

Stanowisko grupy roboczej dotyczące diagnozy zaburzeń związanych ze stresem pourazowym u osób dorosłych

The position statement of the working group on the diagnosis of post-traumatic stress disorders in adults

Tytus Koweszko¹, Bogdan de Barbaro², Bernadetta Izydorczyk³,
Agnieszka Mastalerz-Migas⁴, Jerzy Samochowiec⁵, Agata Szulc¹,
Adrianna Kowalska⁶, Katarzyna Wachowska⁶, Piotr Gałęcki⁶

¹ Klinika Psychiatryczna Wydziału Nauk o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny

² Fundacja Rozwoju Terapii Rodzin NA SZLAKU, Kraków

³ Instytut Psychologii, Wydział Filozoficzny, Uniwersytet Jagielloński w Krakowie

⁴ Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

⁵ Klinika Psychiatrii, Wydział Nauk o Zdrowiu, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

⁶ Klinika Psychiatrii Dorosłych, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Summary

Experiencing a situation of extreme danger can lead to serious stress disorders (such as PTSD) that can affect both the victims and the professional helpers. Military operations in Ukraine in the first half of 2022 started an ongoing migration crisis, resulting in the displacement of approximately 3.5 million people to Poland. It is indicated that post-traumatic stress disorders may affect up to one third of adult refugees. Exposure to traumatic stress related to assault, limitation of basic resources, fear, insecurity, death, and a sense of injustice affected the entire population of the country. As a result, refugees, healthcare professionals, uniformed services, volunteers, and NGO workers constitute a group at risk of developing stress-related disorders, including post-traumatic stress disorder (PTSD). The presented recommendations were developed by an interdisciplinary team of experts in the field of psychiatry, clinical psychology, psychotherapy, and family medicine to present systematic guidelines for diagnostic procedures in medical and psychological practice.

Słowa kluczowe: zespół stresu pourazowego, rekomendacje diagnostyczne, diagnoza stresu pourazowego

Key words: post-traumatic stress disorder, diagnostic recommendations, post-traumatic stress diagnosis

Wstęp

Wiele badań wskazuje, że doświadczenie ekstremalnego zagrożenia prowadzi do poważnych zaburzeń stresowych, takich jak zespół stresu pourazowego (PTSD), który dotyka od jednej trzeciej do połowy dorosłych uchodźców [1, 2] i którego rozpowszechnienie w skali światowej rośnie [3]. W Stanach Zjednoczonych ryzyko zachorowania na PTSD wynosi 8,7%, natomiast w Europie oraz w większości krajów Azji, Afryki i Ameryki Łacińskiej zawiera się w przedziale od 0,5% do 1,0%. Ryzyko wystąpienia i ciężkość PTSD są różne w zależności od uwarunkowań kulturowych, co może się wiązać m.in. z odmiennymi rodzajami ekspozycji na traumę. Rozpowszechnienie PTSD wśród kobiet jest wyższe niż wśród mężczyzn, co może być uwarunkowane większym narażeniem na doświadczenia traumatyczne, np. na skutek różnego rodzaju przemocy, w tym seksualnej. Do grup wysokiego ryzyka zalicza się weteranów, osoby wykonujące zawody związane z narażeniem na traumę (policjanci, strażacy, ratownicy medyczni), ofiary gwałtów, kombatantów, jeńców wojennych oraz osoby, które przeżyły internowanie i ludobójstwo o podłożu politycznym lub etnicznym. Szczególnie zagrożone są także osoby, u których współwystępują zaburzenia i dysfunkcje w postaci używania i nadużywania substancji psychoaktywnych, zaburzeń depresyjnych, lękowych, dysocjacyjnych i osobowości, psychoz, zaburzeń poznawczych, przemocy wobec siebie i innych oraz samookaleczeń i zachowań samobójczych. Skutki psychospołeczne zaburzeń pourazowych mogą obejmować bezdomność, ubóstwo i konflikty z prawem skutkujące pobytem w więzieniu [4]. Pomimo że za grupy wiekowe nieco mniej narażone na PTSD uznaje się dzieci i młodzież oraz dorosłych w wieku senioralnym [5], to dzieci są jednak zagrożone rozwinięciem innych zakłóceń psychicznych spowodowanych stresem traumatycznym. Badania syryjskich i irackich uchodźców przesiedlonych do Stanów Zjednoczonych ujawniły, że około połowy dzieci odczuwało wysoki niepokój, a 70% doświadczało lęku separacyjnego. Przerazenie, jakiego doświadczają dzieci, jest często tak silne, że nie są one w stanie nawet na chwilę rozstać się z rodzicami, nawet gdy nie są już w bezpośrednim niebezpieczeństwie [2].

W wyniku kryzysu migracyjnego spowodowanego rosyjską inwazją na Ukrainę od 24 lutego 2022 roku poczucie bezpieczeństwa, zdrowie i życie milionów ludzi jest zagrożone. Ekspozycja na traumatyczny stres związany z napaścią, ograniczeniem podstawowych zasobów, lękiem, niepewnością, śmiercią oraz poczuciem niesprawiedliwości dotknęła całą populację kraju. Według danych polskiej straży granicznej z 19 maja 2022 roku od początku rosyjskiej inwazji granicę polsko-ukraińską przekroczyło ponad 3,46 miliona uchodźców [6]. Kolejne miliony zostały przesiedlone w obrębie Ukrainy [7]. Jest to sytuacja powodująca chroniczny stres, który ma szkodliwy wpływ na zdrowie psychiczne nie tylko samych uchodźców, ale także pracowników ochrony zdrowia i służb mundurowych, wolontariuszy, pracowników organizacji pozarządowych i osób udzielających pomocy w ramach oddolnych inicjatyw. Tym samym potencjalną grupę osób narażonych na zaburzenia związane ze stresem można szacować w milionach.

Badania dotyczące skutków pierwszego etapu rosyjskiej agresji pokazują, że wśród 1,5 miliona Ukraińców walczących i wewnętrznie przesiedlonych na skutek inwazji na wschodniej Ukrainie w 2014 roku 27% ujawniało PTSD [8]. Inne ogólnokrajowe

badanie przeprowadzone wśród osób przesiedlonych w obrębie Ukrainy w 2016 roku ujawniło rozpowszechnienie zespołu stresu pourazowego na poziomie 32% badanych, podczas gdy depresja występowała u 22%, a lęk u 17% [9].

Metodologia

Stanowisko grupy roboczej zostało opracowane przez grupę ekspertów w ramach trzyetapowego postępowania obejmującego: przegląd literatury, dyskusję dotyczącą zagadnienia oraz wypracowanie wspólnego stanowiska eksperckiego. Spotkania grupy roboczej odbywały się w formie telekonferencji, podczas których przeprowadzona została dyskusja służąca opracowaniu stanowiska przedstawionego w publikacji. W artykule omówiony został proces diagnostyczno-terapeutyczny zaburzeń stresu pourazowego oraz innych zaburzeń związanych ze stresem w obliczu trwającego kryzysu migracyjnego spowodowanego rosyjską inwazją na Ukrainę. Niniejsza, pierwsza część publikacji dotyczy postępowania diagnostycznego.

Zaburzenia psychiczne związane ze stresem

Według słownika psychologicznego Amerykańskiego Towarzystwa Psychologicznego (APA) stres to fizjologiczna i psychologiczna reakcja organizmu na wewnętrzny lub zewnętrzny stresor. W przebiegu reakcji stresowej zaangażowane są niemal wszystkie układy w ludzkim ciele, co wpływa na samopoczucie i zachowanie. Do charakterystycznych objawów należą: przyspieszenie akcji serca, pocenie, suchość w ustach, spłylenie oddechu, niepokój ruchowy, przyspieszona mowa, nasilenie negatywnych emocji i wyczerpanie na skutek długotrwałego narażenia na stres. Wzorzec reakcji stresowej opisuje ogólny zespół adaptacyjny, który występuje zawsze, gdy organizm zostaje poddany stresorom. Na skutek zachodzących zmian w obrębie ciała i umysłu stres bezpośrednio przyczynia się do fizjologicznych i psychologicznych zaburzeń i chorób oraz wpływa na zdrowie somatyczne i psychiczne, a także obniża jakość życia [10].

Zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-11 zaburzenia szczególnie związane ze stresem łączą się bezpośrednio z narażeniem na stresujące lub traumatyczne wydarzenie lub serię takich wydarzeń lub negatywnych doświadczeń. Dla każdego z zaburzeń z tej grupy możliwy do zidentyfikowania stresor jest koniecznym, aczkolwiek niewystarczającym czynnikiem sprawczym. Chociaż nie u wszystkich osób narażonych na zidentyfikowany stresor rozwinię się zaburzenie, zaburzenia w tej grupie nie wystąpiłyby bez doświadczenia tego stresora. Stresujące wydarzenia związane z niektórymi zaburzeniami z tej grupy mieszczą się w normalnym zakresie doświadczeń życiowych (np. rozwód, problemy społeczno-ekonomiczne, żałoba). Inne wymagają doświadczenia stresora o wyjątkowo groźnym lub przerażającym charakterze (np. ekspozycja na stres traumatyczny). W wypadku wszystkich zaburzeń z tej grupy to charakter, wzór i czas trwania objawów, które pojawiają się w odpowiedzi na stresujące wydarzenia – wraz z towarzyszącym upośledzeniem funkcjonalnym – odróżniają zaburzenia [11]. Wszystkie zaburzenia

szczególnie łączące się ze stresem wymienione w ICD-11 zostały przedstawione w tabeli 1.

Tabela 1. Zaburzenia szczególnie związane ze stresem według ICD-11

6B40	Zespół stresu pourazowego
6B41	Złożony zespół stresu pourazowego
6B42	Zaburzenia związane z przedłużającą się żalobą
6B43	Zaburzenie przystosowania
6B44	Reaktywne zaburzenia przywiązania
6B45	Zaburzenia zahamowanego zaangażowania społecznego
6B4Y	Inne określone zaburzenia szczególnie związane ze stresem
6B4Z	Zaburzenia specyficzne związane ze stresem, nieokreślone

Źródło: opracowanie własne na podstawie [11].

Zespół stresu pourazowego

Słownik psychologiczny APA definiuje traumę jako każde szkodliwe doświadczenie wzbudzające strach, poczucie bezradności, dysocjację emocji, dezorientację lub inne uciążliwe uczucia, które są na tyle intensywne, że mają długotrwały negatywny wpływ na postawy, zachowania i inne aspekty funkcjonowania jednostki. Zdarzenia traumatyczne obejmują zarówno okoliczności spowodowane przez człowieka (takie jak gwałty, wojny, wypadki przy pracy), jak i przez naturę (np. trzęsienia ziemi, pożary, powodzie). Traumatyczne przeżycia często zaburzają dotychczasowe poczucie bezpieczeństwa, porządku i sprawiedliwości [10].

Zespół stresu pourazowego (PTSD) może się rozwinąć po ekspozycji na wyjątkowo groźne lub przerażające wydarzenie lub serię zdarzeń. Charakteryzuje się wszystkimi następującymi cechami: (1) ponownym przeżywaniem traumatycznego wydarzenia lub wydarzeń w teraźniejszości w postaci żywych natrętnych wspomnień, retrospekcji lub koszmarów; ponowne doświadczenie może nastąpić za pośrednictwem jednej lub wielu modalności zmysłowych i zwykle towarzyszą mu silne lub przytłaczające emocje, zwłaszcza strach lub przerażenie, oraz silne doznania fizyczne; (2) unikaniem myśli i wspomnień o zdarzeniu lub zdarzeniach lub unikaniem działań, sytuacji lub osób przypominających o zdarzeniu/zdarzeniach; oraz 3) uporczywym postrzeganiem podwyższonego obecnego zagrożenia, przejawiającym się np. przez nadmierną czujność lub wzmożoną reakcję zaskoczenia na bodźce, takie jak nieoczekiwane dźwięki. Objawy utrzymują się przez co najmniej kilka tygodni i powodują znaczne upośledzenie funkcji osobistych, rodzinnych, społecznych, edukacyjnych, zawodowych lub innych ważnych obszarów funkcjonowania. Postępowanie diagnostyczne oparte na DSM-5 ilustruje tabela 2.

Tabela 2. Postępowanie diagnostyczne według DSM-5

Diagnoza według DSM-5			
Co najmniej jeden objaw	Co najmniej jeden objaw	Co najmniej dwa objawy	Co najmniej dwa objawy
Nawracające, natrętne wspomnienia zdarzenia traumatycznego: retrospekcje, koszmary senne, przerazające myśli, nasilone cierpienie psychiczne, reakcja fizjologiczna na bodźce przypominające o traumie.	Unikanie bodźców związanych z traumą: unikanie miejsc/wydarzeń/przedmiotów przypominających o traumie, unikanie myśli/uczuć związanych z traumą/wydarzeniem.	Negatywne zmiany w obrębie zdolności poznawczych i nastrojów: kłopoty z zapamiętaniem ważnych aspektów traumatycznego wydarzenia, negatywne myśli o sobie/świecie, zniekształcone postrzeganie traumy prowadzące do poczucia winy, utrata zainteresowania przyjemnymi aktywnościami, wyobcowanie.	Objawy pobudzenia i reaktywności: wzmószona reakcja na zaskoczenie, uczucie napięcia lub podenerwowania, trudności ze snem, wybuchy gniewu.

Źródło: opracowanie własne na podstawie [5].

Zespół złożonego stresu pourazowego

Złożony PTSD to zaburzenie, które może rozwinąć się po ekspozycji na wydarzenie lub serię wydarzeń o wyjątkowo groźnym lub przerażającym charakterze, najczęściej przedłużających się lub powtarzających się wydarzeń, z których ucieczka jest trudna lub niemożliwa (np. tortury, niewolnictwo, kampanie ludobójstwa, przedłużająca się przemoc domowa, wielokrotne wykorzystywanie seksualne lub fizyczne w dzieciństwie). Występuje, gdy wszystkie wymagania diagnostyczne dla PTSD są spełnione, a ponadto charakteryzuje się poważnymi i uporczywymi: (1) problemami w regulacji afektu; (2) przekonaniami o sobie jako pomniejszonym, pokonanym lub bezwartościowym, którym towarzyszy poczucie wstydu, winy lub porażki związane z traumatycznym wydarzeniem; oraz (3) trudnościami w utrzymywaniu relacji i poczucia bliskości z innymi. Objawy te powodują znaczne upośledzenie funkcji osobistych, rodzinnych, społecznych, edukacyjnych, zawodowych lub innych ważnych obszarów funkcjonowania.

Na podstawie DSM-5 czynniki ryzyka wystąpienia zespołu stresu pourazowego dzieli się na przedtraumatyczne, okołotraumatyczne i potraumatyczne. Do tych pierwszych zalicza się właściwości temperamentalne, środowiskowe oraz genetyczne i fizjopatologiczne. Czynniki temperamentalne obejmują problemy natury emocjonalnej, które pojawiły się do szóstego roku życia, oraz wcześniejsze zaburzenia psychiczne.

Wśród środowiskowych czynników ryzyka wymienia się niższą pozycję społeczno-ekonomiczną, niższy poziom edukacji, niższą inteligencję, pochodzenie z mniejszości etnicznej/rasowej, historię zaburzeń psychicznych w rodzinie generacyjnej, wcześniejsze doświadczenia traumatyczne i krzywdy, zwłaszcza te, które nastąpiły w okresie dzieciństwa. Istotny jest też wymiar kulturowy, np. w zakresie strategii radzenia sobie odwołujących się do fatalizmu i samoobwiniania. Za czynnik ochronny uznaje się posiadanie wsparcia społecznego przed doświadczeniem traumy. Ostatnia grupa to czynniki przedtraumatyczne genetyczne i fizjopatologiczne, czyli niektóre genotypy oraz płeć żeńska i młodszy wiek w czasie ekspozycji na traumę.

Okołotraumatycznych czynników upatruje się w ciężkości traumy, na którą składają się poczucie zagrożenia życia, odniesienie obrażeń, bycie ofiarą przemocy ze strony innych osób, dysocjacja podczas traumy i po jej ustaniu. W wypadku osób pełniących służbę wojskową za czynnik ryzyka należy też uznać bycie sprawcą lub świadkiem krzywdzących działań. W okresie potraumatycznym czynnikami ryzyka są aspekty temperamentalne w postaci negatywnych ocen, niewłaściwych strategii radzenia sobie oraz ostrej reakcji stresowej, a także środowiskowe, takie jak późniejsze narażenie na czynniki aktywujące traumatyczne wspomnienia, doświadczanie dalszych krzywd oraz strat [5].

Tabela 3. Diagnostyka różnicowa zespołu stresu pourazowego i innych zaburzeń psychicznych

Diagnostyka różnicowa		
Zespół stresu pourazowego	/	Zaburzenia adaptacyjne Rodzaj i ciężkość stresora są inne niż w kryterium A (narażenie na śmierć lub groźbę śmierci, poważny uraz lub przemoc seksualną). Gdy kryterium A jest spełnione, ale niespełnione są inne kryteria PTSD ani innego zaburzenia psychicznego.
	/	Inne stany i zaburzenia pourazowe Zespół objawów psychopatologicznych po ekspozycji na ekstremalny stres, który nie odpowiada PTSD, np. amnezja dysocjacyjna. Istnieje możliwość dokonania tego rozpoznania razem z PTSD.
	/	Ostre zaburzenia stresowe Odmienne czas trwania zespołu objawów. W ostrych zaburzeniach stresowych – od trzech dni do miesiąca po doświadczeniu traumy.
	/	Zaburzenia lękowe i zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne Występują nawracające myśli nieodpowiadające definicji obsesji. Myśli nie wiążą się z doświadczeniem traumy i zazwyczaj towarzyszą im kompulsje. Niespełnione są inne kryteria PTSD ani ostrego zaburzenia stresowego. Uogólnione zaburzenia lękowe (unikanie, drażliwość, lęk), zaburzenia paniczne (wzbudzenie, objawy dysocjacyjne), objawy separacyjne zaburzenia lękowego (związane z separacją od domu lub rodziny) nie wiążą się z doświadczeniem traumy.
	/	Duża depresja Gdy depresja występuje po doświadczeniu traumatycznym i niespełnione są kryteria PTSD, tj. B, C, D ani E.

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Zespół stresu pourazowego	/	Zaburzenia osobowości Problemy interpersonalne są nieobecne bez względu na doświadczenie traumy.
	/	Zaburzenia dysocjacyjne Gdy PTSD współwystępuje z amnezją dysocjacyjną, dysocjacyjnymi zaburzeniami tożsamości i zaburzeniami depersonalizacyjnymi/derealizacyjnymi, należy rozpoznać podtyp PTSD z objawami dysocjacyjnymi.
	/	Zaburzenia konwersyjne (zaburzenia z czynnościowymi objawami neurologicznymi) Nowe objawy somatyczne po doświadczeniu traumy wskazują na rozpoznanie PTSD.
	/	Zaburzenia psychotyczne Należy odróżnić retrospektywne przeżytki (flashbacks) od złudzeń, omamów i innych zaburzeń spostrzegania występujących w schizofrenii i innych zaburzeniach psychotycznych, depresyjnych i dwubiegunowych z objawami psychotycznymi, majaczeniu, zaburzeniach wywołanych intoksykacją, psychozach w innych stanach medycznych.
	/	Urazowe uszkodzenie mózgu Doświadczenie psychologicznego zdarzenia traumatycznego, któremu towarzyszy urazowe uszkodzenie mózgu (Traumatic Brain Injury – TBI), może skutkować objawami PTSD i zaburzeniami neuropoznawczymi i symptomami PTSD, dlatego rozpoznania nie wykluczają się. Różnicowanie TBI i PTSD opiera się na identyfikacji charakterystycznych objawów: dezorientacji i splątania w urazowym uszkodzeniu mózgu i ponownym przeżywaniu i unikaniu w zespole stresu pourazowego.

Źródło: opracowanie własne na podstawie DSM-5 [5].

Do cech potwierdzających rozpoznanie zespołu stresu pourazowego zalicza się regresję rozwojową, przekonania urojeniowe, słuchowe omamy rzekome, zaburzenia w zakresie regulacji emocji, trudności z utrzymaniem stałych relacji z innymi ludźmi, objawy dysocjacyjne, współwystępowanie powikłanej żałoby po śmierci bliskiej osoby [5].

Ważnym etapem procesu diagnostycznego, poprzedzającym zaordynowanie leczenia psychologicznego lub farmakologicznego, jest przeprowadzenie szczegółowej oceny stanu psychicznego pacjenta i zidentyfikowanie poszczególnych objawów. Jest to konieczne, aby leczenie zostało odpowiednio dostosowane do indywidualnych potrzeb chorego. Tego rodzaju ocenę może przeprowadzić lekarz psychiatra, lekarz rodzinny lub psycholog kliniczny. Leczenie powinno zostać włączone, jeśli objawy utrzymują się dłużej niż 4 tygodnie lub są mocno nasilone [12]. Wiele osób, które są narażone na traumatyczne wydarzenie, doświadcza objawów typowych dla PTSD w ciągu kilku dni po zdarzeniu. Aby jednak diagnoza PTSD była uzasadniona, objawy muszą trwać dłużej niż miesiąc i muszą powodować znaczne cierpienie lub problemy w codziennym funkcjonowaniu. Wiele ofiar traumy rozwija objawy zaburzenia w ciągu trzech miesięcy od traumatycznego urazu, ale mogą się one pojawić też później i często utrzymują się miesiącami, a niekiedy latami [4].

Trauma obejmuje doświadczenia stanowiące poważne zagrożenie fizyczne, emocjonalne lub psychologiczne dla jednostki lub jej bliskich, które mają przytłaczający

i wstrząsający charakter. Pomimo że typową reakcją u osób narażonych na ekspozycję na stres traumatyczny jest wystąpienie pourazowych reakcji psychofizjologicznych, to większość z nich ustępuje samoistnie w ciągu pierwszego miesiąca [13, 14]. O tym, czy objawy się wycofają, decyduje obecność czynników ryzyka, indywidualna odporność psychiczna, sytuacja osobista, wiek, nasilenie dolegliwości, czas trwania zaburzeń, wsparcie społeczne. Jeśli symptomy reakcji stresowej się utrzymują, mogą spełnić kryteria jednej lub większej liczby diagnoz pourazowych, takich jak zespół ostrego stresu (ASD) lub zaburzeń stresu pourazowego (PTSD) [5].

W przypadku, gdy objawy PTSD są łagodne lub czas ich występowania nie przekroczył miesiąca, wskazane jest zastosowanie tzw. aktywnego monitorowania. Polega ono na uważnym monitorowaniu objawów przez pacjenta, co służy ocenie, czy jego stan psychiczny się poprawia, czy ulega pogorszeniu. Tego rodzaju interwencja pozwala na uniknięcie rozpoczęcia niepotrzebnych procedur terapeutycznych, ponieważ dwie na trzy osoby, u których pojawiły się problemy po ekspozycji na stres traumatyczny, wracają do zdrowia w ciągu kilku tygodni bez leczenia psychologicznego ani farmakologicznego. W sytuacji zalecenia pacjentowi aktywnego monitorowania należy ustalić wizytę kontrolną w ciągu miesiąca [12]. Można zatem przyjąć, że na pierwszym etapie leczenia powinno się traktować zaburzenie jako zaburzenia przystosowania (adaptacyjne), które mogą, ale nie muszą, rozwinąć się w zespół stresu pourazowego lub inne zaburzenia związane ze stresem.

Ocena PTSD

Podstawowym i zarazem niezbędnym kryterium diagnostycznym PTSD jest ekspozycja na traumatyczne zdarzenie [15]. Wstępna ocena diagnostyczna PTSD powinna pozwolić na odpowiedź na następujące pytania:

1. Czy u pacjenta występują objawy PTSD, a jeśli tak, jakie jest nasilenie poszczególnych objawów i czy zmieniają się one na przestrzeni czasu?
2. Jakie są inne rozpoznania w związku z bieżącymi problemami? (np. nadużywanie substancji psychoaktywnych bądź zaburzenia osobowości – mogą one maskować faktyczne PTSD i obecność urazu pierwotnego).
3. Jakie kontekstowe uwarunkowania geograficzne, czasowe, społeczne i polityczne wpływają na interpretację traumatyzujących wydarzeń z przeszłości? Ta sama osoba w innym okresie historycznym i miejscu może być postrzegana w całkiem odmienny sposób – w jednych okolicznościach jako zbrodniarz, a w innych jako poraniona ofiara [16].

Skale diagnostyczne

Podstawowym narzędziem diagnostycznym jest wywiad ustrukturyzowany. Klinicyści mogą do tego celu wykorzystywać metody przedstawione w tabeli 4.

Tabela 4. Charakterystyka wybranych metod diagnostycznych w formie ustrukturyzowanego wywiadu do PTSD

Wyszczególnienie	Liczba pozycji	Czas badania	Zalety	Ograniczenia	Wiek	Właściwości psychometryczne
SCID-I/PTSD: moduł F Ustrukturalizowanego wywiadu klinicznego do badania zaburzeń z Osi I DSM-IV-TR (SCID-I/PTSD: Module F; Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR) [17–19]	17	20–30 minut	Posiada polską adaptację. Pozwala zmniejszyć ryzyko postawienia diagnoz fałszywie pozytywnych.	Pozwala ocenić jedynie intensywność objawów, bez ich częstotliwości. Opiera się na DSM-IV. Niedostępna polska wersja dla DSM-5. Przeznaczona dla psychologów i psychiatrów.	Dorośli	Dobre właściwości psychometryczne (oprócz pozycji C3 dotyczącej niemożności odtworzenia pewnych aspektów traumatycznego wydarzenia). Wskaźnik alfa Cronbacha (0,90 dla całości i 0,69–0,79 dla poszczególnych skal).
Wywiad Skali symptomów PTSD (PSS-I-5, PTSD Symptom Scale – Interview) [20]	24	15–25 minut	Pozwala na postawienie diagnozy oraz określenie nasilenia objawów PTSD. Pozwala ocenić intensywność i częstotść objawów. Może zostać przeprowadzony przez każdą przeszkoloną osobę. Opiera się na DSM-5.	Brak polskiej wersji językowej.	Dorośli	Bardzo dobre właściwości psychometryczne. Satisfakcjonująca spójność wewnątrzna.
Skala PTSD w formie wywiadu klinicznego (CAPS-5, Clinician Administered PTSD Scale) [21]	30	45–60 minut	Pozwala na ocenę 17 symptomów PTSD pod względem częstotści i intensywności. Opiera się na DSM-5.	Brak polskiej wersji językowej.	Dorośli, dzieci (CAPS-CA-5)	Bardzo dobre właściwości psychometryczne.

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Schemat wywiadu diagnostycznego (DIS-IV, Diagnostic Interview Schedule) [22, 23]	17	75–150 minut; 75 minut przy wersji komputerowej	Możliwość stosowania przez przeszkoloną osobę niebędącą specjalistą. Dostępna wersja komputerowa (C-DIS).	Pozwala określić jedynie intensywność objawów, bez oceny ich częstości. Brak polskiej wersji językowej. Opiera się na DSM-IV.	Dorośli, dzieci (PC-DISC v. 3.0)	Słabe właściwości psychometryczne w diagnozie PTSD.
Wywiad dla zaburzenia stresowego pourazowego (PTSD-I, Posttraumatic Stress Disorder Interview) [24, 25]	20	Brak danych	Posiada polską adaptację. Pozwala na określenie traumatycznego zdarzenia oraz ocenę częstości i intensywności objawów PTSD w trzech wymiarach: nawracania do zdarzenia traumatycznego, unikania bodźców związanych ze zdarzeniem oraz nadmiernego pobudzenia. Dodatkowo określony zostaje okres występowania objawów.	Metoda oparta na DSM-III.	Dorośli	Dobre właściwości psychometryczne. Współczynnik zgodności wewnętrznej alfa Cronbacha wyniósł 0,92.
Structured Interview for PTSD (SI-PTSD) [26]	17 + 2	20–30 minut	Odnosi się do kryteriów B, C i D według DSM-IV oraz poczucia winy i poczucia winy ocalałych. Pozwala na ocenę nasilenia i częstości objawów PTSD.	Nie ma polskiej adaptacji. Oparty na DSM-IV.	Dorośli	Satysfakcjonująca rzetelność. Współczynnik alfa Cronbacha w przedziale od 0,80 do 0,94.

Do oceny objawowej PTSD stosowane są także metody samoopisowe, których użyteczność wynika z oszczędności czasu, niskiego kosztu i łatwości stosowania. Tabela 5 przedstawia charakterystykę wybranych skal i kwestionariuszy.

Tabela 5. Charakterystyka wybranych metod samoopisowych do diagnozy PTSD

Wyszczególnienie	Liczba pozycji	Czas badania	Zalety	Ograniczenia	Wiek	Właściwości psychometryczne
PTSD-Checklist (PCL-5) [27-29]	20	<10 minut	<p>Posiada polską adaptację.</p> <p>Pozwala na ocenę nasilenia objawów na czterech skalach: intruzji, unikania, negatywnych zmian w procesach poznawczych i emocjonalnych oraz pobudzenia i reaktywności.</p> <p>Może być stosowana w praktyce klinicznej w diagnozie różnicowej.</p> <p>Posiada punkt odcięcia (≥ 33).</p> <p>Metoda oparta na DSM-5.</p>	<p>Służy przede wszystkim do badań przesiewowych lub postawienia wstępnej diagnozy PTSD. Diagnoza psychometryczna wymaga potwierdzenia badaniami klinicznymi.</p>	Dorośli	<p>Dobre właściwości psychometryczne. Bardzo dobra rzetelność polskiej wersji. Współczynnik alfa Cronbacha dla całej skali wynosi 0,96, a stabilność bezwzględna (test-retest) 0,89.</p>
Cywilna wersja Mississippi PTSD Scale (M-PTSD Civilian) [30]	35	10-15 minut	<p>Posiada polską adaptację.</p> <p>Pozwala na ocenę nasilenia objawów PTSD: ponownego przeżywania traumatycznego wydarzenia, unikania, emocjonalnego odrętwienia i nadmiernego pobudzenia. Dodatkowo ocenie podlegają objawy towarzyszące: depresja, skłonności samobójcze, poczucie winy.</p>	<p>Opiera się na DSM-III.</p>	Dorośli	<p>Satysfakcjonująca rzetelność i trafność polskiej wersji.</p>
Kwestionariusz do pomiaru zaburzenia po stresie traumatycznym (K-PTSD) (Questionnaire for the Measurement of Posttraumatic Stress Disorder) [24]	17	Brak danych	<p>Posiada polską oryginalną wersję.</p> <p>Pozwala w krótkim czasie i przy niewielkich środkach z dużym prawdopodobieństwem zdiagnozować i określić nasilenie objawów w dużych grupach osób narażonych na traumę. Umożliwia ocenę PTSD w trzech grupach objawów: nawracania, unikania i pobudzenia oraz dla wyniku ogólnego.</p>	<p>Kwestionariusz nie może zastąpić diagnozy klinicznej. Metoda opiera się na DSM-IV.</p>	Dorośli	<p>Zadawalające właściwości psychometryczne. Współczynniki zgodności wewnętrznej dla poszczególnych podskal wynoszą: Nawracanie – 0,78; Unikanie – 0,74; Pobudzenie – 0,87. Wysoka zgodność wewnętrzna. Współczynnik alfa Cronbacha równy 0,90.</p>

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

<p>Kwestionariusz do pomiaru zaburzenia po stresie traumatycznym. Wersja czynnikowa (PTSD-C) [31, 32]</p>	<p>30</p> <p>Brak danych</p>	<p>Posiada polską wersję językową. Pozwala na ocenę nasilenia objawów na skali intruzji/pobudzenia, unikania/odtręwienia oraz na skali ogólnej PTSD. Skala może być stosowana w diagnozie i terapii zaburzeń potraumatycznych.</p> <p>Może być stosowana na różnych etapach od wystąpienia traumatycznego zdarzenia. Metoda powstała na podstawie krajowych danych odnoszących się do polskich realiów.</p>	<p>Metoda opiera się na DSM-IV.</p>	<p>Dobre właściwości psychometryczne. Duża trafność pomiaru skali. Wysoki współczynnik alfa Cronbacha: dla skali ogólnej od 0,93 do 0,96, dla skali intruzji/pobudzenia od 0,92 do 0,96 i dla skali unikania/odtręwienia od 0,88 do 0,92.</p>
<p>Kwestionariusz PTSD – wersja kliniczna (PTSD-K) [33]</p>	<p>40</p> <p>Brak danych</p>	<p>Posiada polską wersję językową. Uwzględnia nie tylko 17 podstawowych symptomów PTSD, ale też niektóre ich konsekwencje (kategoria F): zaburzenia psychosomatyczne, zmiany osobowościowe i specyficzne sposoby radzenia sobie ze stresem po traumie. Ocenia nasilenie i częstotść objawów. Pozwala na ocenę klinicznego nasilenia PTSD zarówno w okresie krótszym niż sześć miesięcy od traumy, jak i po upływie dłuższego czasu. Elastyczność procedury wykorzystania kwestionariusza daje duże możliwości wyboru wersji diagnostycznej i wykorzystanie jej w zależności od celu badania.</p>	<p>W grupach większego ryzyka PTSD występuje mniejsza efektywność diagnostyczna, tj. ryzyko diagnoz fałszywie negatywnych.</p> <p>Badanie kwestionariuszowe wymaga indywidualnej diagnozy psychiatrycznej. Metoda oparta na DSM-IV.</p>	<p>Zadawalające rzetelność i trafność pomiaru.</p> <p>Dorośli</p>

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

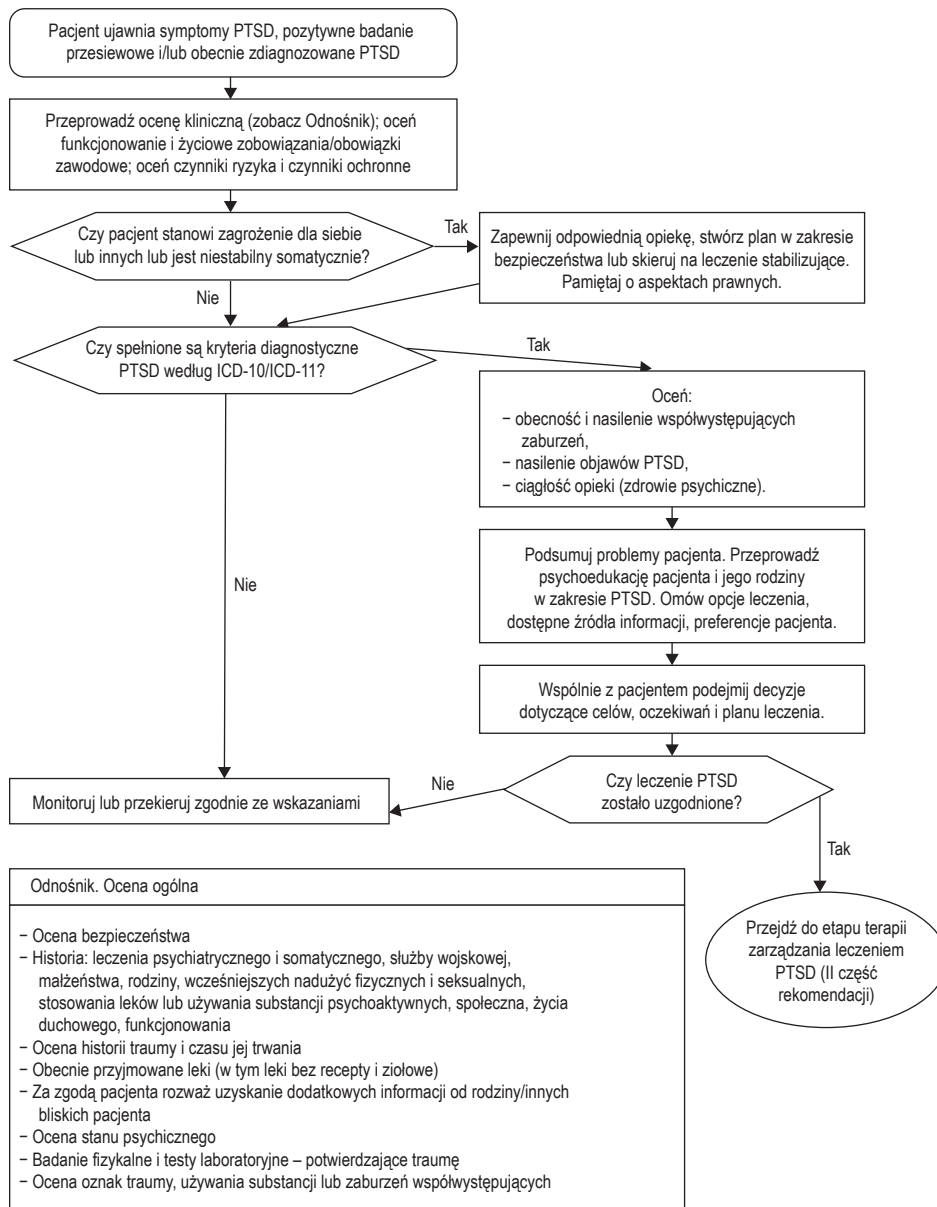
Self-Rating Scale for PTSD (SRS-PTSD) [25, 34, 35]	22	Brak danych	Ocenia 17 symptomów PTSD na trzech wymiarach: intruzji, nadmiernego pobudzenia i unikania. Pozwala na ocenę intensywności i częstości występowania objawów PTSD.	Nie ma polskiej adaptacji. Metoda opiera się na DSM-IV.	Dorośli	Dobra rzetelność oraz wysoka czułość (86%) i specyficzność (80%) w porównaniu z ustrukturyzowanym wywiadem klinicznym oceniającym PTSD.
Skala urazu Davidsona (DTS, Davidson Trauma Scale) [36–38]	17	10 minut	Pozwala na ocenę intensywności i częstości objawów na czterech wymiarach PTSD: przestraszu (tzw. reakcji wzdygnięcia; ang. startle), fizjologicznego pobudzenia, niepokoju i odrętwienia.	Nie ma polskiej adaptacji. Opiera się na DSM-IV.	Dorośli	Bardzo dobre właściwości psychometryczne. Współczynnik alfa Cronbacha na poziomie 0,97–0,99 w odniesieniu do częstości, intensywności i wyniku ogólnego. Rzetelność test-retest na poziomie 0,86.
Skala wpływu zdarzeń (IES-R, Impact of Event Scale) i wersja zrewidowana – Zrewidowana skala wpływu zdarzeń (IES-R, Impact of Event Scale-Revised) [39–41]	22	<10 minut	Posiada polską adaptację. Ocenia trzy wymiary PTSD: intruzje, unikanie, pobudzenie. Może być stosowana przez psychologów, psychiatrów oraz innych specjalistów zajmujących się stresem, promocją zdrowia, edukacją zdrowotną, profilaktyką czy terapią.	Pozwala określić intensywność poszczególnych objawów w okresie ostatnich siedmiu dni, bez oceny ich częstości. Ograniczone zastosowanie kliniczne. Może służyć do monitorowania zmian w nasileniu objawów. Zastosowanie kliniczne wymaga dużej ostrożności. Nie pozwala na postawienie diagnozy. Metoda oparta na DSM-IV.	Dorośli	Satysfakcjonująca rzetelność. Współczynnik alfa Cronbacha równy 0,92 dla całej skali, 0,89 dla skali Intruzji, 0,85 dla Pobudzenia i 0,78 dla Unikania.

Proces diagnozy PTSD może obejmować badania neuropsychologiczne, w których chorzy ujawniają obniżone wyniki w zakresie funkcji wzrokowo-przestrzennych oraz pamięci werbalnej. Zaburzenia psychiczne towarzyszące PTSD mogą nasilać dysfunkcje poznawcze. Z kolei diagnostyka neuroobrazowa wskazuje na dominację aktywności obszarów podkorowych nad aktywnością korową mózgu [42].

W procesie diagnostyczno-terapeutycznym zaburzeń związanych ze stresem fundament więzi lekarz–pacjent stanowi odpowiednie nastawienie ze strony specjalisty ochrony zdrowia. Kontakt terapeutyczny z ofiarą traumy, mierzącą się z negatywnymi emocjami i konfliktowymi stanami emocjonalnymi, wymaga stworzenia atmosfery pełnej akceptacji, która pozwala na powrót do traumatycznych doświadczeń. Przywołanie dramatycznego wspomnienia jest trudne, również z obawy przed stygmatyzacją i wiktyimizacją ze strony specjalisty. Dlatego niezwykle ważne jest, aby zaakceptować historię pacjenta bez uprzedzeń nawet wtedy, gdy jest to trudne i obciążające [16]. Proces diagnostyczny został przedstawiony na wykresie na str. 695.

Psychologiczna diagnoza różnicowa

Psychologiczna diagnoza różnicowa stresu pourazowego stanowi uzupełnienie diagnozy medycznej w ramach kategorii diagnostycznych ICD-11 i DSM-5. Charakterystyki wskaźników psychologicznych (emocjonalnych, zniekształceń poznawczych i zachowań behawioralnych) w różnych fazach stresu pourazowego nie wykluczają się wzajemnie, a mogą uzupełnić istotnie diagnozę medyczną i mogą mieć duże znaczenie dla kierunków postępowania terapeutycznego.



Legenda do wykresu

	Stan kliniczny
	Punkt decyzyjny wymagający udzielenia odpowiedzi „tak” lub „nie”
	Podjęcie działań w procesie leczenia

Wykres. Ocena i diagnoza zaburzeń stresu pourazowego [43]

Tabela 6. Psychologiczna diagnoza różnicowa i kierunki postępowania terapeutycznego

Faza stresu pourazowego	Wskaźniki psychologiczne	Cel i kierunki postępowania terapeutycznego
<p>Ostry stres pourazowy</p> <p>Faza szoku: stupor, ucieczka lub zaprzeczanie sytuacji – lub wzrost aktywności i swoista walka: podejmowanie walki ze zdarzeniem traumatycznym kosztem pozostałych funkcji fizjologicznych i psychologicznych często prowadzi do stanu wyczerpania organizmu.</p>	<p>Nadmierne emocjonalne napięcie, przerażenie, strach, silny lęk o życie własne i/lub bliskich, reagowanie nieproporcjonalnym lękiem i czujnym snem, nadmierna wrażliwość bądź nadmierna obojętność na pochodzące ze środowiska i z organizmu bodźce.</p> <p>Objawy somatyczne: nadmierne psychofizjologiczne pobudzenie AUN, często obecne ból i cierpienie.</p> <p>Zachowania impulsywne oraz nieufność, podejrzliwość, bezradność, także agresja werbalna w kontaktach interpersonalnych.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Wstępna ocena poziomu zagrożenia życia i aktualnej sytuacji oraz poziomu deprywacji poczucia bezpieczeństwa – głównie wsparcie emocjonalne, instrumentalne, inne we wskazanym kierunku. 2. Konsultacja medyczna (lekarska), farmakoterapia. 3. W dalszej kolejności – konsultacja psychologiczna. <p>Psychoedukacja wobec rodziny i osoby oraz personelu w kierunku podkreślania ważności zasady normalizacji sytuacji kryzysowej (prezentowane emocje, myśli i zachowania danej osoby są jak najbardziej normalne, podobne do tych występujących u innych ludzi w sytuacji silnego stresu i zagrożenia życia).</p>
<p>Stres przewlekły (PTSD)</p>	<p>Diagnoza psychologiczna</p> <ol style="list-style-type: none"> a. doświadczanych emocji (od odrętwienia emocjonalnego, przerażenia do lęku w postaci napadów, stałego niepokoju, depresyjności, apatii, bezsilności itp.); b. zniekształceń poznawczych (szczególnie błędów w postrzeganiu i myśleniu: zawężenie spostrzegania do bodźców związanych ze zdarzeniem traumatycznym, postrzeganie siebie jako bezradnego i bezsilnego, dominuje myślenie lękotwórcze i pesymistyczne w wyjaśnianiu zdarzeń; tzw. dychotomiczne (czarno-białe) myślenie/rozumienie rzeczywistości oraz katastrofizowanie, zaburzenia pamięci, uwagi; c. diagnoza specyfiki zachowania danej osoby (zachowania unikające, agresywne, izolowanie się od innych ludzi bądź zachowania agresywne, nieufność, podejrzliwość wobec innych). 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Konsultacje lekarskie – ocena stanu psychofizycznego i ustalenie kontynuacji farmakoterapii. 2. Psychologiczna interwencja kryzysowa w zależności od potrzeb danej osoby i poziomu jej zaburzeń w zakresie funkcjonowania emocjonalnego, poznawczego i eksponowanych zachowań. Terapia behawioralno-poznawcza w kierunku redukcji objawów i psychologicznych mechanizmów stresu pourazowego. 3. Wsparcie udzielane danej osobie i jej rodzinie w sytuacji kryzysowej w zależności od ich potrzeb. 4. Psychoedukacja wobec rodziny i danej osoby. Nadal zasada normalizacji, zapewnianie poczucia bezpieczeństwa.

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

<p>Złożone zaburzenia pourazowe</p> <p>U podłoża obecne uwarunkowania osobowościowe, takie jak doświadczenie traumy seksualnej lub przemocy fizycznej.</p>	<p>Kliniczna diagnoza psychologiczna w zakresie doświadczanych specyficznych zaburzeń struktury osobowości: specyficznych mechanizmów psychologicznych, emocji oraz zniekształceń poznawczych (szczególnie błędów w myśleniu) oraz diagnoza zachowań autodestruktywnych, nadużywania substancji psychoaktywnych, depresji połączonej z zachowaniami samookaleczającymi ciało (zaburzenia odżywiania, snu, inne somatyczne).</p>	<p>Specjalistyczna pomoc psychologiczna i psychoterapia ukierunkowana na zmiany w zakresie struktury i cech osobowości.</p>
--	---	---

Źródło: opracowanie własne na podstawie [44].

Wzorce nieprzystosowania w PTSD

Osoby dotknięte zespołem stresu pourazowego mogą ujawniać specyficzne wzorce nieprzystosowania, które mogą stanowić dodatkową wskazówkę diagnostyczną. Do wzorców nieprzystosowania zalicza się:

- (1) dotknięcie śmierci;
- (2) winę ocalonego;
- (3) odwrażliwienie;
- (4) wyobcowanie;
- (5) splątanie emocjonalne.

Ad (1) Ekspozycja na traumatyczne doświadczenie załamuje poczucie własnej niezniszczalności, które zostaje zastąpione gniewem i wściekłością skierowaną na własną śmiertelność. Granica między życiem a umieraniem ulega zatarciu. Pojawia się poczucie bycia martwym, czemu towarzyszy poszukiwanie intensywnych wrażeń, co w następstwie może skutkować konfliktami z prawem, otoczeniem i z bliskimi.

Ad (2) Osoby po przebytej traumie doświadczają różnych form poczucia winy związanej m.in. z faktem, że przeżyły, że nie udzieliły dostatecznej pomocy ofiarom, nie były dość odważne lub z poczuciem niezastugiwania na możliwość sygnalizowania własnego cierpienia w sytuacji pozostania przy życiu.

Ad (3) Konsekwencją traumy może być utrata wrażliwości na nieakceptowalne zdarzenia, co skutkuje pozornym spokojem, który podszyty jest nieustającą gotowością do przemocy, a zarazem silnym lękiem. Te opozycyjne stany emocjonalne powodują wrogie, obronne, lękowe i depresyjne reakcje i zmiany nastroju przepełnionego niepokojem.

Ad (4) Doświadczenie traumy izoluje emocjonalnie i pozbawia zaufania do innych ludzi, którzy jawią się jako nierozumiejący i fałszywi. W sytuacji dodatkowego narażenia na wtórną wiktyimizację ze strony służb społecznych lub pracowników ochrony zdrowia dochodzi do pogłębienia wyobcowania i rezygnacji z pomocy i wsparcia społecznego.

Ad (5) Ostatni wzorzec polega na nieumiejętności ponownego ułożenia sobie życia na skutek niezdolności do znalezienia sensu [16].

Pozostałe zaburzenia związane ze stresem

Możliwe diagnozy, jakie wymagają rozważenia u osób po traumatycznych doświadczeniach spowodowanych narażeniem na działania wojenne, przesiedlenie bądź różne formy przemocy, nie ograniczają się do PTSD, choć mogą do niego prowadzić w dłuższej perspektywie czasowej. Zalicza się do nich te przedstawione poniżej.

Zaburzenie związane z przedłużającą się żałobą

Jest to zaburzenie, w którym po śmierci partnera, rodzica, dziecka lub innej osoby bliskiej u osoby pogrążonej w żałobie występuje uporczywa i wszechobecna reakcja żałobna charakteryzująca się tęsknotą za zmarłym lub uporczywym zaabsorbowaniem zmarłym, czemu towarzyszy intensywny ból emocjonalny (np. smutek, poczucie winy, złość, zaprzeczenie, trudności w zaakceptowaniu śmierci, poczucie utraty części siebie, niemożność doświadczania pozytywnego nastroju, emocjonalne odcięcie, trudności w angażowaniu się w aktywność społeczną lub inną). Reakcja żalu utrzymuje się przez nietypowo długi czas po stracie (co najmniej ponad 6 miesięcy) i wyraźnie przekracza oczekiwane normy społeczne, kulturowe lub religijne dla kultury i kontekstu jednostki. Reakcje żałoby, które utrzymują się przez dłuższy czas i mieszczą się w normatywnym okresie żałoby, biorąc pod uwagę kontekst kulturowy i religijny danej osoby, są postrzegane jako normalne reakcje w żałobie i nie są im przypisywane diagnozy. Zaburzenie powoduje znaczne upośledzenie funkcji osobistych, rodzinnych, społecznych, edukacyjnych, zawodowych lub innych ważnych obszarów funkcjonowania.

Zaburzenie adaptacyjne

Jest to nieprzystosowawcza reakcja na możliwy do zidentyfikowania stresor psychospołeczny lub na wiele stresorów (np. rozwód, choroba lub niepełnosprawność, problemy społeczno-ekonomiczne, konflikty w domu lub pracy), która zwykle pojawia się w ciągu miesiąca od wystąpienia stresu. Zaburzenie charakteryzuje się zaabsorbowaniem stresem lub jego konsekwencjami, w tym nadmiernym zamartwianiem się, nawracającymi i niepokojącymi myślami o stresorze lub ciągłym rozmyślaniem o jego skutkach, a także nieprzystosowaniem się do stresora, co powoduje znaczne upośledzenie osobiste, rodzinne, społeczne, edukacyjne, zawodowe lub w innych ważnych obszarach funkcjonowania. Objawy nie są lepiej wyjaśniane przez inne zaburzenie psychiczne (np. zaburzenie nastroju, inne zaburzenie szczególnie związane ze stresem) i zazwyczaj ustępują w ciągu 6 miesięcy, chyba że stresor utrzymuje się przez dłuższy czas.

Reaktywne zaburzenie przywiązania

Zaburzenie to charakteryzuje się rażąco nieprawidłowymi zachowaniami przywiązania we wczesnym dzieciństwie, występującymi w kontekście rażąco nieodpowiedniej opieki nad dzieckiem (np. poważne zaniedbanie, maltretowanie, deprivacja instytucjonalna). Nawet gdy odpowiedni główny opiekun jest od niedawna dostępny, dziecko nie zwraca się do głównego opiekuna po pocieszenie, wsparcie i wychowanie, rzadko przejawia zachowania związane z poszukiwaniem bezpieczeństwa wobec jakiegokolwiek osoby dorosłej i nie reaguje, gdy oferuje się mu pocieszenie.

Zaburzenie odhamowanego zaangażowania społecznego

Zaburzenie to charakteryzuje się rażąco nienormalnymi zachowaniami społecznymi występującymi w kontekście rażąco nieodpowiedniej opieki nad dzieckiem (np. poważne zaniedbanie, deprivacja instytucjonalna). Dziecko podchodzi do dorosłych bezkrytycznie, brakuje mu powściągliwości, oddala się z nieznanymi dorosłymi i wykazuje nadmiernie przyjazne i pełne ufności zachowanie w stosunku do nieznajomych. Podobnie jak w wypadku reaktywnego zaburzenia przywiązania zaburzenie odhamowanego zaangażowania społecznego można zdiagnozować tylko u dzieci, a cechy tego zaburzenia rozwijają się w ciągu pierwszych 5 lat życia. Zaburzenia nie można zdiagnozować przed ukończeniem 1. roku życia (lub wieku rozwojowego poniżej 9 miesięcy), gdy zdolność do selektywnych przywiązań może nie być w pełni rozwinięta lub może występować w kontekście zaburzeń ze spektrum autyzmu [5].

Zalecenia dotyczące dbania o własne zdrowie psychiczne przez specjalistów

Pomoc terapeutyczna osobom zmagającym się z zaburzeniami spowodowanymi traumatycznymi doświadczeniami jest zadaniem trudnym, wymagającym i obciążającym psychicznie. Nawet u doświadczonych lekarzy, psychologów i psychoterapeutów ekspozycja na traumę pacjenta może wzbudzać silne stany emocjonalne w postaci niepokoju, złości, lęku, a nawet przerażenia czy rozpacz. Aby być w stanie pracować z pacjentami z zaburzeniami spowodowanymi stresem traumatycznym, konieczne jest rozwijanie i zwiększanie w sobie tolerancji na cierpienie psychiczne pacjentów. Żeby to zrobić, lekarz musi zaakceptować zasadność leczenia, w którego trakcie chory wraca do wspomnień powodujących u niego cierpienie. I tak jak pacjent, specjalista musi zrozumieć, że bolesne wspomnienia nie mogą ponownie zranić w takim stopniu jak pierwotna trauma, a niepokój nie trwa w nieskończoność.

Ważną formą wsparcia dla specjalistów jest udział w superwizjach, które mogą być prowadzone przez osobę posiadającą eksperckie kwalifikacje do tej roli lub mogą mieć formę koleżeńską [45]. Cele superwizji to stworzenie bezpiecznego miejsca, w którym specjalista: uzyskuje emocjonalne wsparcie, poddaje refleksji własną pracę z pacjentem oraz swoje reakcje i emocje, dokonuje konceptualizacji prowadzonych przypadków oraz planuje dalsze działania w procesie leczenia. Superwizja pozwala na redukcję

lęku, wstydu i niepewności co do własnych kompetencji. Wspomaga profesjonalny i emocjonalny rozwój oraz podnosi kompetencje specjalisty [46].

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) sformułowała wytyczne dotyczące specjalistów ochrony zdrowia służące zabezpieczeniu przed chronicznym stresem. Obejmują one:

- regularne monitorowanie stanu psychicznego,
- dbanie o dobrą jakość komunikacji,
- zachowanie właściwych proporcji między czasem pracy i odpoczynku,
- możliwość swobodnego wyrażania obaw i zadawania pytań,
- wzajemne koleżeńskie wsparcie,
- dostęp do usług zdrowia psychicznego i psychologicznej pierwszej pomocy, zarówno w pracy, jak i poza nią [47].

Podsumowanie

Doświadczenie traumy oraz jej wpływ na stan psychiczny bywają często ukrywane lub bagatelizowane przez pacjentów z powodu specyfiki samego zaburzenia, któremu towarzyszą poczucie wstydu, stany lękowe i depresyjne, zaburzenia pamięci i innych funkcji poznawczych, a często też współwystępujące urazy fizyczne. Z perspektywy klinicznej odpowiednio szybkie i prawidłowe przeprowadzenie postępowania diagnostycznego w zakresie obecności zaburzeń związanych ze stresem traumatycznym jest niezbędne ze względu na wysokie ryzyko wystąpienia następczych zaburzeń psychicznych, a nawet samobójstwa [48]. W przebiegu badania zadaniem klinicysty jest stworzenie bezpiecznych warunków kontaktu. Sama procedura diagnostyczna nie stanowi wtedy zagrożenia, nie wywołuje reakcji alarmowej i modulacji osi podwzgórze–przysadka–nadnercza (HPA) ani zmian w zakresie funkcji psychologicznych, nawet u osób z ciężkim zespołem stresu pourazowego, np. u osób, które przeżyły tortury [49].

Na świecie zalecenia w zakresie diagnozy i leczenia PTSD są okresowo formułowane przez kluczowe opiniotwórcze instytucje, takie jak: Amerykańskie Towarzystwo Psychologiczne (American Psychological Association – APA) [50], Międzynarodowe Towarzystwo Badań nad Traumatycznym Stresem (International Society for Traumatic Stress Studies – ISTSS) [51], National Institute for Health and Care Excellence (NICE) [52], Phoenix Australia Centre for Posttraumatic Mental Health [53] czy amerykański Departament Spraw Weterańskich (U.S. Department of Veterans Affairs) [54]. Poszczególne rekomendacje stanowią bogate zasoby, zróżnicowane pod względem formy oraz kryteriów doboru badań naukowych stanowiących bazę dowodową [55].

Przedstawione w niniejszej publikacji zalecenia opracowane przez ekspercką grupę roboczą mają na celu zwrócenie uwagi klinicystów na znaczenie właściwego różnicowania zaburzeń związanych ze stresem traumatycznym oraz postępowania diagnostycznego opierającego się na wykorzystaniu rzetelnych metod pomiaru, realizowaniu odpowiednich procedur oceny klinicznej oraz budowaniu empatycznego i bezpiecznego środowiska.

Piśmiennictwo

1. Abu Suhaiban H, Grasser LR, Javanbakht A. *Mental health of refugees and torture survivors: A critical review of prevalence, predictors, and integrated care*. Int. J. Environ. Res. Public Health 2019; 16(13): 2309.
2. Javanbakht A, Amirsadri A, Abu Suhaiban H, Alsaud MI, Alobaidi Z, Rawi Z i wsp. *Prevalence of possible mental disorders in Syrian refugees resettling in the United States screened at primary care*. J. Immigr. Minor. Health 2019; 21(3): 664–667.
3. Oakley LD, Kuo WC, Kowalkowski JA, Park W. *Meta-analysis of cultural influences in trauma exposure and PTSD prevalence rates*. J. Transcult. Nurs. 2021; 32(4): 412–424.
4. American Psychological Association. *Clinical practice guideline for the treatment of PTSD*, 2017. <http://dx.doi.org/10.1037/e514052017-001> (dostęp: 1.07.2023).
5. Gałęcki P, Pilecki M, Rymaszewska J, Szulc A, Sidorowicz S, Wciórka J. *Kryteria diagnostyczne zaburzeń psychicznych DSM-5*. Wrocław: Edra Urban & Partner; 2018.
6. Straż Graniczna. Twitter. https://twitter.com/Straż_Graniczna/status/1527891614164729856?ref_src=twsrc%5Etfw%7Ctwcamp%5Etweetembed%7Ctwterm%5E1527891614164729856%7Ctwgr%5E%7Ctwcon%5Es1_&ref_url=https%3A%2F%2F300gospodarka.pl%2Fnews%2Fuchodzcy-z-ukrainy-w-polsce-liczba (dostęp: 21.05.2022).
7. The UN Refugee Agency. *Internally Displaced Persons (IDP)*. <https://www.unhcr.org/ua/en/internally-displaced-persons> (dostęp: 20.05.2022).
8. Shevlin M, Hyland P, Vallières F, Bisson J, Makhshvili N, Javakhishvili J i wsp. *A comparison of DSM-5 and ICD-11 PTSD prevalence, comorbidity and disability: An analysis of the Ukrainian internally displaced person's mental health survey*. Acta Psychiatr. Scand. 2017; 137(2): 138–147.
9. Roberts B, Makhshvili N, Javakhishvili J, Karachevskyy A, Kharchenko N, Shpiker M i wsp. *Mental health care utilisation among internally displaced persons in Ukraine: Results from a nation-wide survey*. Epidemiol. Psychiatr. Sci. 2019; 28(1): 100–111.
10. American Psychological Association. *Dictionary of Psychology APA*. <https://dictionary.apa.org/stress>, <https://dictionary.apa.org/trauma> (dostęp: 19.05.2022).
11. Gałęcki P. *Badanie stanu psychicznego. Rozpoznanie według ICD-11*. Wrocław: Edra Urban & Partner; 2022.
12. NHS. *Treatment – Post-traumatic stress disorder*. <https://www.nhs.uk/mental-health/conditions/post-traumatic-stress-disorder-ptsd/treatment/> (dostęp: 19.05.2022).
13. Nugent NR, Saunders BE, Williams LM, Hanson R, Smith DW, Fitzgerald MM. *Posttraumatic stress symptom trajectories in children living in families reported for family violence*. Journal of Traumatic Stress 2009; 22(50): 460–466.
14. Orcutt HK, Erickson DJ, Wolfe J. *The course of PTSD symptoms among Gulf War veterans: A growth mixture modeling approach*. J. Trauma. Stress 2004; 17(3): 195–202.
15. Rzeszutek M, Lis-Turlejska M, Palich H, Szumiał S. *Polska adaptacja narzędzia pomiaru ekspozycji na traumatyczne zdarzenia według definicji DSM-5: Life Events Checklist for DSM-5 (LEC-5)*. Psychiatr. Pol. 2018; 52(3): 499–510.
16. James RK, Gilliland BE. *Strategie interwencji kryzysowej*. Warszawa: Wydawnictwo Edukacyjne PARPAMEDIA; 2008.
17. Kosydar-Bochenek J, Lewandowski B, Ozga D, Woźniak K. *Przegląd narzędzi diagnostycznych i metod pomiaru zespołu stresu pourazowego (Posttraumatic Stress Disorder, PTSD) z możliwością wykorzystania wśród ratowników medycznych*. Pielegniarstwo XXI wieku 2016; 15(2): 45–49.

18. First MB, Gibbon M, Spitzer RL, Williams JBW. *Ustrukturalizowany Wywiad Kliniczny do Badania Zaburzeń Psychicznych z Osi I DSM-IV-TR (SCID-I)*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych; 2010.
19. Zawadzki B, Popiel A, Cyniak-Cieciura M, Jakubowska B, Pragłowska E. *Diagnoza pourazowego zaburzenia stresowego (PTSD) za pomocą ustrukturalizowanego wywiadu klinicznego SCID-I [Diagnosis of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) by the Structured Clinical Interview SCID-I]*. *Psychiatr. Pol.* 2015; 49(1): 159–169.
20. Foa EB, McLean CP, Zang Y, Zhong J, Rauch S, Porter K i wsp. *Psychometric properties of the Posttraumatic Stress Disorder Symptom Scale Interview for DSM-5 (PSSI-5)*. *Psychol. Assess.* 2016; 28(10): 1159–1165.
21. Weathers FW, Blake DD, Schnurr PP, Kaloupek DG, Marx BP, Keane TM. *The Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 (CAPS-5)*. 2013. www.ptsd.va.gov (dostęp: 1.07.2023).
22. Compton WM, Cottler LB. *The Diagnostic Interview Schedule (DIS)*. W: Hilsenroth MJ, Segal DL. red. *Comprehensive handbook of psychological assessment, t. 2: Personality assessment*. New York: John Wiley & Sons, Inc.; 2004. S. 153–162.
23. Bidaut-Russell M, Reich W, Cottler LB, Robins LN, Compton WM, Mattison RE. *The Diagnostic Interview Schedule for Children (PC-DISC v.3.0): Parents and adolescents suggest reasons for expecting discrepant answers*. *J. Abnorm. Child Psychol.* 1995; 23(5): 641–659.
24. Koniarek J, Dudek B, Szymczak M. *Kwestionariusz do pomiaru zespołu zaburzeń po stresie urazowym (K-PTSD) – zastosowanie PTSD-Interview Ch. Watsona i jego współpracowników w badaniach grupowych*. *Przeгляд Psychologiczny* 2000; 43(2): 205–215.
25. Makara-Studzińska M, Partyka I, Ziemecki P. *Zespół stresu pourazowego – rys historyczny, terminologia, metody pomiaru*. *Curr. Probl. Psychiatry* 2012; 13(2): 109–114.
26. Orsillo SM. *Measures for acute stress disorder and posttraumatic stress disorder*. W: Antony MM, Orsillo SM. red. *Practitioner's guide to empirically based measures of anxiety*. New York: KluwerAcademic/Plenum; 2001. S. 255–307.
27. Ogińska-Bulik N, Juczyński Z, Lis-Turlejska M, Merecz-Kot D. *Polska adaptacja PTSD Check List for DSM-5 – PCL-5. Doniesienie wstępne*. *Przeгляд Psychologiczny* 2018; 61(2): 281–285.
28. Blevins CA, Weathers FW, Davis MT, Witte TK, Domino JL. *The Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): Development and initial psychometric evaluation*. *J. Trauma. Stress* 2015; 28(6): 489–498.
29. Wortmann JH, Jordan AH, Weathers FW, Resick PA, Dondanville KA, Hall-Clark B i wsp. *Psychometric analysis of the PTSD Checklist-5 (PCL-5) among treatment-seeking military service members*. *Psychol. Assess.* 2016; 28(11): 1392–1403.
30. Lis-Turlejska M, Łuszczynska-Cieślak A. *Adaptacja cywilnej wersji kwestionariusza zespołu stresu pourazowego: Mississippi PTSD Scale*. *Czas. Psychol.* 2002; 7(2): 165–173.
31. Strelau J, Zawadzki B, Oniszczenko W, Sobolewski A. *Kwestionariusz PTSD – wersja czynnikowa (PTSD-C): konstrukcja narzędzia do diagnozy głównych wymiarów zespołu stresu pourazowego*. *Przeгляд Psychologiczny* 2002; 45(2): 149–176.
32. Oniszczenko W. *Original article association between the temperament postulated in the regulative theory of temperament and post-traumatic stress disorder symptoms in different groups of victims*. *Neuropsychiatr. Neuropsychol.* 2010; 5(1): 10–17.
33. Zawadzki B, Strelau J, Bieniek A, Sobolewski A, Oniszczenko W. *Kwestionariusz PTSD – wersja kliniczna (PTSD-K): konstrukcja narzędzia do diagnozy zespołu stresu pourazowego*. *Przeгляд Psychologiczny* 2002; 45(3): 289–315.

34. Roorda D, Steeg van der AFW, Dijk van M, Derikx JPM, Gorter RR, Rotteveel J i wsp. *Emma Children's Hospital Amsterdam UMC Follow-Me Program Consortium. Distress and post-traumatic stress in parents of patients with congenital gastrointestinal malformations: A cross-sectional cohort study*. Orphanet J. Rare Dis. 2022; 17(1): 353.
35. Sijbrandij M, Reitsma JB, Roberts NP, Engelhard IM, Olff M, Sonneveld LP i wsp. *Self-report screening instruments for post-traumatic stress disorder (PTSD) in survivors of traumatic experiences*. Cochrane Database Syst. Rev. 2013; 6: CD010575.
36. Davidson JR, Book SW, Colket JT, Tupler LA, Roth S, David D i wsp. *Assessment of a new self-rating scale for post-traumatic stress disorder*. Psychol. Med. 1997; 27(1): 153–160.
37. Meltzer-Brody S, Churchill E, Davidson JR. *Derivation of the SPAN, a brief diagnostic screening test for post-traumatic stress disorder*. Psychiatry Res. 1999; 88(1): 63–70.
38. Holiczer A, Gałuszko M, Cubała WJ. *Zaburzenie stresowe pourazowe – opis ewolucji koncepcji zaburzenia i podejść terapeutycznych*. Psychiatria 2007; 4(1): 25–32.
39. Juczyński Z, Ogińska-Bulik N. *Pomiar zaburzeń po stresie traumatycznym – polska wersja Zrewidowanej Skali Wpływu Zdarzeń*. Psychiatria 2009; 6(1): 15–25.
40. Creamer M, Bell R, Failla S. *Psychometric properties of the Impact of Event Scale-Revised*. Behav. Res. Ther. 2003; 41(12): 1489–1496.
41. Weiss DS. *The impact of Event Scale: Revised*. W: Wilson JP, Tang CS. red. *Cross-cultural assessment of psychological trauma and PTSD*. New York: Springer; 2007. S. 219–238.
42. Ogińska-Bulik N. *Psychologiczne następstwa doświadczeń traumatycznych*. W: Cierpiąłkowska L, Sęk H. red. *Psychologia kliniczna*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2016. S. 365–381.
43. Department of Veterans Affairs, Department of Defense. *VA/DOD Clinical Practice Guideline for the Management of Posttraumatic Stress Disorder and Acute Stress Disorder. Clinical Summary*. 2017. <https://healthquality.va.gov/HEALTHQUALITY/guidelines/MH/ptsd/VADoDPTSDCPGPocketCardFinal508-082918b.pdf> (dostęp: 1.07.2023).
44. Izydorczyk B. *Aspekty psychologiczne w stanach zagrożenia życia*. W: Sosada K. red. *Ostre stany zagrożenia życia w chorobach wewnętrznych*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2016. S. 539–555.
45. Foa E, Hembree EA, Rothbaum BO, Rauch S. *Prolonged exposure therapy for PTSD: Emotional processing of traumatic experiences – Therapist guide (2nd ed.)*. USA: Oxford University Press; 2019.
46. Watkins Jr. EC. *How does psychotherapy supervision work? Contributions of connection, conception, allegiance, alignment, and action*. J. Psychother. Integr. 2017; 27(2): 201–217.
47. Saladino V, Auriemma V, Campinoti V. *Healthcare professionals, post-traumatic stress disorder, and COVID-19: A review of the literature*. Front. Psychiatry 2022; 12: 795221.
48. Auxéméry Y. *Post-traumatic psychiatric disorders: PTSD is not the only diagnosis*. Presse Med. 2018; 47(5): 423–430.
49. Kolassa IT, Eckart C, Ruf M, Neuner F, Quervain de DJ, Elbert T. *Lack of cortisol response in patients with posttraumatic stress disorder (PTSD) undergoing a diagnostic interview*. BMC Psychiatry 2007; 4(7): 54.
50. American Psychological Association. *Clinical practice guideline for the treatment of posttraumatic stress disorder (PTSD) in adults*. Washington, DC: APA; 2017.
51. International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS). *ISTSS PTSD prevention and treatment guidelines: Methodology and recommendations*. 2018. <http://www.istss.org/getattachment/>

- Treating-Trauma/New-ISTSS-Prevention-and-Treatment-Guidelines/ISTSS_PreventionTreatmentGuidelines_FNL-March-19-2019.pdf.aspx (dostęp: 1.07.2023).
52. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). *Guide-line for post-traumatic stress disorder*. London: National Institute for Health and Clinical Practice; 2018.
 53. 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.
 54. Hamblen JL, Norman SB, Sonis JH, Phelps AJ, Bisson JI, Nunes VD i wsp. *A guide to guidelines for the treatment of posttraumatic stress disorder in adults: An update*. Psychotherapy (Chic.) 2019; 56(3): 359–373.
 55. *VA/DOD Clinical Practice Guideline for the Management of Posttraumatic Stress Disorder and Acute Stress Disorder: Clinician Summary*. Focus (Am. Psychiatr. Publ.) 2018; 16(4): 430–448.

Adres: Tytus Koweszko
Klinika Psychiatryczna
Wydział Nauk o Zdrowiu
Warszawski Uniwersytet Medyczny
e-mail: koweszko@gmail.com

Otrzymano: 7.08.2022
Zrecenzowano: 24.11.2022
Otrzymano po poprawie: 20.12.2022
Przyjęto do druku: 21.12.2022