

## Przegląd wybranych psychoterapii PTSD, ich skuteczności i zaleceń terapeutycznych w terapii osób dorosłych

### A review of selected psychotherapies for PTSD, their efficacy and treatment guidelines in adults

Joachim Kowalski<sup>1</sup>, Adam Elżanowski<sup>2</sup>, Andrzej Śliwerski<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Pracownia Psychopatologii Eksperymentalnej, Instytut Psychologii Polskiej Akademii Nauk

<sup>2</sup> Lazurowa Terapia Poznawczo-Behawioralna – prywatna praktyka

<sup>3</sup> Instytut Psychologii, Uniwersytet Łódzki

#### Summary

**Aim.** Around 2.5% of Poles will develop post-traumatic stress disorder (PTSD) during their lifetime. Recent events, i.e. the pandemic and the war in Ukraine, are the factors that will increase the number of people dealing with PTSD. Owing to that, this paper aims to review and familiarise readers with the available scientific evidence on psychotherapies of PTSD provided in Poland.

**Method.** A review of meta-analyses of randomised controlled trials and a review of the most recent treatment guidelines concerning PTSD.

**Results.** The best available evidence points to high efficacy of cognitive-behavioural therapy (CBT) with prolonged exposure and Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR). Humanistic therapy also proves effective to a certain degree, but not as effective as therapies that use exposure to stimuli and memories associated with trauma. There is no evidence of the efficacy of psychodynamic therapy and methods based on polyvagal theory. Organisations preparing guidelines recommend primarily CBT and EMDR.

**Conclusions.** Efficacious treatment of PTSD should include a protocol with a component of exposure to trauma-related memories and stimuli. It is recommended to use such therapies in the psychotherapeutic treatment of PTSD.

**Słowa kluczowe:** trauma, psychoterapia, *evidence-based practice*

**Key words:** trauma, psychotherapy, *evidence-based practice*

## Wprowadzenie

Rozpowszechnienie pourazowych zaburzeń stresowych (*Post-traumatic Stress Disorder* – PTSD) w polskich badaniach szacuje się na 2,25% populacji ogólnej w ciągu życia i 0,4% w ciągu ostatnich 12 miesięcy, co daje szacunkowo odpowiednio ponad 700 tys. i 130 tys. osób [1]. Te wyniki są zbliżone do danych z innych europejskich krajów [2]. Niemniej jednak ostatnie wydarzenia związane z pandemią SARS-CoV-2 i wojną w Ukrainie mogą doprowadzić do zwiększenia odsetka osób z zaburzeniami stresowymi po traumie. Objawy PTSD powodują nasilone cierpienie i podwyższają ryzyko niepełnosprawności, innych zaburzeń psychicznych, problemów ze zdrowiem somatycznym oraz samobójstwa [3], co stanowi poważny problem zdrowotny oraz wyzwanie dla systemów leczenia. Dlatego też niniejszy przegląd ma za zadanie podsumowanie dotychczasowych badań i rekomendacji dotyczących psychoterapeutycznego leczenia PTSD.

Ostatnie wydarzenia na świecie wskazują na możliwość podwyższonego popularyjnie ryzyka występowania PTSD. Pierwszą okolicznością jest epidemia SARS-CoV-2. Mimo toczących się dyskusji, czy pandemia wyczerpuje znamiona kryterium doświadczenia traumatycznego [4], badania nie pozostawiają wątpliwości, że w trakcie pandemii występuje podwyższony poziom stresu i zwiększone ryzyko pojawienia się PTSD [5]. Najnowsza metaanaliza dotycząca rozpowszechnienia PTSD po epidemiach wskazuje na wyjątkowo częste diagnozowanie tego zaburzenia w ogólnej populacji (ok. 19%) [6]. Nawet jeśli te szacunki są zawyżone, to skutki pandemii można nadal uznawać za znaczące w kontekście diagnozowanych zaburzeń po traumie.

Drugą okolicznością jest wojna w Ukrainie. W wypadku konfliktów zbrojnych wzrost liczby osób z PTSD jest nieunikniony, a to podwyższone ryzyko dotyczy nie tylko weteranów, ale również cywilów przebywających na terenie konfliktu [7] oraz uchodźców [8]. Dlatego też działania wojenne na terenie Polski nie są tu warunkiem koniecznym, aby zwiększyło się ryzyko pojawienia się PTSD. Przykładem może być zjawisko traumy zastępczej [9]. Mechanizmy związane z traumą zastępczą najczęściej ogranicza się do osób związanych z zawodami pomocowymi, np. personelu medycznego, ale mogą dotyczyć też wolontariuszy i osób zaangażowanych w pomoc osobom uchodzącym z Ukrainy. Dodatkowo należy zwracać uwagę na potencjalny efekt kumulatywny różnych wydarzeń traumatycznych i stresorów [10]. Opisane wyżej sytuacje wskazują na wysokie prawdopodobieństwo zwiększenia rozpowszechnienia PTSD w najbliższych latach i zapotrzebowania na skuteczne leczenie psychoterapeutyczne w najbliższym czasie.

W określaniu skuteczności metod psychoterapeutycznych stosowane jest – analogicznie do medycyny klinicznej – podejście praktyki opartej na dowodach (*Evidence-based Practice* – EBP). Jego podstawą są trzy filary – najlepsze dostępne dowody naukowe, preferencje i wartości klienta oraz doświadczenie i wiedza specjalistów prowadzących psychoterapię [11, 12]. Choć podejście to spotyka się niekiedy z krytyką [np. 13, 14], EBP pozostaje dominującą metodą tworzenia rekomendacji dotyczących leczenia zaburzeń [np. 15, 16], w tym PTSD [17].

## Cele i metoda

Celem niniejszego przeglądu jest przedstawienie wyników badań klinicznych oraz rekomendacji dotyczących psychoterapeutycznego leczenia PTSD. Jest on potrzebny ze względu na wysokie prawdopodobieństwo wzrostu liczby rozpoznanych PTSD oraz ogólny obowiązek etyczny informowania klientów o skuteczności proponowanych oddziaływań terapeutycznych. To pierwsze takie opracowanie w rodzimej literaturze przedmiotu, a wyczerpujący polskojęzyczny przegląd badań nad skutecznością metod terapii PTSD może stanowić pomost między wynikami badań a praktyką kliniczną [18].

Do przedstawienia wyników badań i rekomendacji zastosowano metodę niesystematycznego przeglądu. Ze względu na obszerność dostępnych danych postanowiono skupić się na opublikowanych w ostatnich latach metaanalizach badań klinicznych. Tego rodzaju przeglądy uznawane są za najwyższej wagi poziom dowodów naukowych [19]. W pracy zaprezentowano również zalecenia terapeutyczne (*treatment guidelines*) dotyczące omawianych metod terapeutycznych. Wybrano zalecenia Amerykańskiego Towarzystwa Psychologicznego [20], National Institute of Health and Care Excellence Wielkiej Brytanii [21], Australijskiego Towarzystwa Psychologicznego [22] oraz Wydziału ds. Weteranów Departamentu Obrony USA [23].

Aby odnieść wyniki badań do polskich realiów, postanowiono omówić te, które dotyczą najpopularniejszych w naszym kraju nurtów terapeutycznych, czyli psychodynamicznego, poznawczo-behawioralnego i humanistycznego [24] oraz podejść, które w ostatnich latach zyskują szczególną popularność w zakresie psychoterapeutycznego leczenia zaburzeń po traumie, czyli *Eye Movement Desensitization and Reprocessing* (EMDR) i terapii opartych na teorii poliwalgalnej. Dodatkowo podsumowanie rekomendacji dla terapii zestawiono z analogicznymi rekomendacjami dla farmakoterapii PTSD.

## Kryteria diagnostyczne PTSD i ostrej reakcji na stres

Zgodnie z kryteriami DSM-5 [25], aby można było rozpocząć diagnozę w kierunku zaburzeń potraumatycznych, PTSD i ostrej reakcji na stres (*Acute Stress Disorder* – ASD), pacjent musi być wcześniej eksponowany na zdarzenie traumatyczne, czyli śmierć lub groźbę śmierci, poważny uraz lub przemoc seksualną w jeden (lub więcej) spośród wymienionych sposobów: (1) bezpośrednie doświadczenie traumatycznego przeżycia (przeżyć); (2) bycie naocznym świadkiem traumatycznych dla innych osób wydarzeń; (3) uzyskanie informacji o tym, że członek bliskiej rodziny lub przyjaciel doświadczył traumatycznego przeżycia (przeżyć); (4) powtarzane lub nasilone narażenie na kontakt z awersyjnymi elementami wydarzenia traumatycznego (np. przedstawiciele służb zbierający ludzkie szczątki, policjanci nieustannie eksponowani na szczegółowe informacje o przemocy wobec dzieci).

PTSD znajduje się w grupie zaburzeń określanych jako „Zaburzenia pourazowe i związane z czynnikiem stresowym”. Symptomy PTSD najczęściej pojawiają się wkrótce po traumie [26], w rzadkich sytuacjach objawy rozwijają się do pełnego nasilenia po upływie 6 miesięcy lub więcej (PTSD z opóźnionym początkiem). Do głównych czterech grup objawów zgodnie z DSM-5 należą:

1. Ponowne przeżywanie traumy – w postaci koszmarów sennych, powracających natarczywych oraz intruzywnych wspomnień traumy, reakcji dysocjacyjnych (np. *flashback*), które powodują, że dana osoba czuje się, jakby ponownie doświadczała traumatycznego przeżycia.
2. Unikanie bodźców, sytuacji, miejsc, wspomnień i myśli kojarzących się z traumą.
3. Niekorzystne zmiany w zakresie zdolności poznawczych i w nastroju związane z traumatycznym wydarzeniem. Objawy dotyczą trudności w zapamiętaniu ważnych aspektów traumatycznego wydarzenia (wydarzeń). Mogą występować uporczywe i nadmiernie negatywne przekonania na swój temat, a także na temat ludzi i świata („Świat jest bardzo niebezpieczny”, „Nikomu nie można ufać”, „Mój mózg/układ nerwowy uległ trwałemu uszkodzeniu”), utrwalone i zniekształcone postrzeganie przyczyn i skutków traumatycznego wydarzenia, prowadzące do obwiniania siebie i innych. Obserwuje się utrwalone stany negatywnych emocji – lęku, przerażenia, złości i wstydu, oraz trudności w wyrażaniu pozytywnych uczuć, poczucie bycia odseparowanym od innych, utraty chęci uczestniczenia w ważnych aktywnościach.
4. Wyraźne zmiany w zakresie pobudliwości związane z traumatycznym zdarzeniem. Drażliwość i wybuchy gniewu, nieprzemyślane i autodestrukcyjne zachowania, np. samookaleczanie się, nadmierna czujność i wzmożona reakcja na przestrach, problemy z koncentracją oraz problemy ze snem.

Objawy muszą wystąpić pierwszy raz lub znacząco zintensyfikować się po przeżyciu zdarzenia traumatycznego oraz muszą trwać miesiąc i nie być spowodowane innymi czynnikami ogólnomedycznymi czy też substancjami psychoaktywnymi. Jeżeli kryteria czasowe nie zostaną spełnione (nie upłynął jeszcze czas jednego miesiąca), diagnozujemy ASD. Częstość występowania ASD wynosi około 20% u osób doświadczających zdarzenia traumatycznego, natomiast 80% osób, które doświadczają ASD, rozwija w następstwie PTSD [27].

## Skuteczność wybranych terapii PTSD

### *Psychoterapia poznawczo-behawioralna (CBT) z przedłużoną ekspozycją*

W ramach terapii poznawczo-behawioralnej wypracowano dwa podstawowe protokoły pracy z traumą. Najczęściej stosowany i weryfikowany w badaniach jest protokół ekspozycji przedłużonej [28], drugi w kolejności zaś to protokół terapii przetwarzania poznawczego [29]. Oba modele polegają na przedłużonej ekspozycji i konfrontowaniu się z bezpiecznymi, ale wywołującymi lęk sytuacjami, wyobrażeniami i wspomnieniami. Terapia składa się m.in. z: ekspozycji *in vivo* na sytuacje i bodźce, które wywołują lęk lub unikanie; ekspozycji przedłużonych, w których ramach pacjenci odtwarzają w wyobrażeniu wspomnienie traumy; restrukturyzacji przekonań związanych z doświadczeniem traumatycznym. Celem terapii jest nauczenie pacjenta bezpiecznego powrotu do traumatycznych wspomnień, ze stopniowym ustępowaniem dyskomfortu i lęku. Odwrażliwienie na bodźce skojarzone ze zdarzeniem traumatycznym i jego wspomnienia redukuje aktywność ciała migdałowatego, które jest magazynem pamięci emocjonalnej [30].

Dotychczas opublikowano więcej badań na temat ekspozycji przedłużonej niż terapii przetwarzania emocjonalnego [31]. Obie terapie uzyskały rekomendacje jako metody leczenia z wyboru w wypadku terapii traumy (por. tab.). Metaanalizy wskazują na ich wysoką skuteczność w porównaniu z okresem oczekiwania na terapię i dotychczasowym leczeniem (*treatment as usual*) [32] czy farmakoterapią. Najważniejsze jednak wyniki dotyczą metaanaliz wskazujących na znaczną przewagę protokołu ekspozycji przedłużonej w porównaniu z terapiami, w których nie przetwarza się wydarzenia traumatycznego [33–35].

### *Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)*

Kolejną psychoterapią, która została stworzona do leczenia PTSD, jest EMDR. Założenia teoretyczne tej metody są wciąż dyskutowane i nie istnieje konsensus co do mechanizmów działania czynników leczących w tym podejściu [36, 37]. Jedno z wyjaśnień zakłada mechanizm desensytyzacji traumatycznych wspomnień przy zaangażowaniu pamięci roboczej (przez obustronną stymulację, najczęściej wymuszone poziome ruchy gałek ocznych) w trakcie ekspozycji na te wspomnienia [38].

Skuteczność terapii EMDR została potwierdzona w wielu badaniach klinicznych, których podsumowanie w metaanalizach wskazuje na lepsze efekty po zastosowaniu EMDR niż u osób z listy oczekujących i porównywalną skuteczność do terapii poznawczo-behawioralnych [32, 39–41]. Jednocześnie należy zauważyć, że metaanaliza badań EMDR w terapii żołnierzy z PTSD po aktywnym udziale w walkach nie wykazała skuteczności tej metody, ale zdaniem autorów wynik ten był podyktowany przede wszystkim małą liczbą badań o zróżnicowanych metodach badawczych, które były prowadzone na małych próbach [42].

### **Psychoterapia psychodynamiczna**

W wypadku terapii psychodynamicznej traumy wyróżnia się jej dwa odrębne modele. Jeden dotyczy terapii pojedynczego zdarzenia traumatycznego, a drugi długotrwałych doświadczeń traumatycznych występujących w okresie dzieciństwa [43]. Tutaj skoncentrujemy się na tym pierwszym modelu. Terapia psychodynamiczna oparta jest na analizie wewnętrznych konfliktów, mechanizmów obronnych, z których korzysta pacjent, aby nie dostrzegać pragnień, uczuć i impulsów, a także wzorców przywiązania występujących przed traumą i po niej [44].

Niestety w piśmiennictwie dostępne jest tylko jedno randomizowane badanie terapii psychodynamicznej. Zestawiano w nim terapię psychodynamiczną traumy z desensytyzacją i hipnoterapią [45]. Wyniki pokazały, że terapia psychodynamiczna jest w porównywalnym stopniu skuteczna w redukcji unikania i ogólnej poprawie samopoczucia co pozostałe dwie procedury, lecz mniej skuteczna w redukcji intruzyjnych myśli.

Ze względu na brak metaanaliz warto zwrócić uwagę na przegląd porównujący metody terapii oparte na przetwarzaniu traumatycznego wspomnienia z terapiami, które nie mają tej komponenty. Istnieją badania (niestety nierandomizowane i z udziałem małych grup) weryfikujące skuteczność terapii interpersonalnej oraz terapii poznaw-

czej bez ekspozycji. Wyniki tego przeglądu wskazują na znaczącą przewagę terapii ekspozycyjnych [35]. Jak stwierdzają Schottenbauer i wsp. [43], wielu klinicystów wierzy, że terapia psychodynamiczna jest lepsza do pracy z traumami złożonymi występującymi w przeszłości klienta.

### **Psychoterapia humanistyczna**

Główne cele psychoterapii humanistycznych dotyczą rozwoju interpersonalnego oraz pokonywania egzystencjalnych i rozwojowych konfliktów [46]. Kładzie się w nich nacisk m.in. na empatię, tworzenie bezpiecznej, opartej na współpracy relacji między klientem i terapeutą oraz na proces konstruowania znaczeń dla doświadczeń pacjenta. W zakresie terapii PTSD takim podejściem jest *Terapia skoncentrowana na teraźniejszości (Present-Centered Therapy – PCT)*, która została po raz pierwszy opracowana jako aktywny warunek kontrolny pozbawiony elementów ekspozycji na bodźce skojarzone z traumą [35].

Pierwsza praca przeglądowa o PCT powstała w 2014 roku [47] i wykazała podobną skuteczność tej metody do terapii poznawczych. Najnowsze doniesienia nie potwierdzają jednak tych wyników [32]. PCT okazała się skuteczniejsza od oczekiwania na terapię lub leczenia jak zazwyczaj, ale mniej skuteczna od terapii poznawczych. Należy przy tym zaznaczyć, że ta metoda była przedmiotem niewielkiej liczby badań klinicznych.

W analizach rezygnacji z terapii uzyskano ciekawy wstępny wynik sugerujący mniejszą proporcję drop-outów w PCT niż w terapiach opartych na ekspozycji [47], ale ponownie najnowsze opracowanie nie potwierdziło tego wyniku, gdyż średni odsetek rezygnacji dla PCT wyniósł w nim 20%, a dla terapii poznawczo-behawioralnych skoncentrowanych na traumie 13% [48].

### **Terapia oparta na teorii poliwalgalnej**

Teoria poliwalgalna zakłada, że w wyniku traumy występuje dysfunkcja układu błędnego brzuszego, co skutkuje zmianami w częstości rytmu serca oraz osłabieniem funkcjonowania mięśni prążkowanych twarzy i głowy [49]. W terapii ustala się trzy poziomy reakcji układu autonomicznego. Pierwszy to stan błędny grzbietowy, który jest najniższym szczeblem reakcji polegającej na zastygnięciu i przekonaniu, że jesteśmy pozostawieni sami sobie. Drugi, określanym mianem stanu współczulnego, to reakcja mobilizacji do walki lub ucieczki. W tym stanie pacjent doświadcza lęku i przekonania, że świat jest zagrażający. Trzeci stan to stan błędny brzuszny, któremu towarzyszy poczucie bezpieczeństwa i więzi z innymi ludźmi. Jest to możliwe dzięki tzw. hamulcowi wagalnemu, który ogranicza tętno do około siedemdziesięciu dwóch uderzeń na minutę. W trakcie terapii uczy się klienta rozpoznawać poszczególne stany aktywacji nerwu błędnego, ich wyzwalacze oraz metody przechodzenia pomiędzy poszczególnymi stanami (np. zmianę rytmu oddechowego przez ruch, dźwięki, kontakt z innymi itp.).

Literatura opisująca teorię poliwalgalną nie zawiera żadnych odniesień do badań nad skutecznością opartych na niej metod [49, 50]. Wyszukiwanie w bazie PubMed daje tylko jeden wynik [51]. Jest to przegląd opisujący wnioski z 6 artykułów, z których

4 przedstawiają dane dotyczące PTSD. Wszystkie badania, które zgodnie z założeniem autorów miały weryfikować zastosowanie teorii poliwalgalnej w terapii PTSD, były poświęcone praktyce uważności (*mindfulness*), a ich autorzy w ogóle nie odnosili się do teorii poliwalgalnej. Dodatkowo żadne z badań nie wykazało wpływu terapii PTSD na układ krążeniowo-oddechowy, co jest jednym z postulowanych mechanizmów działania psychoterapii w teorii poliwalgalnej. Na ten moment jej założeń nie udało się potwierdzić na bazie opisanych badań.

Tabela. Podsumowanie zaleceń (treatment guidelines) i dostępnych badań różnych metod psychoterapii PTSD

Typ terapii	Rekomendacje	Liczba badań nad skutecznością terapii	Skuteczność terapii
Terapia poznawczo-behawioralna z ekspozycją przedłużoną	APA – silna rekomendacja NICE – silna rekomendacja APS – silna rekomendacja VA/DoD – silna rekomendacja	Wiele metaanaliz i systematycznych przeglądów uwzględniających różne populacje i różne formy traum; kilkadziesiąt randomizowanych badań z grupą kontrolną.	Poprawa skutkująca niespełnianiem przez pacjentów kryteriów diagnostycznych PTSD nastąpiła u 66% pacjentów [34]; 82,5% nie miało nawrotów nawet po 10 latach od terapii [52]. Wskaźnik rezygnacji utrzymuje się na poziomie ok. 13% [48]. Udowodniona skuteczność w redukcji aktywacji ciała migdałowatego [53]
EMDR	APA – warunkowo zalecane NICE – zalecane osobom z traumą niezwiązaną z działaniami wojskowymi i przy preferencji co do tej metody APS – silna rekomendacja VA/DoD – silna rekomendacja	Wiele metaanaliz i systematycznych przeglądów uwzględniających różne populacje i różne formy traum; kilkanaście randomizowanych badań z grupą kontrolną.	Poprawa skutkująca niespełnianiem przez pacjentów kryteriów diagnostycznych PTSD nastąpiła u 64% pacjentów [34]; w innej metaanalizie osoby po terapii miały 43% wyższą szansę, żeby nie spełniać kryteriów diagnostycznych w porównaniu z grupą oczekującą [54]; średni odsetek rezygnacji z terapii 18% [48].
Krótkoterminowa terapia psychodynamiczna traumy	APA – warunkowo zalecana NICE – brak rekomendacji APS – brak rekomendacji VA/DoD – brak rekomendacji	Jedno badanie randomizowane i kilka badań na próbach nierandomizowanych.	Zmniejszenie nasilenia objawów; zwiększenie poczucia bezpieczeństwa; 14% uczestników badania randomizowanego zrezygnowało z terapii [48].

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Terapia humanistyczna (Present-Centered Therapy)	APA – brak rekomendacji NICE – brak rekomendacji APS – gdy nie ma dostępu do terapii rekomendowanych lub pacjentka/pacjent preferuje terapię, która nie jest skoncentrowana na zdarzeniu traumatycznym VA/DoD – analogiczne do rekomendacji APS	Kilka badań randomizowanych.	Skuteczna w porównaniu z oczekiwaniem na terapię lub leczeniem jak zazwyczaj, ale mniej skuteczna niż terapie oparte na ekspozycji [32]. Średni odsetek rezygnacji z terapii 20% [48].
Terapia poliwalgalna	APA – brak rekomendacji NICE – brak rekomendacji APS – brak rekomendacji VA/DoD – brak rekomendacji	Brak.	Brak danych.
Farmakoterapia	APA – warunkowo zalecana NICE – warunkowo zalecana APS – warunkowo zalecana jako druga linia leczenia VA/DoD – tylko gdy nie ma dostępu do terapii rekomendowanych	Metaanalizy badań z randomizowaną próbą.	Skutecznie zmniejszają liczbę objawów, jednak mają wysoki wskaźnik nawrotów.
APA – Clinical Practice Guideline for the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder American Psychological Association; NICE – National Institution for Health and Care Excellence; APS – The Australian Psychological Society Evidence Based Psychological Interventions in the Treatment of Mental Disorders; VA/DoD – The Department of Veterans Affairs and the Department of Defense guidelines for PTSD management			

## Dyskusja

Celem niniejszego przeglądu było podsumowanie metaanaliz i rekomendacji dotyczących leczenia PTSD. Wyniki są spójne z wcześniejszymi pracami tego rodzaju [55] i wskazują, że rekomendowane terapie PTSD o udowodnionej skuteczności to CBT oraz EMDR. A w szczególnych wypadkach można wykorzystywać farmakoterapię czy metody, które nie zakładają elementu ekspozycji na traumatyczne wspomnienia. Wszystkie uznane terapie, które wykorzystują ekspozycję na traumatyczne wspomnienia i bodźce skojarzone z traumą, skutecznie i trwale leczą objawy PTSD. Jeśli którakolwiek z terapii pozbawiona jest aspektu przetwarzania wspomnienia traumatycznego, to redukcja objawów jest porównywalna do treningów relaksacyjnych [35]. Dzieje się tak dlatego, że w trakcie traumatycznego zdarzenia



ciało migdałowe, jako magazyn pamięci emocjonalnej, „zapisuje” bodźce, które są związane z traumą. Jest to swoisty sygnał alarmowy, który za każdym razem, gdy dana osoba znajdzie się w sytuacji skojarzonej (niekoniecznie w sensie powiązania na poziomie pamięci autobiograficznej) z traumą, wywołuje natychmiastową reakcję lękową [56].

Liczne badania z wykorzystaniem metod neuroobrazowania nie tylko potwierdzają, że u osób z PTSD wzrasta aktywność ciała migdałowego, a spada kory przedczołowej i hipokampu, ale też wykazują, że terapia metodą ekspozycji przedłużonej redukuje zmiany w tych obszarach mózgu [53]. To oznacza, że każda terapia proponowana dla pacjentów z PTSD powinna mieć wyraźnie wskazaną metodę odwracania ciała migdałowego z reakcji na traumatyczne wspomnienia. Jeśli takiego oddziaływania nie zaplanowano, według dostępnych obecnie dowodów leczenie nie będzie przynosiło równie korzystnych efektów w zakresie nasilenia objawów jak metody, które takie oddziaływanie zakładają.

Warto wspomnieć, że istotnym argumentem przemawiającym za stosowaniem metod o udowodnionej skuteczności jest etyczny obowiązek poszanowania podmiotowości klientów oraz uzyskiwania świadomej zgody na prowadzenie oddziaływań psychoterapeutycznych [57]. Świadoma zgoda może zostać udzielona przez klientów jedynie po otrzymaniu wyczerpujących i bezstronnych informacji o przebiegu, skuteczności i ewentualnych skutkach niepożądanych danego leczenia [58], co jest możliwe jedynie przy korzystaniu z najlepszych dostępnych dowodów naukowych. Jest o tyle istotne, że aż 58% pacjentów nie otrzymuje od swoich terapeutów informacji o skuteczności leczenia, a 73% o alternatywnych metodach terapii [59]. W wypadku PTSD ten wymóg nabiera szczególnego znaczenia ze względu na jasne dowody dotyczące różnic skuteczności poszczególnych metod leczenia.

Niniejszy przegląd ma kilka ograniczeń. Pierwszym z nich jest to, że został przeprowadzony z użyciem metody niesystematycznego przeglądu. Jednocześnie omówienie całego obszernego piśmiennictwa dotyczącego terapii tego zaburzenia wykraczałoby objętościowo daleko poza ramy artykułu. W pracy podsumowano zatem najaktualniejsze dostępne dane naukowe i rekomendacje.

Kolejnym ograniczeniem może być to, że zawężono przedmiot pracy tylko do PTSD. Wcześniejsze badania wskazują na częste współwystępowanie PTSD wraz z innymi zaburzeniami [60, 61]. Należy jednak zaznaczyć, że terapie z przedłużoną ekspozycją zmniejszają nasilenie współwystępujących zaburzeń albo przynajmniej nie zaostrzają ich objawów [62]. W przeglądzie nie poruszono również zagadnienia złożonego PTSD (*complex PTSD*, np. [63]), ponieważ wybiegałoby to poza zakres opracowania. Ponadto w przeglądzie podsumowano badania i rekomendacje dotyczące dorosłych, dlatego sugeruje się stworzenie analogicznego opracowania odnoszącego się do terapii dzieci i młodzieży.

## Podsumowanie

Najlepsze obecnie dostępne dowody naukowe wskazują na to, że skutecznymi psychoterapiami PTSD są metody, które wykorzystują techniki ekspozycji na

wspomnienia traumatyczne i bodźce skojarzone z traumą. Psychoterapie, które korzystają z metod ekspozycyjnych i które są rekomendowane jako skuteczne leczenie z wyboru przez szereg towarzystw zawodowych, to przede wszystkim CBT oraz EMDR.

#### ***Wkład i konflikt interesów***

*Praca została napisana bez żadnego wsparcia finansowego. AE i AŚ prowadzą szkolenia psychoterapeutyczne CBT z zakresu terapii PTSD metodą ekspozycji przedłużonej.*

### **Piśmiennictwo**

1. Wciórka J, Leciak J, Rawska-Kabacińska A, Suchecka E, Świtaj P, Stefanowski B i wsp. *EZOP II: rozpowszechnienie zaburzeń (kiedykolwiek w życiu, ostatnie 12 miesięcy, ostatni miesiąc)*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2021.
2. Atwoli L, Stein DJ, Koenen KC, McLaughlin KA. *Epidemiology of posttraumatic stress disorder: Prevalence, correlates and consequences*. *Curr. Opin. Psychiatry* 2015; 28(4): 307–311. <https://doi.org/10.1097/YCO.000000000000167>.
3. Sareen J, Cox BJ, Stein MB, Afifi TO, Fleet C, Asmundson GJG. *Physical and mental comorbidity, disability, and suicidal behavior associated with posttraumatic stress disorder in a large community sample*. *Psychosom. Med.* 2007; 69(3): 242–248. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e31803146d8>.
4. Wathélet M, D'Hondt F, Bui E, Vaiva G, Fovet T. *Posttraumatic stress disorder in time of COVID-19: Trauma or not trauma, is that the question?* *Acta Psychiatr. Scand.* 2021; 144(3): 310–311. <https://doi.org/10.1111/acps.13336>.
5. Lotzin A, Krause L, Acquarini E, Ajdukovic D, Ardino V, Arnberg F i wsp. *Risk and protective factors, stressors, and symptoms of adjustment disorder during the COVID-19 pandemic – First results of the ESTSS COVID-19 pan-European ADJUST study*. *Eur. J. Psychotraumatol.* 2021; 12(1): 1964197. <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1964197>.
6. Yuan K, Gong YM, Liu L, Sun YK, Tian SS, Wang YJ i wsp. *Prevalence of posttraumatic stress disorder after infectious disease pandemics in the twenty-first century, including COVID-19: A meta-analysis and systematic review*. *Mol. Psychiatry* 2021; 26(9): 4982–4998. <https://doi.org/10.1038/s41380-021-01036-x>.
7. Charlson F, Ommeren van M, Flaxman A, Cornett J, Whiteford H, Saxena S. *New WHO prevalence estimates of mental disorders in conflict settings: A systematic review and meta-analysis*. *Lancet* 2019; 394(10194): 240–248. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30934-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30934-1).
8. Henkelmann J-R, Best de S, Deckers C, Jensen K, Shahab M, Elzinga B i wsp. *Anxiety, depression and post-traumatic stress disorder in refugees resettling in high-income countries: Systematic review and meta-analysis*. *BJPsych. Open* 2020; 6(4): e68. <https://doi.org/10.1192/bjo.2020.54>.
9. Branson DC. *Vicarious trauma, themes in research, and terminology: A review of literature*. *Traumatology* 2019; 25(1): 2–10. <https://doi.org/10.1037/trm0000161>.
10. Alpay EH, Kira IA, Shuwiekh HAM, Ashby JS, Turkeli A, Alhuwailah A. *The effects of COVID-19 continuous traumatic stress on mental health: The case of syrian refugees in Turkey*. *Traumatology* 2021; 27(4): 375–387. <https://doi.org/10.1037/trm0000347>.

11. Goodheart CD, Levant RF, Barlow DH, Carter J, Davidson KW, Hagglund KJ i wsp. *Evidence-based practice in psychology*. Am. Psychol. 2006; 61(4): 271–285. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.61.4.271>.
12. Borkovec TD, Castonguay LG. *What is the scientific meaning of empirically supported therapy?* J. Consult. Clin. Psychol. 1998; 66(1): 136–142. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.66.1.136>.
13. Westen D, Bradley R. *Empirically supported complexity: Rethinking evidence-based practice in psychotherapy*. Curr. Dir. Psychol. Sci. 2005; 14(5): 266–271. <https://doi.org/10.1111/j.0963-7214.2005.00378.x>.
14. Chrzastowski S. *Evidence-based practice in psychotherapy – The pros and cons*. Psychoter. 2019; 189(2): 45–57. <https://doi.org/10.12740/pt/109317>.
15. *Dissemination and implementation of evidence-based psychological treatments*. McHugh KR, Barlow DH. red. Oxford: Oxford University Press; 2015. <https://doi.org/10.1093/MED:PSYCH/9780195389050.001.0001>.
16. *Evidence-based psychotherapy: The state of the science and practice*. David D, Lynn SJ, Montgomery G. red. New York: Wiley; 2017.
17. Asnaani A, Foa EB. *Expanding the lens of evidence-based practice in psychotherapy to include a common factors perspective: Comment on Laska, Gurman, and Wampold*. Psychotherapy (Chic.). 2014; 51(4): 487–490. <https://doi.org/10.1037/a0036891>.
18. Baker TB, McFall RM, Shoham V. *Current status and future prospects of clinical psychology: Toward a scientifically principled approach to mental and behavioral health care*. Psychol. Sci. Public Interest. 2008; 9(2): 67–103. <https://doi.org/10.1111/j.1539-6053.2009.01036.x>.
19. Howick J, Chalmers I, Glasziou P, Greenhalgh T, Geneghan C, Liberati A i wsp. *The 2011 Oxford CEBM levels of evidence (introductory document)*. Oxford: Oxford Centre for Evidence-Based Medicine; 2011.
20. Guideline Development Panel for the Treatment of PTSD in Adults of American Psychological Association. *Clinical Practice Guideline for the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in Adults*. Washington, DC: 2017.
21. *Post-traumatic stress disorder NICE guidelines*. London; 2018.
22. Phelps AJ, Lethbridge R, Brennan S, Bryant RA, Burns P, Cooper JA i wsp. *Australian guidelines for the prevention and treatment of posttraumatic stress disorder: Updates in the third edition*. Aust. N. Z. J. Psychiatry 2022; 56(3): 230–247. <https://doi.org/10.1177/00048674211041917>.
23. The Management of Posttraumatic Stress Disorder Work Group. *VA/DOD Clinical Practice Guideline for the Management of Posttraumatic Stress Disorder and Acute Stress Disorder*. 2017.
24. Suszek H, Grzesiuk L, Styła R, Krawczyk K. *General overview of psychotherapeutic practice in Poland. Results from a nationwide survey*. Psychiatr. Q. 2017; 88(3): 571–584. <https://doi.org/10.1007/s11126-016-9480-9>.
25. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. 2013.
26. Galatzer-Levy IR, Bryant RA. *636,120 ways to have posttraumatic stress disorder*. Perspect. Psychol. Sci. 2013; 8(6): 651–662. <https://doi.org/10.1177/1745691613504115>.
27. Morrison J. *DSM-5 bez tajemnic*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2016.
28. Foa EB, Hembree E, Rothbaum B. *Prolonged exposure therapy for PTSD: Therapist guide*. Oxford: Oxford University Press; 2015. <https://doi.org/10.1093/MED:PSYCH/9780195308501.001.0001>.

29. Resick PA, Monson CM, Chard KM. *Cognitive processing therapy for PTSD: A comprehensive manual*. New York: Guilford Press; 2014.
30. Felmingham K, Kemp A, Williams L, Das P, Hughes G, Peduto A i wsp. *Changes in anterior cingulate and amygdala after cognitive behavior therapy of posttraumatic stress disorder*. *Psychol. Sci.* 2007; 18(2): 127–129. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.2007.01860.x>.
31. Reinecke M, Clark D. *Cognitive therapy across the lifespan*. Cambridge: Cambridge University Press; 2003.
32. Lewis C, Roberts NP, Andrew M, Starling E, Bisson JI. *Psychological therapies for post-traumatic stress disorder in adults: Systematic review and meta-analysis*. *Eur. J. Psychotraumatol.* 2020; 11(1): 1729633. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1729633>.
33. Powers MB, Halpern JM, Ferenschak MP, Gillihan SJ, Foa EB. *A meta-analytic review of prolonged exposure for posttraumatic stress disorder*. *Clin. Psychol. Rev.* 2010; 30(6): 635–641. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.04.007>.
34. Cusack K, Jonas DE, Forneris CA, Wines C, Sonis J, Middleton JC i wsp. *Psychological treatments for adults with posttraumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis*. *Clin. Psychol. Rev.* 2016; 43: 128–141. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.10.003>.
35. Shea MT, Krupnick JL, Belsher BE, Schnurr PP. *Non-trauma-focused psychotherapies for the treatment of PTSD: A descriptive review*. *Curr. Treat. Options Psychiatry* 2020; 7(5): 242–257. <https://doi.org/10.1007/s40501-020-00214-y>.
36. Calancie OG, Khalid-Khan S, Booij L, Munoz DP. *Eye movement desensitization and reprocessing as a treatment for PTSD: Current neurobiological theories and a new hypothesis*. *Ann. N. Y. Acad. Sci.* 2018; 1426(1): 127–145. <https://doi.org/10.1111/nyas.13882>.
37. Oren E, Solomon R. *EMDR therapy: An overview of its development and mechanisms of action*. *Rev. Eur. Psychol. Appl.* 2012; 62(4): 197–203. <https://doi.org/10.1016/j.erap.2012.08.005>.
38. Hout van den MA, Engelhard IM. *How does EMDR work?* *J. Exp. Psychopathol.* 2012; 3(5): 724–738. <https://doi.org/10.5127/jep.028212>.
39. de Jongh A, Amann BL, Hofmann A, Farrell D, Lee CW. *The status of EMDR therapy in the treatment of posttraumatic stress disorder 30 years after its introduction*. *J. EMDR Pract. Res.* 2019; 13(4): 261–269. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.13.4.261>.
40. Thompson CT, Vidgen A, Roberts NP. *Psychological interventions for post-traumatic stress disorder in refugees and asylum seekers: A systematic review and meta-analysis*. *Clin. Psychol. Rev.* 2018; 63: 66–79. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.06.006>.
41. Cuijpers P, Veen van SC, Sijbrandij M, Yoder W, Cristea IA. *Eye movement desensitization and reprocessing for mental health problems: A systematic review and meta-analysis*. *Cogn. Behav. Ther.* 2020; 49(3): 165–180. <https://doi.org/10.1080/16506073.2019.1703801>.
42. Verstrael S, Wurff van der P, Vermetten E. *Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) as treatment for combat-related PTSD: A meta-analysis*. *Mil. Behav. Health* 2013; 1(2): 68–73. <https://doi.org/10.1080/21635781.2013.827088>.
43. Schottenbauer MA, Glass CR, Arnkoff DB, Gray SH. *Contributions of psychodynamic approaches to treatment of PTSD and trauma: A review of the empirical treatment and psychopathology literature*. *Psychiatry* 2008; 71(1): 13–34. <https://doi.org/10.1521/psyc.2008.71.1.13>.
44. Krupnick JL. *Brief psychodynamic treatment of PTSD*. *J. Clin. Psychol.* 2002; 58(8): 919–932. <https://doi.org/10.1002/jclp.10067>.
45. Brom D, Kleber RJ, Defares PB. *Brief psychotherapy for posttraumatic stress disorders*. *J. Consult. Clin. Psychol.* 1989; 57(5): 607–612.

46. Cain D, Seeman J. *Humanistic psychotherapies: Handbook of research and practice*. Washington, DC: American Psychological Association; 2002.
47. Frost ND, Laska KM, Wampold BE. *The evidence for present-centered therapy as a treatment for posttraumatic stress disorder*. J. Trauma Stress. 2014; 27(1): 1–8. <https://doi.org/10.1002/jts.21881>.
48. Lewis C, Roberts NP, Gibson S, Bisson JI. *Dropout from psychological therapies for post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults: Systematic review and meta-analysis*. Eur. J. Psychotraumatology 2020; 11(1): 1709709. <https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1709709>.
49. Dana D. *The polyvagal theory in therapy*. New York: Norton Professional Books; 2018.
50. Porges S. *The pocket guide to the polyvagal theory*. New York: Norton Professional Books; 2017.
51. Poli A, Gemignani A, Soldani F, Miccoli M. *A systematic review of a polyvagal perspective on embodied contemplative practices as promoters of cardiorespiratory coupling and traumatic stress recovery for ptsd and ocd: Research methodologies and state of the art*. Int. J. Environ. Res. Public Health 2021; 18(22): 11778. <https://doi.org/10.3390/ijerph182211778>.
52. Resick PA, Williams LF, Suvak MK, Monson CM, Gradus JL. *Long-term outcomes of cognitive-behavioral treatments for posttraumatic stress disorder among female rape survivors*. J. Consult. Clin. Psychol. 2012; 80(2): 201–210. <https://doi.org/10.1037/a0026602>.
53. Stojek MM, McSweeney LB, Rauch SAM. *Neuroscience informed prolonged exposure practice: Increasing efficiency and efficacy through mechanisms*. Front. Behav. Neurosci. 2018; 12: 281. <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2018.00281>.
54. Forman-Hoffman V, Middleton J, Feltner C, Gaynes B, Weber R, Bann C i wsp. *Psychological and pharmacological treatments for adults with posttraumatic stress disorder: A systematic review update*. Report No.: 18-EHC011-EFReport No.: 2018-SR-01. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2018.
55. Martin A, Naunton M, Kosari S, Peterson G, Thomas J, Christenson JK. *Treatment guidelines for PTSD: A systematic review*. J. Clin. Med. 2021; 10(18): 4175.
56. LeDoux J. *Anxious. Using the brain to understand and treat fear and anxiety*. London: Penguin Books; 2015.
57. Fisher CB, Oransky M. *Informed consent to psychotherapy: Protecting the dignity and respecting the autonomy of patients*. J. Clin. Psychol. 2008; 64(5): 576–588. <https://doi.org/10.1002/jclp.20472>.
58. Blease C, Kelley JM, Trachsel M. *Informed consent in psychotherapy: Implications of evidence-based practice*. J. Contemp. Psychother. 2018; 48(2): 69–78. <https://doi.org/10.1007/s10879-017-9372-9>.
59. Dsubanko-Obermayr K, Baumann U. *Informed consent in psychotherapy: Demands and reality*. Psychother. Res. 1998; 8(3): 231–247. <https://doi.org/10.1080/10503309812331332367>.
60. Ginzburg K, Ein-Dor T, Solomon Z. *Comorbidity of posttraumatic stress disorder, anxiety and depression: A 20-year longitudinal study of war veterans*. J. Affect. Disord. 2010; 123(1–3): 249–257. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.08.006>.
61. Debell F, Fear NT, Head M, Batt-Rawden S, Greenberg N, Wessely S i wsp. *A systematic review of the comorbidity between PTSD and alcohol misuse*. Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 2014; 49(9): 1401–1425. <https://doi.org/10.1007/s00127-014-0855-7>.
62. Minnen van A, Zoellner LA, Harned MS, Mills K. *Changes in comorbid conditions after prolonged exposure for PTSD: A literature review*. Curr. Psychiatry Rep. 2015; 17(3): 549. <https://doi.org/10.1007/s11920-015-0549-1>.

- 
63. De Jongh A, Resick PA, Zoellner LA, Minnen van A, Lee CW, Monson CM i wsp. *Critical analysis of the current treatment guidelines for complex PTSD in adults*. *Depress. Anxiety* 2016; 33(5): 359–369. <https://doi.org/10.1002/da.22469>.

Adres: Joachim Kowalski  
Instytut Psychologii PAN  
ul. Stefana Jaracza 1, 00-183 Warszawa  
e-mail: [jkowalski@psych.pan.pl](mailto:jkowalski@psych.pan.pl)

Otrzymano: 10.06.2022  
Zrecenzowano: 29.07.2022  
Otrzymano po poprawie: 22.10.2022  
Przyjęto do druku: 3.12.2022