokazanie pacjentowi, że życie płynie dalej i można próbować wracać do dawnego sposobu życia. Czasami nawet drobne zmiany, na przykład zakupy, regularna aktywność fizyczna, mogą spowodować znacząco poprawę funkcjonowania pacjenta i pozbycie się wrażenia „zatrzymania w czasie”,

- **ekspozycja w wyobraźni** - polega na wyobrażaniu sobie przez pacjenta traumatycznego wydarzenia z jak największą ilością szczegółów w celu desensytyzacji traumatycznych wspomnień. Jest to technika o udowodnionej skuteczności, ale nie można stosować jej u wszystkich pacjentów,
- **ekspozycja in vivo** - wykorzystuje się w niej, tak jak w wyżej wymienionej technice, zjawisko habituacji polegające na ponownym uczestniczeniu w sytuacjach wywołujących lęk i wspomnienia traumy, których chory unika,
- **kierowanie wyobrażeniem** - z pomocą terapeuty pacjent wyobraża sobie traumatyczne zdarzenie, ale z innym zakończeniem, dającym mu poczucie kontroli nad sytuacją,
- **radzenie sobie ze stresem** - nauka relaksacji, oddychania, pozytywnego myślenia i stosowanie ich w codziennym życiu,
- **desensytyzacja i ponowne przetwarzanie bodźców za pomocą ruchów gałek ocznych:** pacjent skupia wzrok na obiekcie poruszającym się w poziomie, jednocześnie koncentrując się na wspomnieniach traumy, myślach i odczuciach z nią związanych. W kolejnym etapie następuje zamiana przykrych myśli na pozytywne wspomnienia i odczucia. Nie wszyscy pacjenci reagują na tę formę terapii,
- **terapia poznawcza** - polega na rozpoznawaniu myśli oraz ich wpływu na emocje, reakcje organizmu i zachowanie. Pacjenci z PTSD mają tendencję do zniekształconego wzorca myślenia, który podtrzymuje objawy. Celem terapii jest nauka rozpoznawania zniekształceń oraz normalizacja myślenia,
- **trening osvajania stresu** - polega na nauce radzenia sobie z ekspozycją oraz następstwami przebytej traumy, a także na umiejętności radzenia sobie ze stresem w przyszłości. Metoda ta wykorzystuje mechanizmy radzenia sobie stosowane do tej pory przez pacjenta. Składa się z trzech faz: konceptualizacji, nabycia umiejętności oraz wykorzystania umiejętności w odniesieniu do różnych stresorów.

## Bibliografia:

### Literatura:

1. Bryant Richard A., Harvey Allison G., Zespół ostrego stresu. Teoria, pomiar, terapia, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2003
2. Colman Andrew M., Słownik psychologii, Wydawnictwo naukowe PWN, Warszawa 2009
3. Człowiek w sytuacji stresu – problemy teoretyczne i metodologiczne, red. Ratajczak Z., Heszen-Niejodek I., Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 1996
4. Groth J., Waszyńska K., Zyszczyk B., Czynniki ryzyka rozwoju zespołu stresu pourazowego u żołnierzy uczestniczących w misjach wojskowych, Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, Studia Edukacyjne nr 26/2013
5. Holiczer A., Gałuszko M., Cudała W. J., Zaburzenie stresowe pourazowe - opis ewolucji koncepcji zaburzenia i podejść terapeutycznych, Psychiatria, 2007, tom 4, nr 1, s. 25–32
6. Kubacka-Jasiecka D., Interwencja kryzysowa. Pomoc w kryzysach psychologicznych. Wydawnictwa Akademickie i profesjonalne, Warszawa 2010
7. Lis-Turlejska M., Stres traumatyczny. Występowanie, następstwa, terapia, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 2002

8. Lis-Turlejska M., Traumatyczny stres. Koncepcje i badania, Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN, Warszawa 1998
9. Ogińska-Bulik N. Pozytywne skutki doświadczeń traumatycznych czyli kiedy łzy zamieniają się w perły, Wydawnictwo Difin, Warszawa 2013
10. Objawy stresu pourazowego u nastoletnich ofiar wypadków drogowych – rola wsparcia i postaw rodzicielskich, Ogińska-Bulik N., Zakład Psychologii Zdrowia, Uniwersytet Łódzki, Psychiatria i Psychoterapia 2015; tom 11, nr 2
11. Osobowość a ekstremalny stres, pod red. Strelau J., Gdańskie Wydawnictwo Oświatowe, Gdańsk 2004
12. Sęk H., Wprowadzenie do psychologii klinicznej, Wydawnictwo Scholar, Warszawa 2013

#### **Źródła internetowe:**

13. Internetowe bezpłatne odniesienie do kodowania medycznego ICD-10-CM/PCS 2022 w Internecie, <https://www.icd10data.com/ICD10CM/Codes/F01-F99/F40-F48/F43-/F43.1> (dostęp: 02.10.2021 r.)
14. PTSD, strona internetowa Sieci Klinik Psychologiczno-Psychiatrycznych w Warszawie, <https://psychomedic.pl/ptsd> (dostęp: 02.10.2021 r.)
15. Zespół stresu pourazowego (PTSD) - przyczyny, objawy, leczenie, Pawlikowska-Łagód K., <https://www.medonet.pl/choroby-od-a-do-z/choroby-i-zaburzenia-psychiczne,zespol-stresu-pourazowego--ptsd---przyczyny--objawy--leczenie,artykul,1587435.html> (dostęp: 05.11.2021 r.)
16. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych u żołnierzy w czasie misji pokojowych i działaniach wojennych, Wojciech Gruszczyński, Antoni Florkowski, Bartosz Gruszczyński, Adam Wysokiński, Klinika Psychiatrii Dorosłych Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, kierownik: prof. dr hab. med. A. Florkowski, <http://pml.medpress.com.pl/ePUBLI/T25S1/16.pdf> (dostęp: 05.11.2021 r.)

*Opracowała:*

*Barbara Rybicka*

*Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna w Lubinie*