

## **Stanowisko grupy roboczej dotyczące terapii zaburzeń związanych ze stresem pourazowym u osób dorosłych**

### **The position statement of the working group on the treatment of post-traumatic stress disorders in adults**

Tytus Koweszko<sup>1</sup>, Bogdan de Barbaro<sup>2</sup>, Bernadetta Izydorczyk<sup>3</sup>,  
Agnieszka Mastalerz-Migas<sup>4</sup>, Jerzy Samochowiec<sup>5</sup>, Agata Szulc<sup>1</sup>,  
Adrianna Kowalska<sup>6</sup>, Katarzyna Wachowska<sup>6</sup>, Piotr Gałęcki<sup>6</sup>

<sup>1</sup> Klinika Psychiatryczna Wydziału Nauk o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny

<sup>2</sup> Fundacja Rozwoju Terapii Rodzin NA SZLAKU, Kraków

<sup>3</sup> Instytut Psychologii, Wydział Filozoficzny, Uniwersytet Jagielloński w Krakowie

<sup>4</sup> Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

<sup>5</sup> Klinika Psychiatrii, Wydział Nauk o Zdrowiu, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

<sup>6</sup> Klinika Psychiatrii Dorosłych, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

#### **Summary**

Post-traumatic stress disorder (PTSD) is a mental distress that occurs after participation in traumatic events such as the experience of natural disaster, car accident, terrorist attack or armed conflict, being a victim of sexual assault, tortured, physically abused, traumatized or being in any other life-threatening situation. The trauma victim does not always have to be directly threatened with physical harm. The disorder may develop also as a result of an acute reaction to stress caused by participation in situation in which another person suffers so unimaginable that the further normal life of a witness becomes impossible. Patients are often convinced that they lose previous ability to exist irretrievably. Globally, PTSD is an increasingly recognized disorder. It can be predicted that in Europe, due to the ongoing war in Ukraine and the migration crisis, the frequency of severe disorders related to traumatic stress will systematically increase. In recent years, there has been a significant progress in knowledge and the development of methods for counteracting PTSD. The empirically confirmed forms of treatment include psychotherapeutic and pharmacotherapeutic interactions. The proposed recommendations were developed by a team of experts in the field of psychiatry, clinical psychology, psychotherapy, and primary care to present guidelines for therapeutic procedures in medical and psychological practice. The position statement of the working group was developed in line with evidence-based practice in a three-stage procedure including: literature review, the issue discussion and development of the unified expert position.

**Słowa kluczowe:** zespół stresu pourazowego, rekomendacje terapeutyczne, terapia stresu pourazowego

**Key words:** post-traumatic stress disorder, clinical recommendations, post-traumatic stress therapy

## Wstęp

Termin „zespół stresu pourazowego” (PTSD) został sformułowany po raz pierwszy po wojnie wietnamskiej i stał się powszechnie stosowany w 1980 roku, gdy został umieszczony w trzecim wydaniu *Diagnostycznego i statystycznego podręcznika zaburzeń psychicznych DSM-3 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM)* wydanego przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne [1]. Szereg opisów lekarskich dotyczących objawów u ofiar wcześniejszych konfliktów wojennych ukazuje jednak, że zjawisko to towarzyszy człowiekowi już od czasów starożytnych. Ważnego wkładu w zrozumienie tego zaburzenia dokonał amerykański kardiolog Jacob Mendes Da Costa, który w czasie wojny secesyjnej sformułował termin „żołnierskie serce”. Ze względu na swoją specjalizację koncentrował się na somatycznych objawach przedłużonej reakcji stresowej [2]. Zespół Da Costy obejmował kłujący ból w klatce piersiowej, niepokój, zmęczenie, palpację serca, duszność, zawroty głowy, hiperwentylację oraz parastezje kończyn [3]. Z kolei w trakcie wojny siedmioletniej austriacki lekarz Josef Auenbrugger udokumentował objawy w postaci nadmiernego fizycznego wyczerpania, złości, drażliwości, niepokoju i depresji. Zespół nazwał nostalgiją w związku z towarzyszącą mu tęsknotą za miejscem pochodzenia, która wywoływała trwałą zmianę osobowości [4]. W czasie I wojny światowej żołnierzy leczono z powodu nerwicy frontowej (*shell shock*), która obejmowała fizyczne i psychiczne dolegliwości pojawiające się wskutek udziału w działaniach militarnych, takich jak ostrzał artyleryjski lub bombardowanie [5, 6]. Podczas II wojny światowej zaś obserwowano konsekwencje przewlekłego stresu, tortur, głodu i psychicznego cierpienia u więźniów obozów koncentracyjnych, u których w późniejszych latach rozpoznawano syndrom poobozowy, pod względem specyfiki objawów somatycznych i psychicznych bliski współczesnemu rozumieniu PTSD [7]. Ten zespół objawów lęku i depresji, któremu towarzyszyły trwałe zmiany osobowości ze współwystępującymi trudnościami w funkcjonowaniu, był badany i opisywany przez Antoniego Kępińskiego – nadał mu on nazwę syndromu KZ [8]. Kilkadziesiąt lat później wyniki badań jego zespołu zostały wykorzystane przy opracowywaniu koncepcji zespołu stresu pourazowego [9]. Etapowy rozwój rozumienia następstw traum oraz wieloletnie obserwacje i próby leczenia ofiar przyczyniły się do ewolucji metod diagnozy i terapii.

Zespół stresu pourazowego może wystąpić nie tylko u uczestników działań wojennych, lecz u każdego bez względu na pochodzenie etniczne, narodowość, kulturę czy wiek. PTSD to zaburzenie psychiczne występujące po traumatycznym wydarzeniu, takim jak doświadczenie klęski żywiołowej, udział w wypadku, zamach terrorystyczny lub konflikt zbrojny, bycie ofiarą gwałtu, tortur lub przemocy fizycznej, doznanie urazu lub znalezienie się w innej sytuacji niosącej wysokie ryzyko utraty życia. Ofiara traumy nie zawsze musi być w pozycji osoby bezpośrednio zagrożonej fizyczną krzywdą.

Zaburzenie może rozwinąć się także na skutek ostrej reakcji na stres spowodowanej udziałem w sytuacji, w której to inny człowiek doznaje cierpienia na tyle niewyobrażalnego, że dalsze normalne życie świadka staje się niemożliwe. W przebiegu PTSD charakterystyczne objawy to m.in. bezsensowność, nawracające traumatyczne wspomnienia (retrospekcje), niska samoocena, wyobcowanie, unikanie sytuacji kojarzonych z traumą oraz intensywne nasilenie negatywnych emocji. Chorzy często są przekonani, że bezpowrotnie utracili zdolność do prowadzenia wcześniejszej egzystencji [10, 11].

Zespół stresu pourazowego to poważne zaburzenie psychiczne, które często stanowi wyzwanie terapeutyczne dla specjalistów ochrony zdrowia. Jednak skuteczne leczenie i powrót do zdrowia są możliwe przez zastosowanie odpowiednich oddziaływań psychoterapeutycznych i farmakologicznych [12].

## Metodologia

Grupa robocza została powołana z inicjatywy konsultanta krajowego w dziedzinie psychiatrii prof. Piotra Gałęckiego oraz konsultant krajowej w dziedzinie psychologii klinicznej prof. Bernadetty Izydorczyk. Zespół składał się z konsultantów krajowych w dziedzinie psychiatrii, psychologii klinicznej i medycyny rodzinnej oraz powołanych przez nich specjalistów z zakresu zdrowia psychicznego z wieloletnim doświadczeniem klinicznym. Stanowisko grupy roboczej zostało opracowane przez grupę ekspertów w ramach trzyletniego postępowania obejmującego: przegląd wybranej literatury przedmiotu, dyskusję dotyczącą zagadnienia oraz wypracowanie wspólnego stanowiska eksperckiego. Analiza piśmiennictwa została przeprowadzona na podstawie elektronicznych baz danych: PubMed/MEDLINE, Embase, Web of Science, EBSCO, a także wytycznych krajowych i międzynarodowych instytucji opiniotwórczych, charakterystyki produktów leczniczych oraz wybranych publikacji bądź materiałów własnych dostarczonych przez uczestników grupy roboczej. Przy wyszukiwaniu źródeł – ograniczonym do badań w języku angielskim i polskim z ostatnich 20 lat (2003–2023) – użyto następujących słów kluczowych: „zespół stresu pourazowego”, „psychoterapia”, „farmakoterapia” oraz „stres traumatyczny” (wpisywano pojedyncze słowa kluczowe i ich kombinacje, używając operatorów AND, OR lub obu).

Spotkania grupy roboczej miały formę 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 część II publikacji dotyczy postępowania terapeutycznego.

## Zespół stresu pourazowego w klasyfikacjach ICD-11 i DSM-5

Według ICD-11 zespół stresu pourazowego charakteryzuje się:

- (1) ponownym przeżywaniem traumatycznego wydarzenia w formie żywych, natrętnych wspomnień, retrospekcji lub koszmarów sennych;

- (2) unikaniem myśli, wspomnień, czynności lub osób związanych z wydarzeniem lub przypominających o nim;
- (3) uporczywym poczuciem zagrożenia w postaci wzmożonej czujności.

Powyższe objawy utrzymują się przez co najmniej kilka tygodni i powodują znaczne pogorszenie sprawności w zakresie realizowania głównych zadań życiowych (osobistych, rodzinnych, społecznych, edukacyjnych, zawodowych) [13].

DSM-5 wyróżnia cztery główne zakresy objawowe:

- (1) nawracające, natrętne wspomnienia zdarzenia traumatycznego;
- (2) unikanie bodźców związanych z traumą;
- (3) negatywne zmiany w zakresie zdolności poznawczych i zmian nastroju związane z traumatycznym wydarzeniem i/lub odrętwienie;
- (4) zwiększone pobudzenie i reaktywność przejawiające się zwiększoną wrażliwością na potencjalne zagrożenie [14].

Klasyfikacja uwzględnia ponadto podtyp dysocjacyjny, który występuje u 12–30% osób ze zdiagnozowanym PTSD [15, 16].

### **Wytyczne dotyczące leczenia PTSD na świecie**

W ostatnich latach w wielu krajach sformułowane zostały wytyczne postępowania diagnostyczno-terapeutycznego dotyczące zespołu stresu pourazowego. Piśmiennictwo obejmuje rekomendacje przygotowane m.in. przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (American Psychiatric Association – APA) [17], Amerykańskie Towarzystwo Psychologiczne (American Psychological Association – APA) [14], Australijskie Centrum Zdrowia Psychicznego będące częścią Narodowej Rady ds. Zdrowia i Badań Medycznych (National Health and Medical Research Council – NHMRC) [18, 19], Międzynarodowe Towarzystwo Badań nad Stresem Traumatycznym (International Society for Traumatic Stress Studies – ISTSS) [20], amerykańską Narodową Akademię Medyczną (National Academy of Medicine – NAM, znana jako Institute of Medicine – IoM) [21], brytyjski Narodowy Instytut Zdrowia i Doskonałości Klinicznej (National Institute for Health and Care Excellence – NICE) [22], amerykański Departament do spraw Weteranów i Departament Obrony (Veteran Affairs, Department of Defense – VA/DoD) [10] oraz Światową Organizację Zdrowia (World Health Organization – WHO) [23]. Zalecenia zostały przygotowane zgodnie z wiedzą opartą na dowodach w odniesieniu do psychologicznych i farmakologicznych form terapii traumy. Wszystkie raporty, poza IoM, potwierdzają korzyści leczenia farmakologicznego [14, 24].

### **Postępowanie terapeutyczne**

Leczenie zespołu stresu pourazowego pozwala ofierze traumy odzyskać poczucie kontroli nad własnym życiem. Leczeniem pierwszego rzutu jest psychoterapia, choć czasami wymagane jest także włączenie oddziaływań farmakologicznych, zwłaszcza

w celu złagodzenia objawów. Etapowe postępowanie terapeutyczne, przedstawione w formie drzewka decyzyjnego, zostało zilustrowane na wykresie zamieszczonym na str. 710 [10].

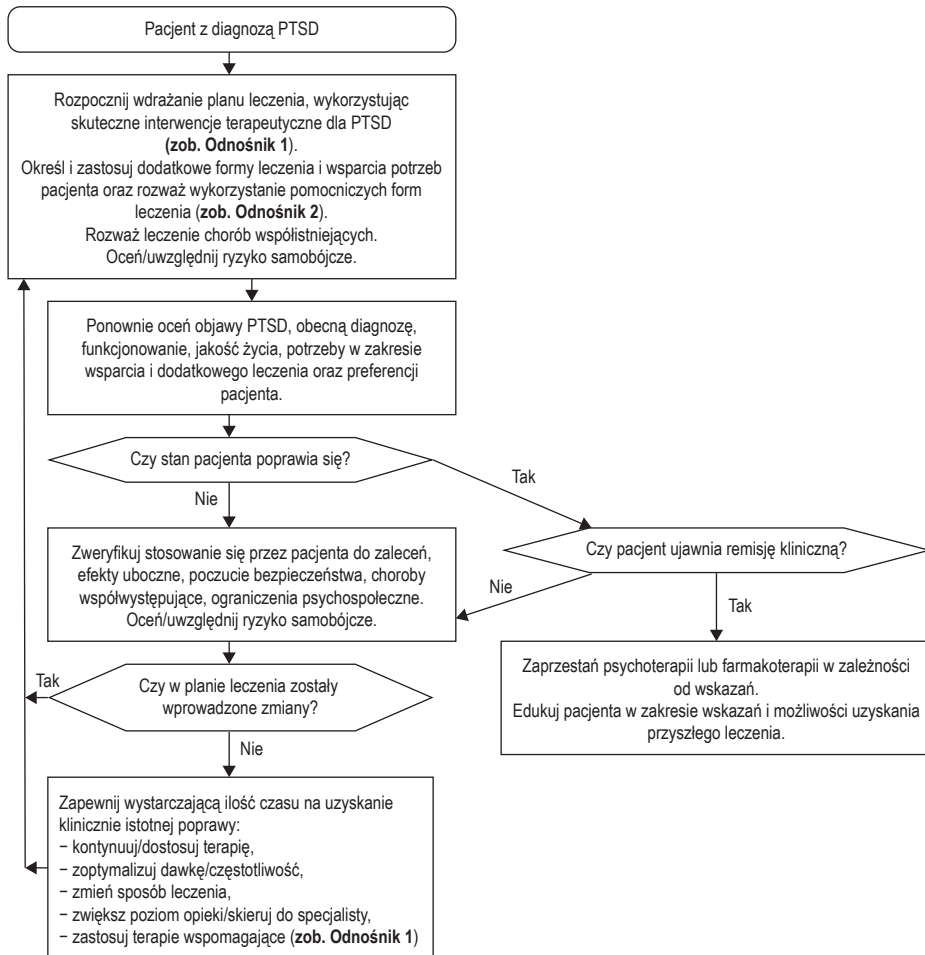
Wbrew dotychczasowym praktykom specjalistyczna pomoc osobom narażonym na ekspozycję na stres traumatyczny jest niewskazana na początkowym etapie i powinna ograniczać się do udzielenia prostego, życzliwego wsparcia oraz zapewnienia poczucia bezpieczeństwa w wymiarze fizycznym i psychicznym. Często nie wymaga to udziału profesjonalistów i wsparcie może zostać udzielone np. przez wolontariuszy bez przygotowania w zakresie zdrowia psychicznego. Oddziaływania lecznicze są wymagane dopiero na dalszym etapie, oczywiście w zależności od potrzeb i wskazań. Obraz kliniczny zaburzeń związanych ze stresem traumatycznym może być bardzo różny i obejmować stany od dysregulacji emocjonalnej i wzmożonej reaktywności aż po emocjonalne wycofanie w postaci odrętwienia, aleksytymii i dysocjacji. Możliwe są też stany zamienne [11, 25].

Ważnym aspektem postępowania terapeutycznego w leczeniu PTSD jest monitorowanie zagrożenia samobójczego [26]. Liczne badania potwierdzają, że PTSD stanowi istotny czynnik ryzyka występowania myśli i zachowań samobójczych oraz zwiększa u dotkniętych nim osób ryzyko śmierci w porównaniu z osobami, które doświadczyły traumy, lecz nie rozwinął się u nich zespół stresu pourazowego. Warto podkreślić, że PTSD stanowi jedno z niewielu zaburzeń psychicznych odróżniających osoby, które próbują popełnić samobójstwo, od osób myślących o odebraniu sobie życia [27]. Według metaanalizy May i Klonsky'ego [28] PTSD występuje istotnie częściej u osób, które podjęły próbę samobójczą, niż u tych, które miały jedynie myśli samobójcze. Użytecznym narzędziem służącym do oceny ryzyka samobójczego w postępowaniu terapeutycznym jest *Skala oceny skłonności samobójczych* opracowana na Uniwersytecie Columbia (*Columbia-Suicide Severity Rating Scale – C-SSRS*). Narzędzie zostało przetłumaczone na ponad 140 języków i zapewnia jednostkom oraz instytucjom możliwość odbycia wirtualnego bezpłatnego szkolenia certyfikacyjnego w ponad 20 językach. Do stosowania C-SSRS nie są wymagane doświadczenie ani wiedza na temat zaburzeń psychicznych [29, 30].

Zasady postępowania terapeutycznego w leczeniu zespołu stresu pourazowego zostały przedstawione na poniższym wykresie.

## Psychoterapia

Psychoterapia PTSD jest nastawiona na: redukcję ciężkości objawów, zmniejszenie szywności poznawczej, poprawę radzenia sobie z doświadczeniem traumy, redukcję współzapaadalności, minimalizowanie wtórnej niesprawności, przywrócenie stabilnej samooceny oraz poprawę jakości życia [31]. Pacjenci mogą uzyskać emocjonalną ulgę przez eliminację niepokoju powodującego napięcie, lęk i przygnębienie. Uczą się radzić sobie z trudnymi uczuciami będącymi konsekwencją traumy, takimi jak poczucie rozczarowania, żalu oraz frustracja wynikająca z problemów rodzinnych i zawodowych. Praca terapeutyczna pozwala na odzyskanie radości życia i poprawę funkcjonowania w relacjach interpersonalnych i społecznych.

**Odknośnik 1. Zainicjowanie leczenia**

1. Skieruj pacjenta na indywidualną psychoterapię traumy dostosowaną do jego potrzeb.
2. Jeśli indywidualna psychoterapia traumy nie jest dostępna lub nie jest preferowana przez pacjenta, rozpocznij farmakoterapię lub psychoterapię, która nie jest nastawiona na pracę nad traumą.
3. Jeśli opcje 1 i 2 są niemożliwe do zrealizowania lub okazały się nieskuteczne, zaproponuj inne formy psychoterapii lub farmakoterapii.

**Odknośnik 2. Dodatkowe leczenie oraz wspieranie potrzeb**

- Rozważ leczenie chorób współwystępujących.
- Rozważ leczenie objawowe (np. snu, bólu).
- Zachęcaj do korzystania ze wsparcia społecznego.

Legenda do wykresu

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

Wykres. Postępowanie terapeutyczne w zespole stresu pourazowego [10]

Dominującym paradygmatem psychoterapeutycznym wykorzystywanym w leczeniu PTSD są różne odmiany terapii poznawczo-behawioralnych. Celem jest zmiana wzorców myślenia i przeżywania emocjonalnego. Psychoterapia opiera się na rozmowie o traumie lub koncentracji na źródle doświadczanych lęków. Formy pomocy psychologicznej obejmują nie tylko terapię indywidualną, ale także grupową oraz rodzinną [14, 32, 33].

### **Silne zalecenie dotyczące korzystania z interwencji w postaci psychoterapii**

#### Terapia poznawczo-behawioralna (CBT)

Terapia poznawczo-behawioralna (CBT) koncentruje się na wzajemnych zależnościach procesów poznawczych, emocjonalnych i behawioralnych. Obejmuje zazwyczaj 12–16 sesji w formie indywidualnej lub grupowej. Stosowane techniki terapeutyczne służą zmniejszeniu nasilenia objawów i poprawie funkcjonowania. W procesie terapii pacjenci są zachęceni do przekształcania posiadanych wzorców myślenia i założeń w celu identyfikacji tych dysfunkcyjnych, prowadzących do negatywnych przekonań i przewidywania zagrożeń. Ma to na celu ponowną konceptualizację poznawczą znaczenia traumatycznego doświadczenia, sposobu postrzegania samego siebie i własnej zdolności radzenia sobie z przeciwnościami [34, 35].

#### Terapia przetwarzania poznawczego (CPT)

Terapia przetwarzania poznawczego (CPT) służy redukcji objawów PTSD. Zazwyczaj obejmuje 12 sesji i może mieć formę indywidualną lub grupową. Pozwala pacjentowi nauczyć się sposobów kwestionowania i modyfikowania nieadaptacyjnych przekonań związanych z traumą. Ponowna konceptualizacja traumatycznego doświadczenia ma pozwolić, aby negatywne skutki traumy nie wpływały szkodliwie na życie pacjenta. Terapia obejmuje psychoedukację w kwestii PTSD oraz funkcjonowania poznawczego i emocjonalnego. Pacjenci stają się bardziej świadomi związku myśli i emocji oraz identyfikują myśli automatyczne, które wzmacniają występowanie objawów PTSD. Na dalszym etapie pacjent opisuje swoje najtrudniejsze doświadczenia traumatyczne i przelamuje wzorec unikania myśli i uczuć związanych z traumą. Na ostatnim etapie pacjent wykorzystuje uzyskane kompetencje do oceny i modyfikowania przekonań na temat traumatycznego wydarzenia. Działania te mają umożliwić pacjentowi wykorzystywanie adaptacyjnych strategii radzenia sobie w codziennym życiu [36].

#### Terapia poznawcza

Terapia poznawcza koncentruje się na modyfikacji pesymistycznych ocen i wspomnień dotyczących traumy, co ma na celu zidentyfikowanie i przerwanie wzorca zachowań i myśli zakłócających codzienne funkcjonowanie pacjenta. Sesje odbywają się raz w tygodniu przez kolejne trzy miesiące w formie indywidualnej lub grupowej. Na pierwszym etapie leczenia pacjent uzyskuje pomoc w zrozumieniu znaczenia

traumatycznych wspomnień oraz wpływu pesymistycznej oceny tych doświadczeń na wzmożone poczucie zagrożenia. Nowa perspektywa jest następnie integrowana z pamięcią traumatyczną. W końcowym etapie terapii pacjent rezygnuje z nieadaptacyjnych strategii radzenia sobie z traumą, które pomimo doraźnej użyteczności sprzyjają utrzymywaniu się objawów. Pozwala to na wypracowanie nowych strategii i przewyciężenie doświadczanych trudności [37, 38].

### Przedłużona ekspozycja (PE)

Przedłużona ekspozycja (PE) jest strategią interwencyjną służącą do przewyciężenia lęku. Unikanie przez pacjentów z PTSD wszystkiego, co przypomina im o traumie, wzmacnia lęk i niepokój. Terapia pozwala zrozumieć, że wspomnienia i stany emocjonalne związane z traumą nie stanowią realnego zagrożenia i nie należy ich unikać. Ten rodzaj terapii odbywa się w ramach cotygodniowych sesji indywidualnych i trwa przeważnie trzy miesiące. Terapeuta prowadzi psychoedukację pacjenta i uczy go technik oddechowych służących radzeniu sobie z lękiem. W bezpiecznych warunkach relacji terapeutycznej przeprowadzana jest ekspozycja zarówno w formie wyobraźniowej w trakcie sesji terapeutycznych, jak i na zasadzie *in vivo*, gdzie w ramach zadania domowego pacjent konfrontuje się z bodźcami lękowymi poza terapią. Pacjent jest wspierany przez terapeutę w stawianiu sobie wyzwań i stopniowym przewyciężaniu emocji pojawiających się w czasie konfrontacji z bodźcami lękowymi [39, 40].

### Warunkowo rekomendowane formy psychoterapii

Zgodnie z dostępną wiedzą przedstawione poniżej formy terapii mogą prowadzić do poprawy stanu zdrowia psychicznego i redukcji objawów PTSD, jednak dowody nie są tak silne jak w wypadku wcześniej wymienionych [41].

### Krótką psychoterapia eklektyczna (BEP)

Krótką psychoterapia eklektyczna (BEP) łączy elementy terapii poznawczo-behawioralnej i psychodynamicznej. Praca terapeutyczna skupia się wokół wstydu i poczucia winy i opiera się na relacji terapeutycznej pacjenta i terapeuty. Leczenie obejmuje 16 cotygodniowych sesji indywidualnych. Każda z sesji ma określony cel. Ten rodzaj terapii jest skierowany do osób, które doświadczyły pojedynczej traumy. Na początkowym etapie podczas sesji omawiane jest traumatyczne doświadczenie, tak jakby działo się w teraźniejszości. Pacjent jest uczony technik relaksacyjnych służących opanowaniu trudnych emocji. Dalsze etapy pracy terapeutycznej pozwalają na przeniesienie doświadczenia traumatycznego do przeszłości, aby nie wpływało na bieżące życie pacjenta [42, 43].



### Terapia odwracania i przetwarzania za pomocą ruchu gałek ocznych (EMDR)

Jest to ustrukturyzowana, indywidualna forma terapii obejmująca zazwyczaj od sześciu do dwunastu sesji – mogą się one odbywać raz albo dwa razy w tygodniu, także w kolejne dni. W ramach terapii pacjent przywołuje z pamięci traumatyczne doświadczenie, jednocześnie doświadczając bilateralnej stymulacji spowodowanej ruchem gałek ocznych, co zmniejsza intensywność i wyrazistość emocji związanych z traumą [44–46].

### Ekspozycyjna terapia narracyjna (NET)

Ekspozycyjna terapia narracyjna (NET) to forma leczenia zaburzeń traumatycznych, w szczególności u osób ze złożoną i wielokrotnie doświadczaną traumą. Jest często stosowana w terapii uchodźców. Sesje odbywają się w małych grupach lub indywidualnie. Terapia obejmuje od czterech do dziesięciu spotkań terapeutycznych. W ich trakcie pacjent tworzy chronologiczną narrację własnego życia, koncentrując się przede wszystkim na traumatycznych doświadczeniach, jednak uwzględniając też te pozytywne. Pozwala to na rozpatrzenie w szerszym kontekście sieci wspomnień poznawczych, afektywnych i sensorycznych dotyczących traumy. Tym samym pacjent tworzy spójną historię autobiograficzną, w którą doświadczenie traumatyczne wpisuje się jako jej część, a nie dominujący element [14, 47].

### Inne rodzaje psychoterapii

Inne rodzaje psychoterapii w leczeniu PTSD to psychoterapia interpersonalna (IPT) i psychodynamiczna (PDT), które koncentrują się na emocjonalnych i interpersonalnych aspektach zaburzenia i ich stosowanie może przynieść korzyści u osób, których gotowość do narażenia się na traumę jest ograniczona [14, 48, 49].

Przydatne mogą być także grupy wsparcia i grupy samopomocowe – podczas ich spotkań uczestnicy mogą dzielić się swoimi doświadczeniami i uczuciami z innymi ludźmi, którzy mają za sobą podobne przeżycia [50].

Skuteczność poszczególnych rodzajów psychoterapii w odniesieniu do konkretnych efektów leczenia została przedstawiona w tabeli 1.

Tabela 1. Skuteczność poszczególnych rodzajów psychoterapii oparta na dowodach [14]

Efekt	Terapia poznawczo-behawioralna	Terapia przetwarzania poznawczego	Przedłużona ekspozycja	Terapia poznawcza	Krótkoterminowa psychoterapia efektywna BEP	Terapia EMDR	Terapia ekspozycji narracyjnej
Redukcja objawów PTSD <sup>1</sup>	Umiarkowana	Umiarkowana	Wysoka	Umiarkowana	Niska	Niska	Umiarkowana
Poważne szkody/niekorzystne skutki <sup>1</sup> (np. zachowania agresywne i autoagresywne, w tym samobójcze)	Bardzo niska	Bardzo niska	Bardzo niska	Bardzo niska	Bardzo niska	Bardzo niska	Bardzo niska
Wycofanie się z diagnozy PTSD <sup>2</sup>	Umiarkowana	Umiarkowana	Umiarkowana	Umiarkowana	Niska	Umiarkowana	Niska
Remisja <sup>2</sup>	Umiarkowana	—	Bardzo niska	—	Bardzo niska	—	—
Prewencja/redukcja współwystępującej depresji <sup>2</sup>	Umiarkowana	Umiarkowana	Wysoka	Umiarkowana	Niska	Umiarkowana	Bardzo niska
Prewencja/redukcja współwystępującego lęku <sup>2</sup>	Niska	Bardzo niska	—	Umiarkowana	Niska	Bardzo niska	—
Prewencja/redukcja współwystępującego bólu <sup>2</sup>	—	—	—	—	—	—	Bardzo niska
Jakość życia <sup>2</sup>	Bardzo niska	Bardzo niska	—	Bardzo niska	—	—	Bardzo niska
Upośledzenie funkcjonalne <sup>2</sup>	Niska	—	Bardzo niska	Umiarkowana	—	—	—

<sup>1</sup> Efekty leczenia oceniane jako kluczowe z perspektywy osób leczących i leczonych.<sup>2</sup> Efekty uznawane za ważne, jednak mające mniejsze znaczenie.

## Psychoterapia dzieci i młodzieży w zakresie PTSD

Zalecenia dotyczące leczenia zespołu stresu pourazowego u dzieci i młodzieży wskazują na skuteczność psychoterapii poznawczo-behawioralnej skoncentrowanej na traumie. Proces leczenia obejmuje przeważnie od sześciu do dwunastu sesji w zależności od wieku, okoliczności, poziomu rozwoju, przebiegu zaburzenia oraz ciężkości objawów. W niektórych wypadkach leczenie wymaga zaangażowania rodziny dziecka. Alternatywną zalecaną formą terapii dzieci jest terapia odwracania i przetwarzania za pomocą ruchu gałek ocznych (EMDR) [51].

## Farmakoterapia

Przetwarzanie bodźców lękowych u osób z zespołem stresu pourazowego jest zakłócone na poziomie neuroprzekazników. W rezultacie dochodzi do zbyt szybkiego uruchamiania mechanizmu walki lub ucieczki, co przejawia się niepokojem, drażliwością, pobudzeniem lub unikaniem sytuacji postrzeganych jako zagrażające. Farmakologia stanowi użyteczną formę redukcji nasilenia objawów PTSD, łagodzenia stanów depresyjnych i lękowych, problemów ze snem oraz uzyskania bardziej pozytywnego nastawienia do życia. Farmakoterapia może nie usunąć całkowicie objawów, ale zmniejsza ich intensywność i łagodzi psychiczne cierpienie. To z kolei bywa niezbędne, aby pacjent zdecydował się na udział w psychoterapii.

Leczeniem pierwszego rzutu w PTSD jest psychoterapia. Zastosowanie leków jest jednak wskazane wówczas, gdy:

- pacjent nie zdecyduje się na terapię psychologiczną skoncentrowaną na traumie,
- oddziaływania psychologiczne okazały się nieskuteczne lub pacjent odniósł niewielkie korzyści,
- u pacjenta istnieją współwystępujące zaburzenia psychiczne, takie jak ciężka depresja, które w sposób znaczący ograniczają zdolność korzystania z terapii psychologicznych [51].

W leczeniu zespołu stresu pourazowego zalecane są leki przeciwdepresyjne z grupy selektywnych inhibitorów wychwytu zwrotnego serotoniny (SSRI) i inhibitorów wychwytu zwrotnego serotoniny i noradrenaliny (SNRI). Zaleca się cztery leki (z naciskiem na dwa pierwsze), które są uznawane za najskuteczniejsze w leczeniu PTSD [10]:

- sertralina, początkowa dzienna dawka 25–50 mg, dzienna dawka terapeutyczna 50–200 mg [4, 52],
- paroksetyna, początkowa dzienna dawka 10–20 mg, dzienna dawka terapeutyczna 20–50 mg [4, 53],
- fluoksetyna, początkowa dzienna dawka 10–20 mg, dzienna dawka terapeutyczna 20–80 mg [4, 41, 54],
- wenlafaksyna XR, początkowa dzienna dawka 37,5 mg, dzienna dawka terapeutyczna 75–225 mg [4, 56].

W wypadku uzyskiwania efektu terapeutycznego leczenie powinno być kontynuowane przez co najmniej 12 miesięcy, a odstawienie przeprowadzone stopniowo w okresie przynajmniej czterech tygodni. Na etapie leczenia pacjent powinien być informowany o możliwych efektach ubocznych, a podczas kończenia farmakoterapii o efektach odstawienia [4].

Inne leki stosowane w leczeniu PTSD to:

- inhibitor wychwytu zwrotnego serotoniny trazodon (SSRI), ujawniający korzystne efekty w leczeniu pacjentów, u których w obrazie klinicznym dominują bezsenność oraz koszmary senne [57]. Jego skuteczność wykazano zwłaszcza w grupie chorych uzależnionych od alkoholu oraz cierpiących na obturacyjny bezdech senny [58]. Trazodon stosowany w dawkach 50–200 mg przeciwdziała bezsenności, ułatwia zasypianie oraz hamuje szybkie ruchy gałek ocznych, co przyczynia się do redukcji koszmarów sennych [59]. Skuteczność trazodonu w leczeniu koszmarów sennych wskazuje w swoim stanowisku Amerykańska Akademia Medycyny Snu, rekomendując jego stosowanie jako jednej z opcji terapeutycznych [60],
- inne leki przeciwdepresyjne, np. mirtazapina (NaSSA – noradrenergiczny i specyficzny serotonergiczny lek przeciwdepresyjny) [61], amitryptylina (trójpierścieniowy lek przeciwdepresyjny) [62], fenelzyna (inhibitor monoaminooksydazy IMAO) [63],
- lek przeciwpadaczkowy topiramata stosowany w redukcji spożycia alkoholu u osób go nadużywających i jednocześnie cierpiących z powodu PTSD [64],
- alfa-1 bloker prazosyna wykorzystywany w redukcji bezsenności i koszmarów sennych [64, 65],
- beta-blokery, np. propranolol, który jest też stosowany w połączeniu z terapią behawioralną do obniżania lęku związanego z traumą, co pozwala zapobiec lub ograniczyć późniejszy rozwój PTSD [65],
- benzodiazepiny [66],
- leki przeciwpsychotyczne, np. rysperydon [67].

Skuteczność poszczególnych rodzajów farmakoterapii w odniesieniu do konkretnych efektów leczenia została przedstawiona w tabeli 2.

Tabela 2. Skuteczność poszczególnych rodzajów farmakoterapii oparta na dowodach [14]

Efekt	Fluoksetyna	Sertralina	Paroksetyna	Risperidon	Topiramet	Wenlafaksyna
Redukcja objawów PTSD <sup>1</sup>	Umiarkowana	Umiarkowana	Umiarkowana	Niska	Umiarkowana	Umiarkowana
Poważne szkody/ niekorzystne skutki <sup>1</sup> (np. zachowania agresywne i autoagresywne, w tym samobójcze)	Bardzo niska	Bardzo niska	Bardzo niska	Bardzo niska	Bardzo niska	Bardzo niska
Wycofanie się z diagnozy PTSD <sup>2</sup>	Bardzo niska			—	—	—
Remisja <sup>2</sup>	—	Bardzo niska	Umiarkowana	—	Bardzo niska	Umiarkowana
Prewencja/redukcja współwystępującej depresji <sup>2</sup>	Umiarkowana	Niska	Umiarkowana	Bardzo niska	Bardzo niska	Umiarkowana
Prewencja/redukcja współwystępującego lęku <sup>2</sup>	Umiarkowana	Bardzo niska	—	Bardzo niska	Bardzo niska	—
Prewencja/redukcja współwystępującego bólu <sup>2</sup>	—	—	—	—	—	—
Jakość życia <sup>2</sup>	Bardzo niska	Bardzo niska	Bardzo niska	—	—	Umiarkowana
Upośledzenie funkcjonalne <sup>2</sup>	Bardzo niska	Bardzo niska	Umiarkowana	—	Bardzo niska	Umiarkowana

<sup>1</sup> Efekty leczenia oceniane jako kluczowe z perspektywy osób leczących i leczonych.<sup>2</sup> Efekty uznawane za ważne, jednak mające mniejsze znaczenie.

Zalecane formy leczenia psychoterapeutycznego i farmakologicznego zostały przedstawione w tabeli 3.

Tabela 3. **Formy leczenia psychoterapeutycznego i farmakologicznego**

Leczenie	Zakres dawki (liczba sesji lub mg)	Częstotliwość	Czas trwania	Czas trwania sesji (minuty)
Przedłużona ekspozycja	1–30	Raz w tygodniu	1–30 tygodni	60–120
Terapia poznawczo- -behawioralna	4–16	Raz lub dwa razy w tygodniu	4–16 tygodni	60–120
Terapia przetwarzania poznawczego	12–17	Raz lub dwa razy w tygodniu	6–17 tygodni	60–90
Terapia poznawcza	9–16	Raz w tygodniu	9–16 tygodni	60–90
Krótkoterminowa psychoterapia eklektyczna BEP	16	Raz w tygodniu	16 tygodni	45–60
Terapia EMDR	3–18	Raz lub dwa razy w tygodniu	3–8 tygodni	60–90
Terapia ekspozycji narracyjnej	4–17	Raz lub dwa razy w tygodniu	3–17 tygodni	60–120
Fluoksetyna	10–80	Codziennie	5–12 tygodni	N/d
Paroksetyna	12,5–62,5	Codziennie	10–12 tygodni	N/d
Sertralina	20–200	Codziennie	10–12 tygodni	N/d
Wenlafaksyna	37,5–300	Codziennie	12–24 tygodni	N/d

Źródło: opracowanie własne na podstawie [14].

### Substancje psychodeliczne w leczeniu PTSD

W ciągu ostatnich lat stosowanie substancji psychodelicznych w celach terapeutycznych stało się ponownie obszarem badań naukowych i zaczęło być uznawane za nowo powstający paradygmat leczenia zaburzeń psychicznych. Substancje psychodeliczne stosowane w terapii PTSD to klasyczne psychodeliki serotoninergeiczne, takie jak psylocybina lub LSD (dietyloamid kwasu D-lizergowego), oraz substancje psychoaktywne w postaci ketaminy, MDMA (3,4-metylenodiodksymetamfetamina, inaczej ecstazy) i kannabinoidów. Terapia psychodeliczna opiera się na psychoterapii wspomaganiej wykorzystaniem wymienionych substancji psychoaktywnych [68].

Klasyczne psychodeliki halucynogenne to agoniści receptora 5-HT<sub>2A</sub>. Ich użyteczność w terapii PTSD wynika z działania zwiększającego plastyczność synaptyczną, zmniejszenia reaktywności ciała migdałowatego podczas przetwarzania emocjonalnego oraz zwiększonej introspektywności i empatii. Ponadto w trakcie terapii z wykorzystaniem klasycznych psychodelików pacjent może uzyskać łatwiejszy dostęp do traumatycznych wspomnień oraz doznać poczucia emocjonalnego przełomu. Kilka dotychczasowych wstępnych badań dotyczących psychoterapii wspomaganiej

psylocybiną wskazuje na jej skuteczność w zakresie radzenia sobie z traumatycznymi wspomnieniami, obniżenia emocjonalnego unikania, depresji, lęku, pesymizmu i izolacji od innych ludzi, a także zwiększenia poziomu akceptacji, samowspółczucia oraz gotowości do wybaczenia sprawcom. Pomimo obiecujących doniesień w dalszym ciągu brakuje dostatecznych dowodów, aby można było uznać tę metodę za istotnie użyteczną w leczeniu PTSD [69].

Ketamina to antagonist receptorów NMDA (N-metylo-D-asparagianinu). Już od lat 60. XX wieku była środkiem terapeutycznym stosowanym w leczeniu uzależnienia od alkoholu i heroiny. Mechanizm działania ketaminy w terapii PTSD jest niejednoznaczny. Jedno z wyjaśnień odnosi się do występującego w PTSD zespołu dyskoneksji i naprawczego działania ketaminy polegającego na szybkim zwiększeniu plastyczności synaptycznej i neuronalnej. Inna koncepcja zakłada wpływ na układ glutaminergiczny, który odgrywa istotną rolę w przebiegu procesów pamięciowych obejmujących uczenie się, konsolidację wspomnień i wygaszanie. Badanie Feder i wsp. [70] dowodzi skuteczności ketaminy w redukcji objawów w porównaniu z grupą kontrolną. Jak dotąd liczba badań potwierdzających skuteczność ketaminy jest jednak nadal niewystarczająca [71–73].

MDMA to substancja, która zwiększa uwalnianie serotoniny, dopaminy, norepinefryny, oksytocyny, prolaktyny, wazopresyny i kortyzolu. Jej zastosowanie w psychoterapii służy redukcji reakcji lękowej w sytuacji narażenia na bodźce stresogenne związane z wcześniejszą traumą i traumatycznymi wspomnieniami. W kontekście relacji terapeutycznej MDMA korzystnie wpływa na zawiązanie przymierza między pacjentem a terapeutą dzięki złagodzeniu reakcji strachu i wstydu, zwiększeniu otwartości, zaufania i poziomu empatii. Ponadto zmniejsza aktywność ciała migdałowatego, a tym samym poprawia zdolność przetwarzania traumatycznych wspomnień. Dotychczasowe badania wskazują na jej możliwości terapeutyczne w zakresie redukcji symptomów PTSD. Zbiorcza analiza sześciu randomizowanych kontrolowanych badań klinicznych, obejmująca 105 badanych, ujawniła znaczącą redukcję objawów PTSD w porównaniu z grupą kontrolną. Po dwóch sesjach terapeutycznych z zastosowaniem MDMA 54,2% badanych nie spełniało kryteriów PTSD, natomiast w grupie kontrolnej było to 22,6% [71]. Badania dotyczące psychoterapii PTSD wspomaganą MDMA budzą nadzieję w zakresie lekoopornego zespołu stresu pourazowego [74–75].

Kannabinoidy to substancje oddziałujące na układ endokannabinoidowy. Ich wykorzystanie w psychoterapii PTSD może ułatwić wygaszanie reakcji lękowych oraz pozytywnie wpłynąć na zdolność przetwarzania traumatycznych wspomnień. Obecnie prowadzonych jest szereg badań klinicznych dotyczących użycia medycznej marihuany w redukcji objawów w przebiegu zaburzeń somatycznych, takich jak stwardnienie rozsiane czy choroby onkologiczne. Efekty terapeutyczne są obserwowane w odniesieniu do łagodzenia bólu czy nudności, ale w kontekście leczenia PTSD wyniki pozostają niejednoznaczne. Pomimo że osoby z PTSD potwierdzają stosowanie kannabinoidów do radzenia sobie z problemami ze snem, to w dłuższej perspektywie zgłaszają gorszą jakość snu i pogorszenie zdrowia fizycznego. Używanie kannabinoidów zwiększa też prawdopodobieństwo wystąpienia objawów PTSD. Nasileniu ulega negatywny afekt, a abstynencja od substancji wiąże się z poprawą objawową [76].

Inne badania potwierdzają z kolei ich korzystne działanie terapeutyczne. Randomizowane, przekrojowe badanie oparte na metodzie ślepej próby, przeprowadzone przez Jetly'ego i wsp. [77], potwierdziło terapeutyczny efekt nabilonu (w dawce 3 mg dziennie przez 7 tygodni) – syntetycznego kannabinoidu o działaniu zbliżonym do THC – w zakresie redukcji objawów w postaci koszmarów sennych oraz poprawy funkcjonowania i ogólnego samopoczucia w porównaniu z grupą kontrolną. Problematyczną kwestią w wypadku wykorzystania kannabinoidów jest znaczne ryzyko niewłaściwego stosowania substancji oraz uzależnienie, które – początkowo uzasadniane i maskowane leczeniem zaburzeń związanych ze stresem – w dalszej perspektywie może prowadzić do nasilenia objawów. Dotychczasowe badania wskazują, że przy występowaniu zaburzeń psychicznych rekreacyjne używanie kannabinoidów ma bardziej szkodliwy niż leczniczy charakter. Niedostatek randomizowanych badań klinicznych nie pozwala wszakże na kategoryczną ocenę terapeutycznego potencjału tych substancji [76].

Zarzutem wobec stosowania substancji psychodelicznych w leczeniu zaburzeń psychicznych, w tym PTSD, jest ich potencjalna neurotoksyczność i zwiększone ryzyko późniejszego nadużywania substancji podawanych w trakcie terapii. Lecz biorąc pod uwagę rosnące zainteresowanie badawcze tym kierunkiem leczenia, wynikające z obiecujących wstępnych wyników, niewątpliwie terapia PTSD wspomagana psychodelikami stanowi obszar wymagający pogłębionej analizy [78].

### **Nowoczesna technologia w leczeniu PTSD**

W leczeniu zespołu stresu pourazowego wykorzystywane są nie tylko tradycyjne formy terapii, ale też osiągnięcia współczesnej technologii. Zastosowanie wirtualnej rzeczywistości pozwala na poprawę pamięci oraz świadomości dotyczącej traumatycznego doświadczenia. Obecnie tego rodzaju oddziaływania są wykorzystywane wyłącznie w ramach pomocy weteranom wojennym i osobom z doświadczeniem bojowym. Jednak powszechność i ogólna dostępność metod opartych na nowoczesnej technologii sprawiają, że tego rodzaju rozwiązania stają się znacznie bardziej przystępne finansowo, a tym samym można przewidywać, że staną się też bardziej dostępne jako jedna z form pomocy terapeutycznej dla pacjentów z ogólnej populacji [79].

Wiele badań dotyczących wirtualnej rzeczywistości, w których uczestniczyli amerykańscy weterani wojenni z Afganistanu i Iraku, potwierdziło skuteczność tego rodzaju pomocy w zakresie łagodzenia traumy, zmniejszenia nasilenia myśli samobójczych, radzenia sobie z depresją i gniewem oraz ogólnej redukcji objawów stresu pourazowego [80].

### **Fazy powrotu do zdrowia**

Powrót do zdrowia ofiar traumy przebiega na zasadzie sekwencyjnej. Na każdym z etapów następuje stadium kryzysowe. Z perspektywy osoby udzielającej specjalistycznej pomocy ważne jest zidentyfikowanie, na jakim etapie jest pacjent, który zwrócił się do niej o pomoc. Wyróżnia się następujące fazy:



1. Faza zagrożenia lub wołania o pomoc to okres, w którym osoba po ekspozycji na stres traumatyczny czuje, że w dalszym ciągu jest zagrożona. Obecne są charakterystyczne reakcje autonomicznego układu nerwowego: przyspieszona akcja serca, wzrost ciśnienia krwi, przyspieszony oddech, wzrost aktywności mięśniowej. Występuje silne uczucie lęku i bezradności. Gdy poczucie zagrożenia ustępuje, pojawia się uczucie ulgi i dezorientacji. Pojawiają się rozważania na temat przyczyn i konsekwencji traumatycznego doświadczenia.
2. Faza wypierania i emocjonalnego odrętwienia służąca ochronie przed traumatycznymi wspomnieniami w celu redukcji lęku i reakcji stresowej. Bez uzyskania specjalistycznej pomocy istnieje ryzyko pozostania w tej fazie.
3. Faza natrętnych nawrotów, w której występują koszmary senne, intensywne wahania nastrojów, retrospekcje i silny lęk. Nieudane próby powstrzymania krzywdzących objawów mogą spowodować uruchomienie patologicznych i antyspołecznych mechanizmów obronnych. Jest to moment, w którym ofiara traumy zwraca się o pomoc lub pogrąża w degradacji psychicznej.
4. Faza refleksyjno-przejęciowa pozwala na uzyskanie szerszego spojrzenia na traumatyczne doświadczenie, co skutkuje bardziej pozytywną i konstruktywną postawą. Przyszłość zaczyna dominować nad przeszłością.
5. Faza integracji pozwala na zintegrowanie doświadczenia traumy z innymi aspektami przeszłości, co umożliwi uzyskanie poczucia ciągłości własnego życia. Tym samym wydarzenie traumatyczne staje się elementem przeszłości, a nie stanem zakłócającym teraźniejszość i zagrażającym w kontekście przyszłości [81].

### **Długość leczenia**

Czas trwania psychoterapii jest kwestią zindywidualizowaną. Wybór leczenia powinien być dostosowany do potrzeb, możliwości i ograniczeń pacjenta, a także ciężkości i charakteru objawów. Ostre dolegliwości psychiczne wymagają zazwyczaj mniejszej liczby sesji terapeutycznych niż problemy przewlekłe. Na długość procesu leczenia ma wpływ również rodzaj zastosowanej psychoterapii. Terapie poznawczo-behawioralne koncentrują się na węższym zakresie, dlatego praca terapeutyczna w podejściu szerzej ukierunkowanym i obejmującym więcej aspektów funkcjonowania pacjenta będzie trwała dłużej [62].

W kontekście ustalania długości leczenia należy zaznaczyć, że jednoznaczne określenie potrzebnego czasu nie zawsze jest możliwe. Psychoterapia kończy się wtedy, gdy osiągnięte zostaną cele ustalone wspólnie z terapeutą. Przed rozpoczęciem psychoterapii pacjent uczestniczy w spotkaniach konsultacyjnych pozwalających psychoterapeucie ocenić jego aktualny stan psychiczny i indywidualne potrzeby oraz wybrać odpowiednią formę terapii. Po rozpoczęciu leczenia pomocna bywa ponowna ocena pierwotnych założeń, która niekiedy prowadzi do wyznaczenia nowych etapowych celów. Badania wskazują na korzystny wpływ długości terapii na stan zdrowia psychicznego i końcowy efekt leczenia. Dłuższy czas trwania psychoterapii może pozwolić na osiągnięcie pełniejszej remisji objawów PTSD [14, 62, 82].

## Podsumowanie

Zespół stresu pourazowego jest poważnym problemem zdrowia publicznego ze względu na częstość jego występowania, przewlekły charakter oraz degradujący wpływ na zdolność normalnego funkcjonowania osób chorych. Mimo że geneza zaburzenia sięga starożytności, nadal pozostaje ono przedmiotem badań, analiz i prób faktycznego poznania i zrozumienia, co nieuchronnie przekłada się na trudności w zakresie leczenia i postępowania terapeutycznego w codziennej praktyce klinicznej [83]. Nie sprzyja temu obecna sytuacja geopolityczna związana z wojną na Ukrainie, która istotnie wpływa na liczbę osób wymagających doraźnej pomocy medycznej i psychologicznej z powodu obecności zaburzeń związanych ze stresem traumatycznym. Według ostatnich badań zespół stresu pourazowego i ciężka depresja to zaburzenia powszechnie występujące wśród uchodźców i osób przesiedlonych. W krajach objętych wojną w ogólnej populacji obserwuje się wysoki poziom występowania stresu pourazowego, któremu towarzyszy poczucie rozpacz, skłonność do somatyzacji i niepokój [84].

PTSD łączy się ze znacznymi obciążeniami zdrowotnymi. Najnowsze zalecenia w zakresie postępowania z zespołem stresu pourazowego obejmują zintegrowaną medyczną i psychologiczną opiekę zdrowotną, doraźne interwencje psychoterapeutyczne oraz stosowanie wspomagających środków psychofarmakologicznych. Ostatnie badania dotyczące zakresu i wpływu stresu traumatycznego, a także strategii zapobiegania PTSD, zaowocowały lepszym zrozumieniem jego wpływu i skuteczniejszymi interwencjami w zakresie zdrowia publicznego [85].

W przedstawionym artykule dokonano przeglądu obecnego stanu wiedzy oraz zaleceń i praktyk dotyczących leczenia zaburzeń stresu pourazowego na podstawie wybranych publikacji naukowych oraz wytycznych proponowanych przez kluczowe międzynarodowe instytucje opiniotwórcze odpowiedzialne za ochronę zdrowia psychicznego. Założeniem grupy roboczej było nakreślenie zaleceń terapeutycznych w zakresie psychoterapii oraz leczenia farmakologicznego. W tym celu zaprezentowano schemat postępowania terapeutycznego z pacjentami narażonymi na doświadczenie traumatycznego stresu. Wyszczególniono rekomendowane techniki psychoterapeutyczne oraz zalecenia farmakoterapeutyczne. Omówiono ponadto specyfikę przebiegu procesu terapii oraz procesu zdrowienia u osób leczonych z powodu zespołu stresu pourazowego.

Pomimo wielu dostępnych źródeł i rosnącej liczby badań dotyczących PTSD nadal aktualna pozostaje wyraźna potrzeba pogłębionych analiz tego zagadnienia oraz rozwijania nowatorskich form pomocy osobom cierpiącym z powodu zaburzeń związanych ze stresem traumatycznym.

## Piśmiennictwo

1. Inoue C, Shawler E, Jordan CH, Jackson CA. *Veteran and military mental health issues*. Treasure Island, FL: StatPearls Publishing; 2023.
2. Pollard HB, Shivakumar C, Starr J, Eidelman O, Jacobowitz DM, Dalgard CL i wsp. "Soldier's Heart": A genetic basis for elevated cardiovascular disease risk associated with post-traumatic stress disorder. *Front. Mol. Neurosci.* 2016; 23(9): 87.
3. Siwiak-Kobayashi M. *Zaburzenia lękowe uogólnione i napadowe; Zaburzenia występujące pod postacią somatyczną (somatoformiczne)*. W: Pużyński S, Rybakowski J, Wciórka J. red. *Psychiatria*, t. 2. Wrocław: Elsevier Urban & Partner; 2010. S. 397, 467–474.
4. Schrader C, Ross A. *A review of PTSD and current treatment strategies*. *Mo. Med.* 2021; 118(6): 546–551.
5. Crocq MA, Crocq L. *From shell shock and war neurosis to posttraumatic stress disorder: A history of psychotraumatology*. *Dialogues Clin. Neurosci.* 2000; 2(1): 47–55.
6. Loughran T. *Shell shock, trauma, and the First World War: The making of a diagnosis and its histories*. *J. Hist. Med. Allied Sci.* 2012; 67(1): 94–119.
7. Jabłoński R, Rosińczuk J, Leszek J, Uchmanowicz I, Panaszek B. *The progressive nature of concentration camp syndrome in former prisoners of Nazi concentration camps – Not just history, but the important issue of contemporary medicine*. *J. Psychiatr. Res.* 2016; 75: 1–6.
8. Kępiński A. *Tzw. „KZ-syndrom”. Próba syntezy*. *Przegląd Lekarski* 1970; 27(1): 18–23.
9. Bomba J. *Antoni Kępiński. W stulecie urodzin uczonego psychiatry*. *Wszechświat* 2018; 119(10–12): 275–280.
10. VA/DOD. *VA/DOD Clinical Practice Guideline for the Management of Posttraumatic Stress Disorder and Acute Stress Disorder*. 2017. <https://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/ptsd/VADoDPTSDCPGFinal012418.pdf> (dostęp: 1.07.2023).
11. Gałęcki P, Pilecki M, Rymaszewska J, Szulc A, Sidorowicz S, Wciórka J. *Kryteria diagnostyczne zaburzeń psychicznych DSM-5*. Wrocław: Edra Urban & Partner; 2018.
12. Yehuda R, Hoge CW, McFarlane AC, Vermetten E, Lanius RA, Nievergelt CM i wsp. *Post-traumatic stress disorder*. *Nat. Rev. Dis. Primers* 2015; 8(1): 15057.
13. Gałęcki P. *Badanie stanu psychicznego. Rozpoznanie według ICD-11*. Wrocław: Edra Urban & Partner; 2022.
14. American Psychological Association. (2017a). *Clinical practice guideline for the treatment of PTSD*. 2017. <http://dx.doi.org/10.1037/e514052017-001> (dostęp: 1.07.2023).
15. Dorahy MJ, Hart van der O. *DSM-5's posttraumatic stress disorder with dissociative symptoms: Challenges and future directions*. *J. Trauma Dissociation* 2015; 16(1): 7–28.
16. Miller MW, Wolf EJ, Keane TM. *Posttraumatic stress disorder in DSM-5: New criteria and controversies*. *Clin. Psychol.* 2014; 21(3): 208–220.
17. American Psychiatric Association. *Trauma – and Stressor-Related Disorders*. W: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5<sup>th</sup> ed., text rev. 2022.
18. Ladd G. *NHMRC guidelines for clinical practice for ASD and PTSD*. *Diving Hyperb. Med.* 2008; 38(1): 54.
19. Forbes D, Creamer M, Phelps A, Bryant R, McFarlane A, Devilley GJ i wsp. *Australian guidelines for the treatment of adults with acute stress disorder and post-traumatic stress disorder*. *Aust. N. Z. J. Psychiatry* 2007; 41(8): 637–648.

20. Bisson JI, Berliner L, Cloitre M, Forbes D, Jensen TK, Lewis C i wsp. *The International Society for Traumatic Stress Studies New Guidelines for the Prevention and Treatment of Posttraumatic Stress Disorder: Methodology and development process*. J. Trauma. Stress 2019; 32(4): 475–483.
21. Institute of Medicine. *Treatment of Posttraumatic Stress Disorder. An Assessment of the Evidence*. Washington, D.C.: The National Academies Press; 2008.
22. National Institute for Health and Care Excellence. *Post-traumatic stress disorder*. NG116. 2018. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116> (dostęp: 7.06.2019).
23. WHO. *Guidelines for the Management of Conditions Specifically Related to Stress*. Geneva: WHO; 2013.
24. Jonas DE, Cusack K, Forneris CA, Wilkins TM, Sonis J, Middleton JC i wsp. *Psychological and pharmacological treatments for adults with posttraumatic stress disorder (PTSD)*. Comparative Effectiveness Review No. 92. AHRQ Publication No. 13-EHC011-EF. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2013. [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK137702/pdf/Bookshelf\\_NBK137702.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK137702/pdf/Bookshelf_NBK137702.pdf)
25. Dalgleish T, Power MJ. *Emotion-specific and emotion-non-specific components of posttraumatic stress disorder (PTSD): Implications for a taxonomy of related psychopathology*. Behav. Res. Ther. 2004; 42(9): 1069–1088.
26. Legarreta M, Graham J, North L, Bueler CE, McGlade E, Yurgelun-Todd D. *DSM-5 post-traumatic stress disorder symptoms associated with suicide behaviors in veterans*. Psychol. Trauma 2015; 7(3): 277–285.
27. Weber FC, Norra C, Wetter TC. *Sleep disturbances and suicidality in posttraumatic stress disorder: An overview of the literature*. Front. Psychiatry 2020; 11: 167.
28. May AM, Klonsky ED. *What distinguishes suicide attempters from suicide ideators? A meta-analysis of potential factors*. Clin. Psychol. Sci. Pract. 2016; 23(1): 5–20.
29. Bolton JM, Gunnell D, Turecki G. *Suicide risk assessment and intervention in people with mental illness*. BMJ 2015; 351: h4978.
30. Posner K, Buchanan J, Amira L, Yerushova K, Lesser A, Goldstein E. *Identification and screening of suicide risk*. W: Koslow S, Nemeroff C, Ruiz P. red. *A concise guide to understanding suicide: Epidemiology, pathophysiology and prevention*. Cambridge: Cambridge University Press; 2014. S. 17-32
31. Holiczer A, Gałuszko M, Cabała WJ. *Zaburzenie stresowe pourazowe – opis ewolucji koncepcji zaburzenia i podejść terapeutycznych*. Psychiatria 2007; 4(1): 25–32.
32. Watkins LE, Sprang KR, Rothbaum BO. *Treating PTSD: A review of evidence-based psychotherapy interventions*. Front. Behav. Neurosci. 2018; 2(12): 258.
33. Wisco BE, Baker AS, Sloan DM. *Mechanisms of change in written exposure treatment of posttraumatic stress disorder*. Behav. Ther. 2016; 47(1): 66–74.
34. Watson P. *PTSD as a public mental health priority*. Curr. Psychiatry Rep. 2019; 21(7): 61.
35. Qi W, Gevonden M, Shalev A. *Prevention of post-traumatic stress disorder after trauma: Current evidence and future directions*. Curr. Psychiatry Rep. 2016; 18(2): 20.
36. Asmundson GJG, Thorisdottir AS, Roden-Foreman JW, Baird SO, Witcraft SM, Stein AT i wsp. *A meta-analytic review of cognitive processing therapy for adults with posttraumatic stress disorder*. Cogn. Behav. Ther. 2019; 48(1): 1–14.
37. Chen L, Zhang G, Hu M, Liang X. *Eye movement desensitization and reprocessing versus cognitive-behavioral therapy for adult posttraumatic stress disorder: Systematic review and meta-analysis*. J. Nerv. Ment. Dis. 2015; 203(6): 443–451.

38. Ehlers A, Hackmann A, Grey N, Wild J, Liness S, Albert I i wsp. *A randomized controlled trial of 7-day intensive and standard weekly cognitive therapy for PTSD and emotion-focused supportive therapy*. Am. J. Psychiatry 2014; 171(3): 294–304.
39. Hembree EA, Rauch SAM, Foa EB. *Beyond the manual: The insider's guide to prolonged exposure therapy for PTSD*. Cogn. Behav. Pract. 2003; 10(1): 22–30.
40. Rothbaum BO, Foa EB, Hembree EA. *Reclaiming your life from a traumatic experience: A prolonged exposure treatment program*. Oxford: Oxford University Press; 2007.
41. APA. *Guideline Development Panel for the Treatment of PTSD in Adults, American Psychological Association. Summary of the clinical practice guideline for the treatment of posttraumatic stress disorder (PTSD) in adults*. Am. Psychol. 2019; 74(5): 596–607.
42. Gersons PRB, Meewisse M, Nijdam MJ. *Brief eclectic psychotherapy for PTSD*. W: Schnyder U, Cloitre M. red. *Evidence-based treatments for trauma-related psychological disorders*. Switzerland: Springer International Publishing; 2015. S. 255–276
43. Lindauer RJL, Gersons BPR, Meijel van EPM, Blom K, Carlier IVE, Virjlandt I i wsp. *Effects of brief eclectic psychotherapy in patients with PTSD: Randomized clinical trial*. J. Trauma. Stress 2005; 18(3): 205–212.
44. Shapiro F. *Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy: Basic principles, protocols and procedures*, 3<sup>rd</sup> ed. New York, NY: Guilford Press; 2017.
45. Kullack C, Laugharne J. *Standard EMDR protocol for alcohol and substance dependence comorbid with posttraumatic stress disorder: Four cases with 12-month follow-up*. J. EMDR Pract. Res. 2016; 10(1): 33–46.
46. Buydens SL, Wilensky M, Hensley BJ. *Effects of the EMDR protocol for recent traumatic events on acute stress disorder: A case series*. J. EMDR Pract. Res. 2014; 8(1): 102–112.
47. Schauer M, Neuner F, Elbert T. *Narrative Exposure Therapy: A short term treatment for traumatic stress disorders*, 2<sup>nd</sup> ed. Cambridge, MA: Hogrefe Publishing; 2011.
48. Paintain E, Cassidy S. *First-line therapy for post-traumatic stress disorder: A systematic review of cognitive behavioural therapy and psychodynamic approaches*. Couns. Psychother. Res. 2018; 18(3): 237–250.
49. Bleiberg KL, Markowitz JC. *Interpersonal psychotherapy for PTSD: Treating trauma without exposure*. J. Psychother. Integr. 2019; 29(1): 15–22.
50. Patra BN, Siddharth Sarkar S. *Adjustment disorder: Current diagnostic status*. Indian J. Psychol. Med. 2013; 35(1): 4–9.
51. NHS. *Treatment – Post-traumatic stress disorder*. <https://www.nhs.uk/mental-health/conditions/post-traumatic-stress-disorder-ptsd/treatment/> (dostęp: 15.05.2022).
52. Singh HK, Saadabadi A. *Sertraline*. Treasure Island, FL: StatPearls Publishing; 2023.
53. Williams T, Phillips NJ, Stein DJ, Ipser JC. *Pharmacotherapy for post traumatic stress disorder (PTSD)*. Cochrane Database Syst. Rev. 2022; 3(3): CD002795.
54. Buhmann CB, Andersen HS. *Diagnosing and treating post-traumatic stress disorder*. Ugeskr. Laeger. 2017; 179(24): V12160914.
55. Lipinska G, Baldwin DS, Thomas KG. *Pharmacology for sleep disturbance in PTSD*. Hum. Psychopharmacol. 2016; 31(2): 156–163.
56. Bajor LA, Ticlea AN, Osser DN. *The Psychopharmacology Algorithm Project at the Harvard South Shore Program: An update on posttraumatic stress disorder*. Harv. Rev. Psychiatry 2011; 19(5): 240–258.
57. Geldenhuys C, Heuvel van den LL, Steyn P, Seedat S. *Pharmacological management of nightmares associated with posttraumatic stress disorder*. CNS Drugs 2022; 36(7): 721–737.

58. Lange JT, Lange CL, Cabaltica RB. *Primary care treatment of post-traumatic stress disorder*. Am. Fam. Physician. 2000; 62(5): 1035–1040, 1046.
59. Morgenthaler TI, Auerbach S, Casey KR, Kristo D, Maganti R, Ramar K i wsp. *Position Paper for the treatment of nightmare disorder in adults: An American Academy of Sleep Medicine Position Paper*. J. Clin. Sleep. Med. 2018; 14(6): 1041–1055.
60. Schneier FR, Campeas R, Carcamo J, Glass A, Lewis-Fernandez R, Neria Y i wsp. *Combined mirtazapine and SSRI treatment of PTSD: A placebo-controlled trial*. Depress. Anxiety 2015; 32(8): 570–579.
61. Dean L. *Amitriptyline therapy and CYP2D6 and CYP2C19 genotype*. 2017 Mar 23. W: Pratt VM, Scott SA, Pirmohamed M, Esquivel B, Kane MS, Kattman BL, Malheiro AJ. red. *Medical genetics summaries*. Bethesda, MD: National Center for Biotechnology Information (US); 2017.
62. Moraes Costa de G, Zanatta FB, Ziegelmann PK, Soares Barros AJ, Mello CF. *Pharmacological treatments for adults with post-traumatic stress disorder: A network meta-analysis of comparative efficacy and acceptability*. J. Psychiatr. Res. 2020; 130: 412–420.
63. Green B. *Prazosin in the treatment of PTSD*. J. Psychiatr. Pract. 2014; 20(4): 253–259.
64. Giustino TF, Fitzgerald PJ, Maren S. *Revisiting propranolol and PTSD: Memory erasure or extinction enhancement?* Neurobiol. Learn. Mem. 2016; 130: 26–33.
65. Guina J, Rossetter SR, DeRhodes BJ, Nahhas RW, Welton RS. *Benzodiazepines for PTSD: A systematic review and meta-analysis*. J. Psychiatr. Pract. 2015; 21(4): 281–303.
66. Compean E, Hamner M. *Posttraumatic stress disorder with secondary psychotic features (PTSD-SP): Diagnostic and treatment challenges*. Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry 2019; 10(88): 265–275.
67. Vermetten E, Krediet E, Bostoen T, Brecksema JJ, Schoevers RA, Brink van den W. *Psychedelica bij de behandeling van PTSS [Psychedelics in the treatment of PTSD]*. Tijdschr. Psychiatr. 2020; 62(8): 640–649.
68. Khan AJ, Bradley E, O'Donovan A, Woolley J. *Psilocybin for trauma-related disorders*. Curr. Top. Behav. Neurosci. 2022; 56: 319–332.
69. Krediet E, Bostoen T, Brecksema J, Schagen van A, Passie T, Vermetten E. *Reviewing the potential of psychedelics for the treatment of PTSD*. Int. J. Neuropsychopharmacol. 2020; 23(6): 385–400.
70. Feder A, Costi S, Rutter SB, Collins AB, Govindarajulu U, Jha MK, Horn SR, Kautz M, Corniquel M, Collins KA, Bevilacqua L, Glasgow AM, Brallier J, Pietrzak RH, Murrrough JW, & Charney DS (2021). *A Randomized Controlled Trial of Repeated Ketamine Administration for Chronic Posttraumatic Stress Disorder*. Am. J. Psychiatry 2021; 178(2), 193–202. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2020.20050596>
71. Stein MB, Simon NM. *Ketamine for PTSD: Well, isn't that special*. Am. J. Psychiatry 2021; 178(2): 116–118.
72. Zanos P, Gould TD. *Mechanisms of ketamine action as an antidepressant*. Mol. Psychiatry 2018; 23(4): 801–811.
73. Sessa B. *MDMA and PTSD treatment: "PTSD: From novel pathophysiology to innovative therapeutics"*. Neurosci. Lett. 2017; 649: 176–180.
74. Henner RL, Keshavan MS, Hill KP. *Review of potential psychedelic treatments for PTSD*. J. Neurol. Sci. 2022; 439: 120302.
75. Varker T, Watson L, Gibson K, Forbes D, O'Donnell ML. *Efficacy of psychoactive drugs for the treatment of posttraumatic stress disorder: A systematic review of MDMA, ketamine, LSD and psilocybin*. J. Psychoactive Drugs 2021; 53(1): 85–95.

76. Lowe DJE, Sasiadek JD, Coles AS, George TP. *Cannabis and mental illness: A review*. Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci. 2019; 269(1): 107–120.
77. Jetly R, Heber A, Fraser G, Boisvert D. *The efficacy of nabilone, a synthetic cannabinoid, in the treatment of PTSD-associated nightmares: A preliminary randomized, double-blind, placebo-controlled cross-over design study*. Psychoneuroendocrinology 2015; 51: 585–588.
78. Mohamed A, Touheed S, Ahmed M, Hor M, Fatima S. *The efficacy of psychedelic-assisted therapy in managing post-traumatic stress disorder (PTSD): A new frontier?* Cureus 2022; 14(10): e30919.
79. Parkin S. *How virtual reality is helping heal soldiers with PTSD*. NBC News, March 16, 2017.
80. Park MJ, Kim DJ, Lee U, Na EJ, Jeon HJ. *A literature overview of virtual reality (VR) in treatment of psychiatric disorders: Recent advances and limitations*. Front. Psychiatry 2019; 10: 505.oi: 10.3389/fpsy.2019.00505.
81. James RK, Gilliland BE. *Strategie interwencji kryzysowej*. Warszawa: Wydawnictwo Edukacyjne PARPAMEDIA; 2008.
82. American Psychological Association. *Understanding psychotherapy and how it works*. <https://www.apa.org/topics/psychotherapy/understanding> (dostęp: 22.05.2022).
83. Nohales L, Prieto N. *Qu'est-ce que le trouble de stress post-traumatique? [What's the post-traumatic stress disorder (PTSD)?]*. Rev. Prat. 2018; 68(1): 92–96.
84. Rizzi D, Ciuffo G, Sandoli G, Mangiagalli M, Angelis de P, Scavuzzo G i wsp. *Running away from the war in Ukraine: The impact on mental health of Internally Displaced Persons (IDPs) and refugees in transit in Poland*. Int. J. Environ. Res. Public Health 2022; 19(24): 16439.
85. Lancaster CL, Teeters JB, Gros DF, Back SE. *Posttraumatic stress disorder: Overview of evidence-based assessment and treatment*. J. Clin. Med. 2016; 5(11): 105.

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

Otrzymano: 7.09.2022

Zrecenzowano: 7.05.2023

Otrzymano po poprawie: 11.05.2023

Przyjęto do druku: 15.05.2023