

Leczenie PTSD w paradygmacie poznawczo-behawioralnym

Treating PTSD in a cognitive-behavioral paradigm

Valentina Fedorovich

Instytut Nauk o Rodzinie, Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II w Lublinie

Summary

Significant advances have been made over the past two decades, associated with an increase in methodologically advanced research, into the treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD). However, interest in the topic of PTSD has not only not waned, but seems to be gaining strength. The main reason for this is the difficulty in clearly defining the phenomenon, which is related to the constant updating of the criteria for post-traumatic stress disorder in medical classifications. The search for general standards and methods of measuring this disorder in relation to the age of the patient is another area of dispute among specialists. The conceptualization of the patient's problem, on the other hand, is based on knowledge of psychopathology, which describes the mechanisms of formation and maintenance of disorders. The accuracy of the conceptualization is linked to appropriate psychotherapeutic interventions that result in the patient's improvement or recovery. Cognitive models of PTSD largely explain the functioning of people after traumatic life events. This paper presents the classic transaction model of stress and coping by Richard S. Lazarus and Susan Folkman, Anke Ehlers and David Clark's cognitive model of persistent PTSD, and the cognitive model of processing trauma according to Brewin et al. In addition, cognitive-behavioral psychotherapy methods with empirically proven efficacy in the treatment of PTSD in children, adolescents and adults are reviewed. However, psychotherapy models and programs for children and adolescents with PTSD are mostly a modified version of an adult PTSD treatment and require further clinical development. In addition, due to the introduction by WHO of a new nosological entity in the form of complex PTSD, new theoretical models, diagnostics tools, and validated methods are needed to help treat this disorder.

Słowa kluczowe: psychoterapia poznawczo-behawioralna, zespół stresu pourazowego

Key words: cognitive-behavioral psychotherapy, posttraumatic stress disorder

Wprowadzenie

Empiryczne dowody skuteczności terapii poznawczo-behawioralnej (*Cognitive-behavioral Therapy* – CBT) w leczeniu PTSD u dorosłych są obszerne [1–7]. Mimo mniejszej liczby badań naukowych na temat efektywności stosowania terapii poznawczo-behawioralnej u dzieci i młodzieży w literaturze naukowej dostępne są dane wskazujące na jej przydatność i skuteczność także w odniesieniu do różnych dziecięcych traum [1, 8–11]. Bogactwo założeń i modeli teoretycznych oraz metod leczenia PTSD na gruncie poznawczo-behawioralnym uniemożliwia ich pełne przedstawienie w jednej pracy. Celem niniejszego artykułu jest przekrojowe zobrazowanie problematyki leczenia PTSD w nurcie poznawczo-behawioralnym.

Diagnoza PTSD

Pierwszym krokiem w leczeniu jest postawienie diagnozy. Konceptualizacja problemu pacjenta również opiera się na diagnozie klinicznej. Przy czym rozpoznanie PTSD u dzieci i młodzieży, jak i u osób dorosłych napotyka wiele trudności [12–14]. Poza tym większość kwestionariuszowych narzędzi pomiarowych, których celem jest określenie poziomu stresu i radzenia sobie ze stresem, przeznaczona jest dla osób dorosłych. O wiele mniej metod zostało skonstruowanych do pomiaru stresu i radzenia sobie z nim w populacji dzieci i młodzieży.

Amerykańska klasyfikacja DSM-5, stanowiąca fundament nowej międzynarodowej klasyfikacji ICD-11, wielokrotnie podkreśla różnice w rozpoznawaniu poszczególnych zaburzeń u dzieci i młodzieży w porównaniu z osobami dorosłymi. W strukturze klasyfikacji DSM-5 na początku rozdziału „Zaburzenia pourazowe i związane z czynnikiem stresowym” umiejscowiono grupy diagnostyczne: „reaktywne zaburzenia więzi” i „zaburzenia polegające na nadmiernej łatwości nawiązywania stosunków społecznych”, które w rozumieniu psychopatologii zwykle są powiązane przyczynowo z traumą w dzieciństwie [15]. Ponadto wyodrębniono kryteria diagnostyczne dla zaburzenia stresowego pourazowego u osób w wieku powyżej 6 lat oraz u dzieci w wieku 6 lat i młodszych [16].

Profesor Władysław Łosiak słusznie zauważył, że procesy i czynniki kształtujące zaburzenia psychiczne nic nie wiedzą o naszych systemach klasyfikacji zaburzeń [17]. To stwierdzenie należy odnieść zwłaszcza do diagnostyki dzieci i młodzieży. W leczeniu PTSD u dzieci podkreśla się znaczenie zmian rozwojowych, zależnych od wieku i etapu rozwoju małych pacjentów. Przedmiotem debat eksperckich jest symptomatologia PTSD u niemowląt i dzieci poniżej 48. miesiąca życia. Zwraca się uwagę na różnice w ekspresji objawów, uwarunkowane rozwojem w różnych grupach wiekowych [9, 18–20].

Według Scheeringi i wsp. [20] PTSD u dzieci do 48. m.ż. można rozpoznać wtedy, gdy spełnione jest jedno z czterech kryteriów:

1. Powtórne przeżywanie – poprzez stale powtarzające się wątki traumy podczas zabawy, która nie łagodzi lęku; zabawa jest mniej produktywna, odbywa się z mniejszym zaangażowaniem wyobraźni, występują objawy dys stresu przy okazji przypominania faktów lub epizody dysocjacyjne.

2. Obniżona aktywność lub widoczne społeczne wycofanie, sztywny afekt, utrata nabytych umiejętności.
3. Wzrost pobudliwości wyrażający się w zaburzeniach snu, koncentracji uwagi, nadpobudliwości, odpowiadaniu przestraszonym na bodźce.
4. Pojawianie się nowych obaw, lęków i agresji: zachowania agresywne, trzymanie się blisko opiekunów, ponowny lęk separacyjny, obawy np. przed ciemnością lub inne.

W związku z 11 rewizją Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych autorzy związani z WHO również utworzyli nową grupę zaburzeń „swoicie związanych ze stresem” [21]. W najnowszej klasyfikacji ICD-11, która stopniowo jest wprowadzana do praktyki klinicznej w Polsce, wyodrębniono *complex PTSD* (C-PTSD). Termin ten został zaproponowany przez Judith Herman [22] i zdefiniowany jako zaburzenie, które może się rozwinąć po ekspozycji na wydarzenie lub serię wydarzeń o wyjątkowo groźnym lub przerażającym charakterze; najczęściej chodzi o przedłużające się lub powtarzające okoliczności, z których ucieczka jest trudna bądź niemożliwa (np. tortury, niewolnictwo, długotrwałe doznawanie przemocy domowej). Wszystkie wymagania diagnostyczne dotyczące PTSD są spełnione. Ponadto złożone PTSD charakteryzuje się poważnymi i uporczywymi: (1) problemami w regulacji afektu; (2) przekonaniami o sobie jako gorszym, pokonanym lub bezwartościowym, którym towarzyszy poczucie wstydu, winy lub porażki związane z traumatycznym wydarzeniem; (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 [21, 23–26]. Porównanie hierarchii objawów PTSD i *complex PTSD* zostało zobrazowane w tabeli 1.

W toku licznych dyskusji rozważano też wprowadzenie do DSM analogicznej jednostki chorobowej, określonej jako DESNOS – zaburzenie ekstremalnego stresu niewyróżnione inaczej (*Disorder of Extreme Stress Non Otherwise Specified*). Opracowanej konstelacji objawów DESNOS nie przyznano jednak statusu odrębnej jednostki diagnostycznej. Dla wielu psychotraumatologów konceptualizacja DESNOS pozostaje konstruktem eksperymentalnym [12].

Tabela 1. Hierarchia objawów PTSD i *complex PTSD* [za: 27, s. 2]

Traumatyczne zaburzenia stresowe	
„Kluczowe” kryterium: rodzaj traumatycznego stresora	
PTSD Ponowne przeżywanie Unikanie wspomnień Uporczywe poczucie zagrożenia	Complex PTSD Ponowne przeżywanie Unikanie wspomnień Uporczywe poczucie zagrożenia Dysregulacja afektu Negatywny obraz siebie Interpersonalne kłopoty

Utworzenie nowej jednostki nozologicznej pobudziło naukowców do debaty nad różnicowaniem diagnozy PTSD, *complex PTSD* i zaburzenia osobowości typu *borderline*. Praca Marylène Cloitre i wsp. [28] doskonale opisuje zasadnicze różnice między tymi trzema rozpoznaniem.

Konceptualizacja

Terapia poznawczo-behawioralna to rodzina terapii, w której ważną rolę przypisuje się procesom poznawczym – myślom i przekonaniom. Podkreśla się w niej znaczenie procesów uczenia się na podłożu doświadczenia osobistego i kontekstu społecznego oraz czynników biologicznych, w tym temperamentalnych, a jej celem jest leczenie objawowe i/lub przyczynowe wielu zaburzeń psychicznych [3, 13, 29]. Jednocześnie w terapii poznawczej przyjmuje się, że przetwarzanie doświadczeń i interpretowanie rzeczywistości odbywa się na gruncie konstruktów osobistych tzw. *schematów poznawczych*. Ich istotnym elementem jest system własnych przekonań dotyczących siebie, innych ludzi oraz świata, kształtujących się od wczesnego dzieciństwa na podstawie indywidualnych doświadczeń, interakcji z otoczeniem i relacji z osobami ważnymi emocjonalnie. Powtarzające się niekorzystne doświadczenia mogą prowadzić do ukształtowania się nieadaptacyjnych schematów, które są przyczyną nieracjonalnego przetwarzania informacji, a w konsekwencji prowadzą do zaburzeń funkcjonowania w obszarze poznawczym, emocjonalnym i behawioralnym [30]. W terapii poznawczo-behawioralnej konceptualizacja opiera się z jednej strony na modelu poznawczym danego zaburzenia, a z drugiej strony na zrozumieniu, jak zdarzenia życiowe, sposób traktowania oraz komunikaty innych osób kształtowały schematy i przekonania pacjenta [31].

Wśród wybranych modeli kognitywnych w pierwszej kolejności należy wymienić poznawczo-transakcyjną teorię stresu Richarda S. Lazarusa oraz Susan Folkman [32–34]. Właśnie ta koncepcja stresu i radzenia sobie pozostaje najczęściej cytowaną w dziedzinie badań nad stresem [35, 36]. Jej autorzy terminem „transakcja” określają wzajemne oddziaływania człowieka i jego otoczenia. „Stres” natomiast definiują jako konkretną relację między daną osobą a otoczeniem, która jest przez nią oceniana jako obciążająca lub przekraczająca jej zasoby i zagrażająca jej dobrostanowi [32, s. 572].

Założenia poznawcze najbardziej wyrażają się w przypisywaniu ocenie poznawczej (*cognitive appraisal*) kluczowej roli w powstawaniu stresu. Na poziomie oceny pierwotnej (*primary appraisal*) transakcja stresowa może być postrzegana jako: krzywda/strata (*harm/loss*), zagrożenie (*threat*) lub wyzwanie/niepewność (*challenge*). Krzywda dotyczy już zaistniałej szkody w postaci utraty wartościowych dla jednostki obiektów. Zagrożenie odnosi się do szkód, które dopiero mogą zaistnieć, a więc stres ma tu charakter antycypacji możliwych szkód. Natomiast wyzwanie także ma charakter antycypacyjny, ale dotyczy sytuacji, w której istnieje zarówno możliwość pojawienia się zysków, jak i poniesienia strat. Każda z wymienionych ocen związana jest z charakterystycznymi kategoriami emocji. W wypadku krzywdy/straty są to złość, żal oraz smutek. Zagrożenie odzwierciedla się w strachu, lęku, martwieniu się. Natomiast wyzwanie w zakresie doświadczeń emocjonalnych wyraża się i poprzez

emocje negatywne, zbliżone do tych charakterystycznych dla zagrożenia, i poprzez emocje pozytywne – nadzieję, zapał, podniecenie, rozweselenie.

Ocena pierwotna relacji podmiot–otoczenie i jej uznanie za stresową skutkuje uruchomieniem kolejnego procesu poznawczego zwanego oceną wtórną (*secondary appraisal*), która polega na szacowaniu możliwości poradzenia sobie z taką sytuacją. Ocena ta dotyczy możliwości podjęcia działań zaradczych, usuwających przyczyny stresu lub łagodzących jego skutki, a w przypadku wyzwania – prowadzących do uzyskania dostępnych korzyści. Ocena wtórna odnosi się jednocześnie do źródeł stresu, jak i zasobów jednostki. Oba procesy poznawcze – ocena pierwotna i ocena wtórna – przebiegają równocześnie i są ze sobą sprzężone. Tak więc koncepcja ta, oprócz wyjaśnienia zjawiska powstawania stresu, wskazuje też na wysiłek człowieka pojmowany jako radzenie sobie ze stresem (*coping*) [35–37].

Zgodnie z definicją Richarda Lazarusa i Susan Folkman radzenie sobie można określić jako „stałe zmieniające się poznawcze i behawioralne wysiłki danej osoby mające na celu uporanie się z konkretnymi zewnętrznymi i/lub wewnętrznymi wymaganiami ocenianymi przez tę osobę jako obciążające lub przekraczające jej zasoby” [32, s. 572]. Badacze wyodrębniają dwie funkcje działań zaradczych: (1) opanowanie sytuacji trudnej albo zmiana tej sytuacji poprzez aktywne działanie w kierunku rozwiązania (strategie skoncentrowane na problemie); (2) regulowanie reakcji emocjonalnej występującej w związku z problemem (strategie skoncentrowane na emocjach) [34, 35].

Wśród strategii ukierunkowanych na problem Richard Lazarus i Susan Folkman wymieniają:

- (a) konfrontacyjne zachowanie (np. obrona swojego stanowiska);
- (b) planowane rozwiązanie problemu (np. planowanie czegoś na różne sposoby).

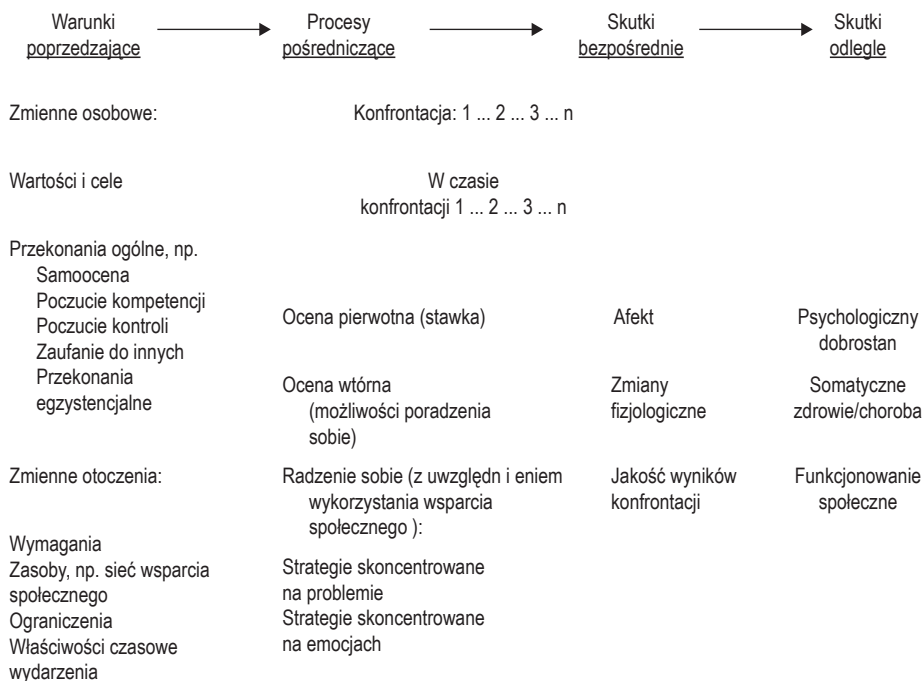
Wśród strategii skoncentrowanych na emocjach podają natomiast:

- (a) dystansowanie się (zachowanie typu „to mnie nie dotyczy”);
- (b) samokontrolę (np. nadmierne sztywne podchodzenie do danej sytuacji);
- (c) poszukiwanie wsparcia społecznego;
- (d) ucieczkę/unikanie (np. ucieczka w alkohol);
- (e) pozytywne przewartościowanie (np. szukanie plusów danej sytuacji) [32].

Znaczenie oceny poznawczej i radzenia sobie polega na tym, że procesy te pośredniczą między sytuacją stresową a jej skutkami u danej osoby. Skutki stresu można oceniać w 3 sferach, takich jak:

- (1) funkcjonowanie społeczne – role społeczne, relacje interpersonalne;
- (2) psychologiczny dobrostan – co dana jednostka czuje w odniesieniu do siebie i innych; poczucie szczęścia, satysfakcji, dobrostanu;
- (3) zdrowie somatyczne – stres może być przyczyną wielu chorób [32].

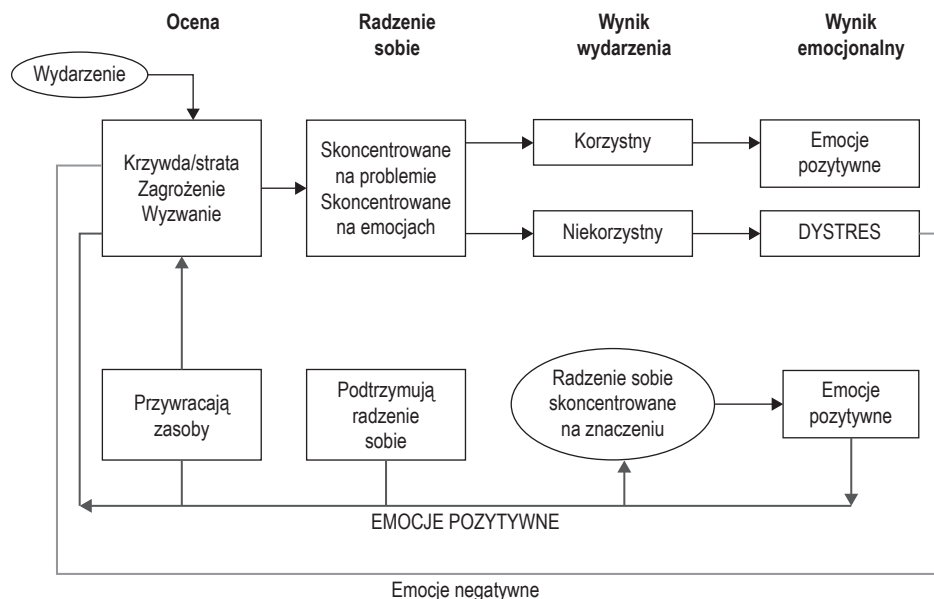
Na rysunku 1 przedstawiono krótko – i długofalowe efekty działania stresu.



Rysunek 1. **Model krótko – i długofalowych efektów działania stresu R. Lazarusa i S. Folkman (1987) [za: 34, s. 144]**

Susan Folkman kontynuowała prace nad sytuacjami stresowymi dotyczącymi osób z nieuleczalnymi chorobami. Poszukiwała odpowiedzi na pytanie, skąd się biorą pozytywne emocje w negatywnych, stresowych sytuacjach. Ustaliła, że możliwości zastosowania strategii radzenia sobie skoncentrowanego na problemie są ograniczone, jeśli źródło stresu nie daje się opanować. Wówczas autorka rozszerzyła model o radzenie sobie skoncentrowane na znaczeniu (*meaning-focused coping*): globalnym, odnoszącym się do wartości, przekonań oraz wyższych celów, lub sytuacyjnym, związanym z oceną konkretnej sytuacji w relacji do bliskich celów i własnego dobrostanu [35, 36]. Radzenie sobie ukierunkowane na znaczenie było odkrywcze i znalazło zastosowanie w innych koncepcjach. Na rysunku 2 przedstawiono model transakcji stresowej zmodyfikowany przez badaczkę.

Należy podkreślić, że psychologiczny mechanizm rozwoju PTSD w dużym stopniu odwołuje się do psychologii kognitywnej i pojęcia schematów poznawczych. Warto w tym miejscu przywołać teorię niedopasowania Horowitz, która zakłada, że jednostka doświadczająca PTSD charakteryzuje się pewnymi utrwalonymi schematami poznawczymi, wynikającymi z jej doświadczeń życiowych i dotyczącymi przekonań i oczekiwań związanych z przyszłością. Docierające nowe informacje dana osoba stara się prze-



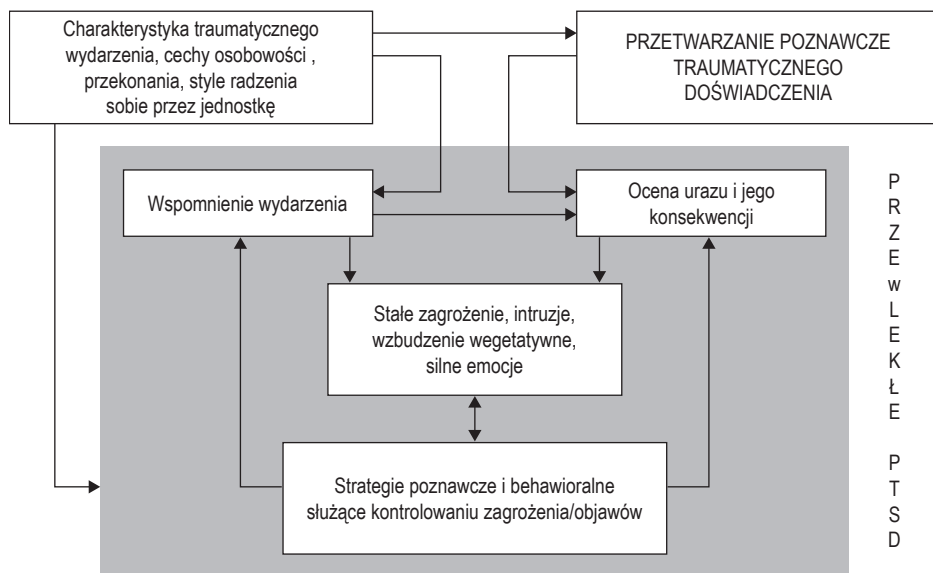
Rysunek 2. **Model transakcji stresowej R. Lazarusa i S. Folkman rozwinięty przez S. Folkman [za: 36]**

tworzyć i dopasować do już istniejących schematów [38, 39]. Stanowi to podstawę osadzenia objawów PTSD w teoriach uczenia się – bodźce neutralne występujące podczas traumatycznego doświadczenia ulegają generalizacji i same wywołują lęk [3]. Pacjent odbiera wtedy otaczający świat jako wyjątkowo niebezpieczny i złowrogi, a innych ludzi jako niegodnych zaufania. Według Horowitza można wyodrębnić pięć faz reakcji potraumatycznej, takich jak:

- (1) faza krzyku, jako bezpośrednia reakcja na zdarzenie, w której mogą wystąpić emocje strachu, smutku, wściekłości;
- (2) faza zaprzeczania, w której jednostka ignoruje zagrożenie lub stratę;
- (3) faza intruzji, podczas której powracają myśli, emocje i obrazy związane z traumą;
- (4) faza przepracowania, w której dochodzi do utworzenia nowych schematów lub zrewidowania istniejących, dzięki czemu następuje stopniowe odbudowywanie wewnętrznej równowagi;
- (5) faza zakończenia, finalizująca proces przetwarzania zdarzenia traumatycznego, w której dochodzi do utrwalenia się nowych schematów związanych z doznaną traumą [38, 39].

W modelu przewlekłego stresu (rys. 3) jego autorzy – Anke Ehlers i David M. Clark – podkreślają znaczenie ocen urazu i jego wpływu na dalsze życie danej osoby (np.: „Świat jest całkiem niebezpieczny”; „Ludzie nie są godni zaufania”), oceny siebie, własnej postawy podczas traumy (np.: „Jestem temu winien”; „Jestem słaby”)

i możliwego późniejszego odczuwania wstydu z powodu nieporadzenia sobie z zagrożeniem, a także ocen objawów PTSD (np.: „Nieradzenie sobie z lękiem jest oznaką słabości psychicznej”). Konsekwencje to stałe poczucie zagrożenia, przeżywanie lęku, nasilone objawy wzbudzenia wegetatywnego prowadzące do zastosowania strategii poznawczych i behawioralnych o charakterze unikania [3, 4].

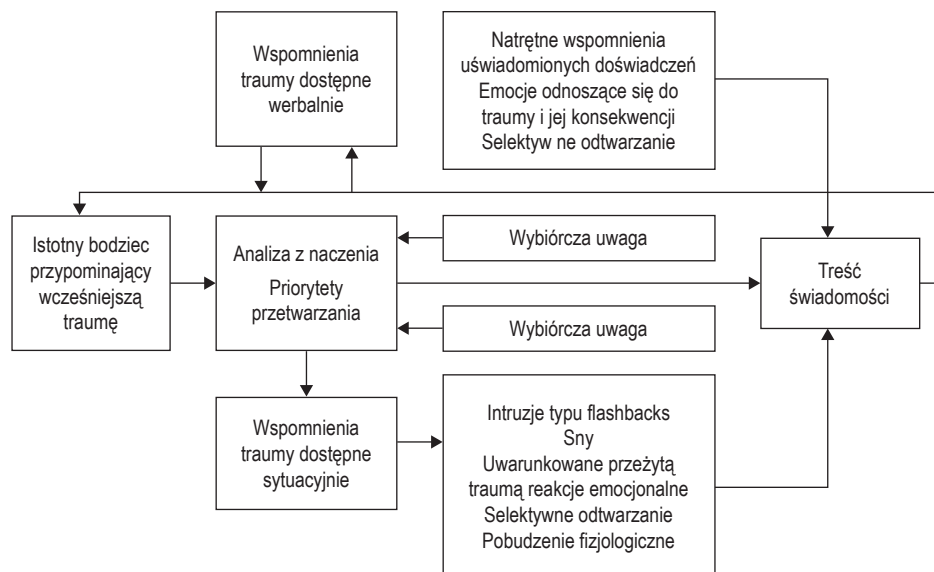


Rysunek 3. Model poznawczy przewlekłego PTSD według Anke Ehlers i Davida Clarka [za: 3, s. 124]

Jednakże unikanie, zarówno poznawcze, jak i behawioralne, nie tylko nie pozwala na przepracowanie traumy, ale wręcz odwrotnie – utrwala lęk. Unikanie wspomnień o traumie i wszystkiego, co jest z nią kojarzone, utrzymuje się poprzez proces wzmocnienia negatywnego, czyli eliminację przykrego uczucia lęku na krótką metę. W dłuższej perspektywie unikanie podtrzymuje lęk powodowany przez traumę, utrudniając jej emocjonalne przetworzenie [10].

Zgodnie z teorią emocjonalnego przetwarzania, sformułowaną przez Ednę B. Foa i Micheala J. Kozaka, strach jest reprezentowany w pamięci jako pewna struktura poznawcza będąca „programem ochrony” przed niebezpieczeństwem. Owa struktura strachu obejmuje zbyt wiele bodźców błędnie kojarzonych z zagrożeniem, a także reprezentacje pobudzenia fizjologicznego i reakcji behawioralnych, których odzwierciedleniem są objawy PTSD. Ze względu na wielość bodźców odbieranych jako niebezpieczne osoba dotknięta zespołem stresu pourazowego postrzega cały świat jako zagrażający. W dodatku wspomnienie własnego zachowania w momencie zdarzenia traumatycznego, późniejsze objawy psychopatologiczne oraz negatywne interpretacje objawów stresu pourazowego są kojarzone z własną bezradnością, wadliwością

i niekompetencją. Związki między poszczególnymi elementami struktury strachu są fragmentaryczne i źle zorganizowane, niespójne. Unikanie uniemożliwia dostęp do struktury strachu i wprowadzenie korektywnych informacji [10].



Rysunek 4. Model poznawczego przetwarzania traumy opracowany przez Chrisa Brewina i wsp. [10, s. 676] w ramach teorii podwójnej reprezentacji PTSD

Podobna negatywna rola jest przypisywana unikaniu w modelu poznawczym opracowanym przez zespół pod kierownictwem Chrisa Brewina [40] w ramach teorii podwójnej reprezentacji PTSD (*dual representation theory of posttraumatic stress disorder*) (rys. 4). Autorzy tego modelu wyróżniają dwa odmienne rodzaje wspomnień wydarzenia traumatycznego: (1) sytuacyjnie dostępne jako doświadczenia mimowolnej intruzji, wspomnienia typu *flashback*, które są przetwarzane nieświadomie; (2) werbalnie dostępne jako świadomie przywoływana narracja na temat traumatycznego zdarzenia.

W postaci sytuacyjnie dostępnych wspomnień przechowane zostają cechy i szczegóły wydarzeń traumatycznych, takie jak m.in. dźwięki, zapachy, obrazy, które nie podlegają świadomej kontroli. Mogą one zostać przywołane jedynie mimowolnie z pamięci utajonej (*implicit memory*) jako odpowiedź na bodziec sytuacyjny.

Drugi system wspomnień, tj. tych werbalnie dostępnych, aktywizuje się natomiast wtedy, gdy pacjent świadomie zastanawia się i przypomina sobie zdarzenie traumatyczne, np. próbując je zrozumieć lub zintegrować jego cechy i szczegóły. W pamięci jawnej przechowywane są różne wolicjonalnie dostępne zapisy wydarzeń autobiograficznych, towarzyszących im emocji oraz sposoby ich interpretacji, które można

poddać zmianie. Jednakże reakcja lękowa towarzysząca traumie w każdym wypadku prowadzi do upośledzenia pamięci krótkotrwałej i wystąpienia wybiórczej uwagi.

Proces przetwarzania traumy może być skuteczny, jeśli pacjent uzyskuje odpowiednie wsparcie, umożliwiające wielokrotne omawianie bolesnych wspomnień i zmniejszenie negatywnych stanów emocjonalnych, oraz nadaje nowe znaczenie swoim przeżyciom. Z drugiej strony próba poznawczej integracji wydarzenia traumatycznego może przerodzić się w chroniczne przetwarzanie poprzez uporczywe zaabsorbowanie pacjenta myślami na temat traumy, gdy towarzyszą im objawy pobudzenia oraz trudności w funkcjonowaniu uwagi i pamięci. Wówczas trauma nie zostanie zasymilowana do jednego z wielu wydarzeń w ciągu życia, ale będzie odbierana jako powtarzający się, zewnętrzny względem podmiotu fakt.

Trzecim możliwym scenariuszem jest przedwczesne zahamowanie przetwarzania emocjonalnego wskutek unikania myślenia o traumie, jak również związanego z nią nieprzyjemnego pobudzenia. W efekcie nie dochodzi do opracowania wspomnień i pacjent zostaje narażony na ich reaktywację na dalszych etapach życia, zwłaszcza jeżeli będzie wystawiony na działanie bodźca przypominającego traumatyczne wydarzenie [40, 41].

Należy zaznaczyć, że tylko część tej koncepcji została poddana empirycznej weryfikacji, przez co wymaga ona dalszych badań. Dostrzega się przy tym duże utrudnienia z powodu znacznego rozbudowania konceptu teoretycznego, a także ze względów etycznych: przeprowadzenia eksperymentu na ludziach dotyczącego psychologicznych konsekwencji wydarzeń traumatycznych [41].

Różne rodzaje terapii poznawczo-behawioralnych reprezentują to wiodące podejście paradygmatyczne w leczeniu PTSD. Wśród silnie zalecanych form psychoterapii znajdują się: terapia poznawczo-behawioralna (CBT), terapia przetwarzania poznawczego (CPT) oraz terapia poznawcza prowadzona metodą przedłużonej ekspozycji (PE) [1, 21, 42].

Leczenie PTSD u dzieci i młodzieży

W sytuacji leczenia PTSD u dzieci i adolescentów nieodzowna staje się kompleksowość opieki. Uwzględnienia wymaga wiele złożonych zagadnień psychologicznych, medycznych, prawnych i związanych z ochroną praw dziecka, które trzeba znać, by skutecznie odnieść się do terapeutycznych potrzeb tej populacji [9, 43]. Przegląd literatury naukowej wskazuje, że w wypadku PTSD i pokrewnych trudności w grupie dzieci i młodzieży najlepiej potwierdzona została skuteczność zogniskowanej na traumie terapii poznawczo-behawioralnej (TF-CBT) [7, 41].

TF-CBT (*Trauma-focused Cognitive Behavioural Therapy*) jest ujęciem modułowym, hybrydowym, integrującym interwencje czule na traumę, procedury poznawczo-behawioralne, a także aspekty teorii przywiązania, neurobiologii rozwojowej, teorii systemowej, koncepcji uwłasnowolnienia i ujęć humanistycznych. TF-CBT jest przeznaczona dla dzieci i młodzieży w wieku 3–18 lat oraz ich rodziców, którzy zmagają się z konsekwencjami traumatycznych doświadczeń. Moduły TF-CBT odnoszą się w szczególności do objawów PTSD, depresji i lęku, a ponadto do negatywnych na-

stępsstw tych zaburzeń. Sesje terapeutyczne obejmują pracę z dziećmi i ich opiekunami w celu wsparcia ich wzajemnej relacji podczas radzenia sobie ze skutkami traumy. TF-CBT wykazała się znakomitą skutecznością w pomaganiu dzieciom, jak również ich rodzicom w odzyskaniu równowagi oraz przezwyciężeniu PTSD [8, 44].

Skoncentrowana na traumie terapia poznawczo-behawioralna według modelu Edny B. Foa i współpracowników prowadzona metodą przedłużonej ekspozycji jest przeznaczona dla młodzieży w wieku 13–17 lat z zaburzeniem stresowym pourazowym. Zawiera te same elementy, co przedłużona ekspozycja dla dorosłych, ale protokół został zmodyfikowany tak, aby uwzględnić specyficzne aspekty rozwojowe młodych pacjentów. Ponadto został uzupełniony o część obejmującą pracę z rodzicami. Główne założenie dotyczy uczenia pacjenta przez terapeutę sposobów radzenia sobie z objawami zespołu stresu pourazowego w trakcie 11 do 18 sesji (średnio 14). W Polsce jest stosowany tylko ten jeden szczegółowy program leczenia PTSD u nastolatków, opracowany przez Ednę Foa, Evę Gilboa-Schechtman i Kelly Chrestman [10, 45–47].

Interwencje psychologiczne w leczeniu PTSD u dzieci i młodzieży w zaleceniach NICE (*National Institute for Health and Care Excellence* – brytyjskiego Narodowego Instytutu Zdrowia i Doskonałości Klinicznej) obejmują:

- indywidualną TF-CBT dla dzieci w wieku 5–6 lat z diagnozą PTSD lub z klinicznie istotnymi objawami PTSD widocznymi dłużej niż miesiąc po traumatycznym wydarzeniu;
- indywidualną TF-CBT dla dzieci i młodzieży w wieku 7–17 lat z diagnozą PTSD lub z klinicznie istotnymi objawami PTSD trwającymi 1–3 miesiące po wydarzeniu traumatycznym;
- indywidualną TF-CBT dla dzieci i młodzieży w wieku 7–17 lat z diagnozą PTSD lub z klinicznie istotnymi objawami PTSD trwającymi ponad 3 miesiące po wydarzeniu traumatycznym [48].

Zarówno NICE, jak i National Health Service w Wielkiej Brytanii zalecają rozważenie zastosowania procedury odwracliwiania i ponownego przetwarzania za pomocą ruchu gałek ocznych – EMDR (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*) dla dzieci i młodzieży w wieku 7–17 lat z rozpoznaniem PTSD lub klinicznie istotnymi objawami PTSD, które wystąpiły ponad 3 miesiące po traumatycznym wydarzeniu, tylko wtedy, gdy nie ma efektu terapii lub dziecko nie angażuje się w TF-CBT [48, 49]. Terapia EMDR za pomocą powtarzających się i rytmicznych ruchów gałek ocznych (lub bodźców dotykowych, słuchowych), połączonych z wyobrażeniową reprezentacją trudnego wspomnienia ma ułatwiać przetworzenie informacji, które gwarantuje wyeliminowanie zaburzenia na poziomie emocjonalnym. EMDR przebiega zgodnie z ośmioetapowym protokołem, którego celem jest pełne przetworzenie traumy, tak aby jej wspomnienie nie wywoływało niepokojących objawów w teraźniejszości. Terapia ta dotyczy zarówno PTSD, jak i C-PTSD [44].

Ponadto wobec dzieci w wieku wczesnoszkolnym i młodzieży może być skutecznie stosowana ekspozycyjna terapia narracyjna. Ta odmiana CBT, która jest inspirowana procedurą przedłużonej ekspozycji, ma na celu obniżenie objawów poznawczego i be-

hawioralnego unikania myśli, emocji oraz sytuacji związanych z przeżytym urazem. W odniesieniu do traumy jednego rodzaju doświadczanej przez grupę dzieci znajduje zastosowanie w terapii grupowej [44].

Terapia grupowa może być skuteczna w przezwyciężaniu PTSD i innych objawów pourazowych u dzieci i młodzieży. Ponadto stanowi praktyczne rozwiązanie np. w krajach rozdartych wojną, gdzie wiele dzieci zostało narażonych na wspólną traumę na dużą skalę, a terapeutów brakuje. Włączenie leczenia farmakologicznego u dzieci wymaga większej rozważliwości i ostrożności i nie jest zalecane. Wdrażanie samego leczenia farmakologicznego, bez psychoterapii, jest niewskazane [8, 9].

Dostępnych jest niewiele systematycznych badań nad skutecznością interwencji CBT ukierunkowanych na PTSD u dzieci i młodzieży. Należy przy tym podkreślić, że oprócz wprowadzania odpowiednich metod CBT poświęconych *stricte* zespołowi stresu pourazowego warto uwzględnić także pracę nad złożonymi reakcjami współwystępującymi u dzieci i młodzieży (np. nad żałobą, gniewem, depresją, lękiem), a jednocześnie wzmacniać poszukiwanie wsparcia społecznego oraz rozwijanie pozytywnych umiejętności radzenia sobie. W świetle doniesień naukowych potrzebne są opracowania i ewaluacja złożonych wieloaspektowych interwencji przeznaczonych do leczenia PTSD u dzieci i młodzieży [50].

Leczenie PTSD u osób dorosłych

Badania nad leczeniem PTSD u dorosłych wskazują na skuteczność przede wszystkim takich form terapii z nurtu poznawczo-behawioralnego, jak: terapia metodą przedłużonej ekspozycji (*Prolonged Exposure* – PE), terapia poznawcza, terapia przetwarzania poznawczego (*Cognitive Processing Therapy* – CPT), narracyjna terapia ekspozycyjna (*Narrative Exposure Therapy* – NET), EMDR – desensytyzacja za pomocą ruchów gałek ocznych z ponownym przetwarzaniem oraz trening uodporniania na stres (*Stress Inoculation Training* – SIT) [1, 4]. Dodatkowo w Polsce został przebadany pierwszy protokół terapii poznawczej PTSD „Skuteczne działanie w stresie”, którego główne założenia stanowią program profilaktyki PTSD dla osób narażonych na traumatyzację zawodową [51]. W niniejszej pracy zostaną przedstawione metoda przedłużonej ekspozycji i przetwarzania emocjonalnego (PE) oraz terapia przetwarzania poznawczego (CPT) jako najlepiej zbadane pod względem skuteczności oraz najszerzej opisane w literaturze naukowej w związku z upowszechnieniem ich efektów [1, 3, 4, 42, 52].

Terapia metodą przedłużonej ekspozycji (PE) składa się z 10 do 15 spotkań, podczas których stosowane są przede wszystkim techniki: (a) ekspozycji *in vivo*; (b) ekspozycji w wyobrażeniach; (c) restrukturyzacji poznawczej; (d) pracy osobistej pacjenta. Celem terapii jest przezwyciężenie patologicznej struktury strachu poprzez niestosowanie unikania poznawczego lub behawioralnego i zastąpienie jej obserwacją przez pacjenta zjawiska habituacji w drodze zwiększenia zdolności doświadczania negatywnego afektu. Najliczniejszą grupą osób leczonych PE są ofiary gwałtów, działań wojennych i wypadków komunikacyjnych. Skuteczność PE wynosi 70–80%. W przeglądzie metaanaliz nad skutecznością CBT zostały przytoczone badania empiryczne, które charakteryzują owe efekty [1, 3, 4, 42, 53].

W Polsce w ramach programów TRAKT I–III zostały przeprowadzone badania kliniczne nad traumą i zespołem stresu pourazowego porównujące skuteczność psychoterapii, farmakoterapii i leczenia skojarzonego. Wyniki uzyskane w grupie 228 ofiar wypadków komunikacyjnych wykazały zdecydowaną przewagę terapii metodą przedłużonej ekspozycji i skuteczność sięgającą 65,4% [6].

Patricia A. Resick w wyniku długoletniej pracy badawczo-naukowej w dziedzinie stresu traumatycznego wraz ze współpracownikami opracowała terapię przetwarzania poznawczego (*Cognitive Processing Therapy* – CPT). Na etapie treningu i konceptualizacji w ramach CPT są charakteryzowane zależności między biologicznymi podstawami PTSD a oddziaływaniami terapeutycznymi, które korzystnie wpływają na leczenie. Metody wykorzystywane w CPT to w pierwszej kolejności dialog sokratejski oraz praca na materiałach informacyjnych i kartach ćwiczeń, natomiast CPT+A opiera się w głównej mierze na pisemnych relacjach. Jednym z celów CPT jest nauczenie pacjentów większej elastyczności w myśleniu – a dokładnie nauczenie ich krytycznego myślenia o tym, co mówią samym sobie na temat przyczyn traumatycznych zdarzeń oraz ich konsekwencji dla nich samych i innych osób. Mottem CPT wydaje się stwierdzenie, że „ludzie potrafią zmieniać swoje poglądy” [7, 52, 54].

Podręcznik dla klinicystów opisuje 12 sesji. Pierwsza połowa terapii (sesje 1–5) jest skoncentrowana na samej traumie bądź traumach i poznawaniu, co pacjent mówi sam sobie na ten temat. Obejmuje m.in. psychoedukację z zakresu objawów PTSD, rewizję traumy wyjściowej, poznawanie martwych punktów (*stuck points* – błędnych myśli i przekonań powstałych w czasie traumy) i przetwarzanie zdarzenia wyjściowego. Sesje 6–7 poświęcone są nauce zmieniania samego siebie z użyciem kart ćwiczeń schematów myślenia problematycznego oraz za pomocą kwestionowania przekonań. Sesje 8–10 to przepracowywanie tematów bezpieczeństwa, zaufania, władzy/kontroli. Na sesjach 11 i 12 omawiane są kwestie zakończenia terapii oraz zagadnienia szacunku, bliskości i mierzenia się z przyszłością. Po ukończeniu protokołu CPT odbywają się spotkania kontrolne w ramach opieki pochorobowej [7, 52, 54].

Aktualny przegląd empirycznych podstaw CPT zawiera 14 badań klinicznych z randomizacją (*Randomized Controlled Trial* – RCT –) testujących CPT oraz obszernie badania niekontrolowane testujące efektywność CPT w realnym środowisku klinicznym. Patricia A. Resick i wsp. [54] porównali CPT z PCT (*Present-focused Treatment*) wśród żołnierzy armii amerykańskiej pełniących służbę w Iraku lub Afganistanie (albo w ich okolicach), którzy poszukiwali pomocy z powodu PTSD. Obie terapie skutkowały poprawą w zakresie objawów PTSD, lecz CPT wiązała się znacznie częściej z poprawą w zakresie większej liczby objawów PTSD. W wyniku CPT uzyskano ponadto zmniejszenie nasilenia objawów depresji, które utrzymywało się także w czasie oceny po zakończeniu terapii.

Dotychczas podręczniki CPT zostały przetłumaczone na 12 języków, a sama terapia sprawdza się w różnych kulturach. Podejście to jest zindywidualizowane i uwzględnia konteksty kulturowe, zgodnie z którymi zostały dokonane adaptacje podręczników [7, 54].

Także rozwijająca się tzw. trzecia fala terapii poznawczo-behawioralnych wnosi ważny wkład w leczenie zaburzeń psychicznych. Do najbardziej znanych terapii

„trzeciej fali” należą: terapia poprzez akceptację i zaangażowanie (*Acceptance and Commitment Therapy* – ACT), terapia dialektyczno-behawioralna (*Dialectical Behaviour Therapy* – DBT), podejście oparte na procesach (*Process-Based Therapy* – PBT), a także zaliczana przez różnych autorów do podejścia integracyjnego terapia schematu (*Schema Therapy* – ST). Ich szczegółowe omówienie wymagałoby jednak osobnego opracowania.

Podsumowanie

W obliczu ogólnoswiatowego kryzysu wywołanego toczącymi się wojnami, niszczącymi skutkami powodzi i tsunami, jak również rozwojem technologicznym oraz proliferacją informacji współczesny człowiek zmaga się z nieustanną potrzebą zapobiegania i przeciwdziałania stresowi lub poszukuje pomocy z powodu PTSD i C-PTSD. Złożoność tego zagadnienia podtrzymuje zapotrzebowanie na dalszy rozwój narzędzi badawczych, modeli poznawczych oraz skutecznych metod leczenia PTSD/C-PTSD u dzieci, młodzieży i osób dorosłych.

W odniesieniu do PTSD szczególnie ważne jest, aby korzystać z terapii opartych na dowodach naukowych (*evidence-based treatment*), czyli takich, których skuteczność można zbadać, a efekty uboczne przewidzieć. Przy czym fachowej pomocy psychoterapeutycznej może udzielać tylko osoba odpowiednio przeszkolona. Do prowadzenia psychoterapii poznawczo-behawioralnej uprawniony jest jedynie wykwalifikowany specjalista [55].

Zgodnie z najnowszym przeglądem metaanaliz nad skutecznością CBT i zaleceniami czołowych towarzystw TF-CBT (w tym ekspozycja przedłużona Edny Foa, terapia przetwarzania poznawczego Patricii Resick, terapia poznawczo-behawioralna Anke Ehlers i narracyjna terapia ekspozycyjna Franka Neunera) jest psychoterapią należącą do leczenia pierwszego wyboru dla osób w różnym wieku z objawami PTSD po traumie incydentalnej, a więc nie tylko dorosłych, lecz także dzieci i młodzieży. W wypadku traumy wielokrotnej, złożonej i C-PTSD zarówno TF-CBT, jak i IPT (terapia interpersonalna) i EMDR okazały się skuteczne w leczeniu osób dorosłych. W populacji dzieci i młodzieży doświadczających traumy złożonej TF-CBT okazała się skuteczną terapią, ale wskazane jest zgromadzenie większej liczby badań empirycznych, podobnie jak w odniesieniu do skuteczności terapii CBT z „trzeciej fali” [1]. Na koniec pozostaje wyrazić nadzieję, że podejścia oparte na paradygmacie poznawczo-behawioralnym będą dalej się rozwijać i służyć pomocą osobom zmagającym się z PTSD oraz C-PTSD.

Piśmiennictwo

1. Kowalski J, Blaut A, Dragan M, Farley D, Pankowski D, Sanna K i wsp. *Systematyczny naracyjny przegląd metaanaliz badań nad skutecznością psychoterapii poznawczo-behawioralnej i zaleceń terapeutycznych opublikowanych między 2010 a 2023*. Warszawa: Polskie Towarzystwo Terapii Poznawczej i Behawioralnej im. Prof. Zdzisława Bizonia; 2024.
2. Foa EB, Hembree EA, Rothbaum BO. *Prolonged exposure therapy for PTSD: Emotional processing of traumatic experiences: Therapist guide*. New York: Oxford University Press; 2007.
3. Popiel A, Pragłowska E. *Psychoterapia poznawczo-behawioralna. Teoria i praktyka*, wyd. 2 rozszerzone. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2022.
4. Popiel A, Pragłowska E. *Terapia zaburzeń potraumatycznych*. W: Strelau J, Zawadzki B, Kaczmarek M. red. *Konsekwencje psychiczne traumy*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR; 2009. S. 343–374.
5. Popiel A, Zawadzki B. *Od badań podstawowych do wdrożenia metod terapii i profilaktyki PTSD*. *Przegląd Psychologiczny* 2021; 64(1): 45–60. Doi: 10.31648/pp.7320.
6. Popiel A, Zawadzki B, Pragłowska E, Teichman Y. *Prolonged exposure, paroxetine and the combination in the treatment of PTSD following a motor vehicle accident. A randomized clinical trial – The “TRAKT” study*. *J. Behav. Ther. Exp. Psychiatry*. 2015; 48: 17–26. Doi: 10.1016/j.jbtep.2015.01.002.
7. Resick PA, Monson CM, Chard KM. *Terapia przetwarzania poznawczego w zespole stresu pourazowego (PTSD): podręcznik dla klinicystów*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2019.
8. Cohen JA, Mannarino AP, Deblinger E. *Terapia traumy i traumatycznej żałoby u dzieci i młodzieży*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2011.
9. Dąbkowska M. *Zaburzenie stresowe pourazowe*. W: Janas-Kozik M, Wolańczyk T. red. *Psychiatria dzieci i młodzieży*, t. 2. Warszawa: PZWL; 2022. S. 15–44.
10. Foa EB, Gilboa-Schechtman E, Chrestman KR. *Przedłużona ekspozycja w terapii PTSD nastolatków. Emocjonalne przetwarzanie traumatycznych doświadczeń. Podręcznik terapeuty*. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2014.
11. Scheeringa MS, Weems CF, Cohen JA, Amaya-Jackson L, Guthrie D. *Trauma-focused cognitive-behavioral therapy for posttraumatic stress disorder in three-through six year-old children: A randomized clinical trial*. *J. Child. Psychol. Psychiatry* 2011; 52(8): 853–860. Doi: 10.1111/j.1469-7610.2010.02354.x.
12. Merecz-Kot D. *Diagnoza zaburzeń w stanie zdrowia po doświadczeniach traumatycznych – perspektywa historyczno-kulturowa*. W: Dragan M, Rzeszutek M. red. *Z badań nad traumą psychiczną w Polsce*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR; 2021. S. 17–39.
13. Zawadzki B, Popiel A, Pragłowska E. *Temperamentalna reaktywność emocjonalna a objawy pourazowego zaburzenia stresowego (PTSD): podsumowanie wyników badań własnych prowadzonych w pierwszych dwudziestu latach XXI wieku*. W: Dragan M, Rzeszutek M. red. *Z badań nad traumą psychiczną w Polsce*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR; 2021. S. 67–96.
14. Steuden S, Janowski K. *Trauma – kontrowersje wokół pojęcia, diagnoza, następstwa, implikacje praktyczne*. *Roczniki Psychologiczne* 2016; 19(3): 549–565. Doi: <http://dx.doi.org/10.18290/rpsych.2016.19.3-5pl>.
15. Bomba J. *Systemy diagnostyczne i klasyfikacyjne w psychiatrii dzieci i młodzieży*. W: Janas-Kozik M, Wolańczyk T. red. *Psychiatria dzieci i młodzieży*, t. 1. Warszawa: PZWL; 2022. S. 15–27.

16. Gałęcki P. *Kryteria diagnostyczne DSM-5-TR*. Wrocław: Edra Urban & Partner; 2024.
17. Łosiak W. *Natura zaburzeń psychicznych a ich opisywanie. Esej o podejściu dymensjonalnym*. W: Brudek P, Mącik D, Kuncewicz D. red. *Psychologia kliniczna w trosce o godność człowieka*. Lublin: Towarzystwo Naukowe KUL; 2022. S. 347–255.
18. Meiser-Stedman R. *Towards a cognitive-behavioral model of PTSD in children and adolescents*. Clin. Child. Fam. Psychol. Rev. 2002; 5(4): 217–232. Doi: 10.1023/a:1020982122107.
19. Scheeringa MS, Myers L, Putnam FW, Zeanah CH. *Diagnosing PTSD in early childhood: An empirical assessment of four approaches*. J. Trauma. Stress 2012; 25(4): 359–367. Doi: 10.1002/jts.21723.
20. Scheeringa MS, Zeanah Ch, Drell MI, Larrien IA. *Two approaches to the diagnosis of post-traumatic stress disorder in infancy and early childhood*. J. Am. Acad. Child. Adol. Psychiatry 1995; 34(2): 191–200.
21. Gałęcki P, Szulc A. *Psychiatria. Rozpoznania według ICD-11*. Wrocław: Edra Urban & Partner; 2023.
22. Herman JL. *Przemoc – uraz psychiczny i powrót do równowagi*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2002.
23. Brewin CR. *Complex post-traumatic stress disorder: A new diagnosis in ICD-11*. B. J. Psych. Adv. 2020; 26: 145–152. Doi: 10.1192/bja.2019.48.
24. Frón O, Lewandowska A. *Złożony zespół stresu pourazowego u dzieci i młodzieży – walidacja nowego zaburzenia w ICD-11*. W: Lewandowska A. red. *Psychiatria wieku rozwojowego. Monografia Psychiatrii po Dyplomie*. Warszawa: Medical Tribune; 2023. S. 75–80.
25. Popiel A, Zawadzki B. *Psychoterapia – quo vadis?* Kwartalnik NAUKA. 2023; 3: 61–85. Doi: 10.24425/nauka.2023.147311.
26. Zawadzki B, Popiel A. *Na rozstaju dróg: struktura objawów stresu pourazowego (PTSD) po DSM-5, a przed ICD-11*. Kwartalnik NAUKA. 2014; 4: 69–86.
27. Cloitre M, Garvert DW, Brewin CR, Bryant RA, Maercker A. *Evidence for proposed ICD-11 PTSD and complex PTSD: A latent profile analysis*. Eur. J. Psychotraumatol. 2013; 4: 1–12. Doi: 10.3402/ejpt.v4i0.20706.
28. Cloitre M, Garvert DW, Weiss B, Carlson EB, Bryant RA. *Distinguishing PTSD, complex PTSD, and borderline personality disorder: A latent class analysis*. Eur. J. Psychotraumatol. 2014; 5: 1–10. Doi: 10.3402/ejpt.v5.25097.
29. Olszewska O. *Założenia terapii poznawczo-behawioralnej – czym jest, a czym nie jest ta terapia*. W: Kołakowski A. red. *Psychoterapia poznawczo-behawioralna dzieci i młodzieży: przewodnik praktyka*. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2021. S. 21–26.
30. Bryńska A. *Terapia poznawczo-behawioralna*. W: Janas-Kozik M, Wolańczyk T. red. *Psychiatria dzieci i młodzieży*, t. 2. Warszawa: PZWL; 2022. S. 473–485.
31. Kołakowski A. *Konceptualizacja*. W: Kołakowski A. red. *Psychoterapia poznawczo-behawioralna dzieci i młodzieży: przewodnik praktyka*. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2021. S. 177–198.
32. Folkman S, Lazarus RS, Gruen RJ, DeLongis A. *Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms*. J. Pers. Soc. Psychol. 1986; 50(3): 571–579. Doi: 10.1037//0022-3514.50.3.571.
33. Lazarus RS, DeLongis A, Folkman S, Gruen R. *Stress and adaptational outcomes. The problem of confounded measures*. Am. Psychol. 1985; 40(7): 770–785.
34. Lazarus RS, Folkman S. *Transactional theory and research on emotions and coping*. Eur. J. Pers. 1987; 1: 141–169. <https://doi.org/10.1002/per.2410010304>.

35. Heszen I, Sęk H. *Zdrowie i stres*. W: Strelau J, Doliński D. red. *Psychologia. Podręcznik akademicki*, t. 2. Gdańsk: GWP; 2008. S. 682–734.
36. Heszen I. *Kliniczna psychologia zdrowia*. W: Cierpiałkowska L, Sęk H. red. *Psychologia kliniczna*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2020. S. 518–541.
37. Falewicz A. *Psychologiczne koncepcje stresu i radzenia sobie*. *Studia Paradyskie* 2017; 27: 279–293.
38. Ogińska-Bulik N. *Pozytywne skutki doświadczeń traumatycznych. Czyli kiedy łzy zamieniają się w perły*. Warszawa: Difin; 2013.
39. Ogińska-Bulik N. *Dwa oblicza traumy. Negatywne i pozytywne skutki zdarzeń traumatycznych u pracowników służb ratowniczych*. Warszawa: Difin; 2015.
40. Brewin CR, Dalgleish T, Joseph S. *A dual representation theory of posttraumatic stress disorder*. *Psychol. Rev.* 1996; 103(4): 670–686. Doi: 10.1037/0033-295x.103.4.670.
41. Sieński MM. *Rewiktymizacja wśród kobiet doznających przemocy w rodzinie. Znaczenie wczesnych nieadaptacyjnych schematów*. Praca doktorska, Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu; 2021.
42. Foa EB, Gillihan SJ, Bryant RA. *Challenges and Successes in Dissemination of Evidence-Based Treatments for Posttraumatic Stress: Lessons Learned From Prolonged Exposure Therapy for PTSD*. *Psychol. Sci. Public Interest* 2013; 14(2): 65–111. Doi: 10.1177/1529100612468841.
43. Deblinger E, Behl LE, Glickman AR. *Leczenie dzieci, które doświadczyły wykorzystania seksualnego*. W: Kendall PC. red. *Terapia dzieci i młodzieży. Procedury poznawczo-behawioralne*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2010. S. 365–396.
44. Zdankiewicz-Ściagała E. *Zaburzenia związane ze stresorami traumatycznymi i urazami psychicznymi*. W: Grzegorzewska I, Cierpiałkowska L, Borkowska AR. red. *Psychologia kliniczna dzieci i młodzieży*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2020. S. 453–470.
45. Chrestman KR, Gilboa-Schechtman E, Foa EB. *Odzyskaj życie po traumie: przedłużona ekspozycja w terapii PTSD nastolatków. Poradnik pacjenta*. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2014.
46. Kołakowski A. *Terapia dzieci i młodzieży – podejście poznawczo-behawioralne*. W: Grzegorzewska I, Cierpiałkowska L, Borkowska AR. red. *Psychologia kliniczna dzieci i młodzieży*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2020. S. 803–829.
47. Siwek K. *Terapia PTSD dzieci i młodzieży*. W: Kołakowski A. red. *Psychoterapia poznawczo-behawioralna dzieci i młodzieży: przewodnik praktyka*. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2021. S. 315–327.
48. NICE 2018. *Post-traumatic stress disorder*. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116/chapter/Recommendations#management-of-ptsd-in-children-young-people-and-adults> (dostęp: 6.08.2024).
49. NHS 2022. *Treatment – Post-traumatic stress disorder*. <https://www.nhs.uk/mental-health/conditions/post-traumatic-stress-disorder-ptsd/treatment/> (dostęp: 6.08.2024).
50. La Greca AM, Silverman W. *Leczenie młodocianych ofiar katastrof i aktów terroryzmu*. W: Kendall PC. red. *Terapia dzieci i młodzieży. Procedury poznawczo-behawioralne*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2010. S. 339–364.
51. Popiel A, Zawadzki B, Pragłowska E, Habrat P, Gajda P. *Skuteczne działanie w stresie. Program profilaktyki PTSD dla osób narażonych na traumatyzację zawodową*. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2019.
52. Briere J, Scott C. *Podstawy terapii traumy. Diagnoza i metody terapeutyczne*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia Polskiego Towarzystwa Psychologicznego; 2010.

-
53. Popiel A. *Terapia poznawcza poczucia winy związanego z traumą u osób z PTSD*. Psychiatr. Pol. 2014, 48(3): 615–625.
 54. Resick PA, Wachen JS, Mintz J, Young-McCaughan S, Roache JD, Borah AM i wsp. *A randomized clinical trial of group cognitive processing therapy compared with group present-centered therapy for PTSD among active duty military personnel*. J. Consult. Clin. Psychol. 2015; 83(6): 1058–1068. Doi: 10.1037/ccp0000016.
 55. Molęda-Kusidło B, Naczyński M, Skotnicka-Chaberek M. *Pomaganie z głową. Broszura informacyjna dla pracowników oświaty o mechanizmach związanych z reakcjami traumatycznymi i skutecznymi sposobach radzenia sobie z nimi*. Warszawa: Polskie Towarzystwo Terapii Poznawczej i Behawioralnej im. Prof. Zdzisława Bizonia; 2024.

Autor korespondencyjny: Valentina Fedorovich
e-mail: valentina.fedorovich@kul.pl