

Aleksandra Cebella, Izabela Łucka

Klinika Psychiatrii Rozwojowej, Zaburzeń Psychotycznych i Wieku Podeszłego Akademii Medycznej w Gdańsku

Zespół stresu pourazowego — rozumienie i leczenie

Post-traumatic stress disorder — understanding and treatment

Abstract

The main purpose of medical and psychological action includes diagnosing post-traumatic stress disorder (PTSD) and distinguishing this syndrome from other mental disorders. Treatment of PTSD includes both psychotherapy and pharmacotherapy. Specific psychological and pharmacological interventions is aimed on changed human mental functioning present even many years after the occurrence of the stressor.

key words: post-traumatic stress disorder, treatment

Historia badań nad stresowymi zaburzeniami pourazowymi

Opisy stanów potraumatycznych można znaleźć już w „Odysei” Homera. Przedstawiono je jako wdzieranie się na jawie scen traumatycznych do świadomości oraz ukazując poczucie winy ocalałego. Odnajduje się je także w twórczości Williama Szekspira i Charlesa Dickensa [1, 2]. Pierwsze naukowe obserwacje pochodzą z końca XIX wieku i opierają się na skutkach wojny secesyjnej. Kolejne doświadczenia, z okresu pierwszej wojny światowej, przyniosły efekty w postaci wprowadzenia ustawodawstwa przyznającego prawo do rekompensaty za obrażenia doznane w wyniku wypadków. Dociekano związków między traumą a histerią. Badania takie prowadzono w paryskim szpitalu *Salpêterie*. Charcot jako pierwszy sugerował, że źródłem objawów histerycznych u pacjentek były traumatyczne przeżycia [2] i opisywał spowodowany traumą szok nerwowy jako histero-traumatyczną autosugestię. Tardieu badał następstwa nadużyć seksualnych w stosunku do dzieci. Dziś w medycynie istnieje termin pochodzący od jego nazwiska: „zespół bitego dziecka”. Już wtedy wyniki prowadzonych badań

były podważane. Fournier natomiast szczegółowo badał sprawę fałszywej pamięci i stworzył termin *pseudologia phantastica* również na określenie symulacji oraz postawy roszczeniowej [1]. Pierre Janet sformułował systematyczną teorię psychologiczną dotyczącą leczenia zaburzeń pourazowych. Uważał, że ich centralnym problemem jest niezdolność do zintegrowania traumatycznych wspomnień. Głębokie emocje pozostają oddzielone, zdysocjowane od świadomości i nie podlegają wolicjonalnej kontroli [2]. Kolejni badacze zwrócili uwagę na zmiany organiczne jako domniemane źródło zaburzeń pourazowych. Objawy psychiczne wiązano ze wstrząsem kręgosłupa lub też „chorobą Erichsena”. Inni wskazywali na symulację i podatność na sugestię w histerii traktowanej jako choroba neurologiczna. Skupiano się więc na leczeniu symulacji. Nerwicę wojenną traktowano jako chorobę woli i leczono za pomocą bolesnych ćwiczeń fizycznych, co miało na celu wzmocnienie pragnienia powrotu do zdrowia. Stosowano też terapie dyscyplinujące (zadawanie bólu za pomocą urządzeń elektrycznych z równoczesnym wykrzykiwaniem pod adresem pacjenta rozkazów i upomnień). Na podobnych mechanizmach utworzono również pejoratywną nazwę diagnostyczną „nerwica roszczeniowa”. Ten sposób postrzegania zjawiska doprowadził do utworzenia pejoratywnej nazwy diagnostycznej „nerwica roszczeniowa”. Zdaniem niemieckiego psychiatry i neurologa, Boenhoeffera, pacjenci z rozpoznaniem nerwicy traumatycznej

Adres do korespondencji:

Aleksandra Cebella
Klinika Psychiatrii Rozwojowej, Zaburzeń Psychotycznych
i Wieku Podeszłego Akademii Medycznej
ul. Srebrniki 1, 80–282 Gdańsk
e-mail: kpsych.młodz-dziec@amg.gda.pl
tel.: (0 58) 524 76 58, faks: (0 58) 344 60 85

mieli wrodzoną słabość wyzwalaną przez możliwość uzyskania odszkodowania. Aby uniknąć utrwalania i przedłużania objawów, zmieniono niemieckie ustawodawstwo i zniesiono prawo do odszkodowań w przypadku nerwic pourazowych. Freud postawił tezę, że każdy przypadek hysterii ma swoje źródło w przedwczesnym doświadczeniu seksualnym, które miało miejsce w dzieciństwie. Jednak rok później wycofał się z tej tezy pod wpływem fali krytyki. Ścieżka poszukiwań wytyczonych przez Charcota popadła w zapomnienie. Badania nad urazem psychicznym i jego późniejszymi następstwami stanęły w miejscu aż do II wojny światowej [3]. Mc Farlane [4] pisze o społecznym przeświadczeniu o odpowiedzialności jednostki za własne cierpienie. Problem żołnierzy załamujących się podczas bitwy postrzegano jako tchórzostwo, a ludzi czyniono odpowiedzialnymi za ich reakcje w ogniu walki i rozstrzeliwano na frontach. Załamanie traktowano w kategoriach niedostatecznej siły osobowości i słabej odpowiedzialności moralnej. Oczekiwano, że po zakończeniu walki większość objawów ulegnie samoistnemu wygaszeniu. Z poczynionych obserwacji wynikało jednak, że u części pacjentów objawy pojawiły się lub pogłębiły po powrocie do domu. Żołnierzy, którzy podczas walki załamali się, oceniano jako posiadających nieadekwatną osobowość. Z tego powodu wykluczono około 25% rekrutów, a jednak działania te nie spowodowały oczekiwanego i wyraźnego obniżenia liczby objawów stresowych zaburzeń pourazowych. Heitzman opisuje początki nozologicznego ujęcia reakcji na uraz, w których podkreśla udział polskich badań nad kilkutysięczną grupą byłych więźniów obozów koncentracyjnych. Badania te zainicjowali Antoni Kępiński oraz Adam Szymusik. Opisywali oni objawy ocalałych weteranów i więźniów, u których obserwowano objawy lęku, niepokój ruchowy, nadmierną pobudliwość, problemy ze snem, koszmary nocne, reakcje fobijne i nieustanne wspomnianie doświadczeń związanych z torturami i prześladowaniem. Objawy te nazwano „syndromem obozu koncentracyjnego”. Cechy charakteryzujące ludzi, którzy doznali urazów psychofizycznych, określono terminem „astenii postępującej” lub „poobozowej” lub „zespołem obozu koncentracyjnego” (KZ-syndrom). Wśród odległych psychicznych następstw pobytu w obozie na pierwszy plan wysuwały się zaburzenia osobowości. Obserwowano obniżenie nastroju, zwiększoną pobudliwość i drażliwość, utrudnienie kontaktu z otoczeniem, nieufność, lęklivość, apatię, płacliwość, poczucie utraty sensu życia, nadmierną tolerancję, konfliktowość, zubożenie na krzywdę innych, pesymizm, poczucie niskiej wartości, brak lęku przed śmiercią,

przesadną troskę o własne zdrowie, żywe sny o tematyce obozowej (nazwane „stanami hipermnemji napadowej”). W nieco późniejszych badaniach zauważono wiele podobnych objawów występujących u amerykańskich weteranów wojny koreańskiej i wietnamskiej. Dostrzegalne różnice, zależne od rodzaju doznanego obciążenia, nie uzasadniały rozpoznania u nich KZ-syndromu. Jednak wśród ofiar wojen, katastrof, kataklizmów i innych skrajnych urazów obserwowano wzrost częstotliwości i nasilenia depresji, lęku, utraty inicjatywy, napędu życiowego oraz poczucie winy związane z przetrwaniem, uratowaniem własnego życia [3]. W latach 70. Burgess i Holstrom opisywały syndrom traumy gwałtu, zaś Kempe i Kempe oraz Walker prezentowali prace na temat przemocy wobec dzieci i kobiet w rodzinie [2]. Podstawy kryteriów diagnostycznych ekstremalnej reakcji stresowej dała koncepcja Horowitza dotycząca reakcji niedostosowanych do systemów poznawczych jednostki w sytuacji, gdy uraz, którego doznała, mieści się poza skalą normalnego doświadczenia. Traumatyczne przeżycia pozostają surowe, nieprzetworzone. Działanie mechanizmów obronnych — zaprzeczania i odrętwienia — powoduje, że doświadczenia te początkowo nie działają destrukcyjnie. Szczątkowe przetworzenie traumatycznej informacji przenosi ją na poziom świadomości w postaci intruzji [3, 5].

W 1980 roku Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne wprowadziło do klasyfikacji *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Third Edition* (DSM-III) nową jednostkę chorobową — zaburzenie po stresie traumatycznym. Przy czym uraz będący przyczyną powstania zespołu stresu pourazowego (PTSD, *post-traumatic stress disorder*) może być wywołany nie tylko walką na froncie wojennym, uwięzieniem, przeżytą katastrofą komunikacyjną, kataklizmem przyrodniczym, terroryzmem, traumą związaną z doświadczeniami z obozu koncentracyjnego, torturami, lecz także może być skutkiem przemocy seksualnej czy wewnątrzrodzinnej. Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne podkreśliło istotę poczucia zagrożenia życia oraz bezradność ofiary w mechanizmie powstawania zaburzenia. Wszystko to umożliwiło określenie kryteriów diagnostycznych, opracowanie kwestionariuszy i ustrukturalizowanych wywiadów. W DSM-IV wprowadzono kolejną jednostkę chorobową — ostre zaburzenia po stresie traumatycznym. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO, *World Health Organization*) wprowadziła do Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób (ICD, *International Classification of Diseases*) terminy „ostra reakcja na stres” oraz „reakcja przystosowawcza”. W 1992 roku WHO zdefiniowała w ICD-10 rozpoznanie

zespołu objawów pourazowych, podobnie do klasyfikacji DSM. Obecnie wiedza o skutkach ekstremalnego stresu upowszechnia się i prowadzi do adekwatnej oceny oraz odpowiedniego postępowania terapeutycznego wobec pacjentów dotkniętych jego skutkami [6, 7].

Objawy

Jako typowe opisywane są objawy obejmujące epizody powtarzającego się przeżywania urazu na nowo w natrętnych wspomnieniach (reminiscencje) lub w snach. Objawy te występują na tle uporczywie utrzymującego się poczucia odrętwienia i ośpienia uczuciowego, odizolowania od innych ludzi, niereagowania na otoczenie, anhedonii oraz unikaniu działań i sytuacji, które mogłyby przypominać przeżyty uraz. Częste są obawy przed wspomnieniami przypominającymi pacjentowi uraz, prowadzące do ich unikania. Niekiedy mogą pojawiać się dramatyczne, ostre wybuchy strachu, paniki lub agresji, wyzwalane przez bodźce powodujące nagłe przypomnienie sobie lub przeżycie na nowo sytuacji urazowej lub początkowej reakcji na tę sytuację. Zazwyczaj występuje stan nadmiernego pobudzenia układu autonomicznego ze wzmożonym stanem czuwania, wzmożonym odruchem orientacyjnym oraz bezsennością. Z powyższymi objawami i oznakami często współwystępują lęk i depresja, a nierzadko towarzyszą temu myśli samobójcze. Dodatkowym czynnikiem wiktującym obraz bywa nadużywanie alkoholu lub leków.

Początek zaburzenia następuje nie bezpośrednio po urazie, ale po okresie utajenia, który może trwać nawet do kilku miesięcy, rzadko natomiast przekracza pół roku. Przebieg jest falujący, zmienny. W większości przypadków objawy ustępują całkowicie. U niewielkiego odsetka osób zaburzenie może mieć przebieg przewlekły, wieloletni, z przejściem w trwałą zmianę osobowości [7]. Czynniki predysponujące (m.in. określone cechy osobowości, uprzednie dekomensacje nerwicowe) mogą obniżać próg reakcji przy pojawieniu się tego zespołu lub zaostrzyć przebieg zaburzeń. Jednak nie są one ani konieczne, ani wystarczające do wyjaśnienia jego genezy.

Opisywane powyżej objawy PTSD można pogrupować w czterech kategoriach:

1. Nadmiernego pobudzenia, stanu ciągłej gotowości — uczucia jakby niebezpieczeństwo miało w każdej chwili powrócić; stan ten objawia się przyspieszonym rytmem serca oraz podwyższonym ciśnieniu tętniczym, potliwością, niepokojem, wrażliwością lub obojętnością na bodźce oraz reagowaniem nieproporcjonalnym lękiem i czujnym snem.
2. Przeżywania katastrofy w snach i nawracających wspomnieniach — towarzyszące im emocje mogą dorównywać tym, które dana osoba odczuwała w chwili tragedii.
3. Zawężenia spostrzegania i zachowania — stan odrętwienia, odizolowania od emocji, częściowe znieczulenie lub utrata poszczególnych wrażeń, zubożenie emocjonalne i bierność.
4. Poczucia winy ocalałego — uczucie bycia winnym wobec tych, którzy nie przeżyli, rozmyślanie o swojej bezradności, o tym, że można było pomóc, zapobiec tragedii, przeżywanie winy z powodu odruchowego ratowania własnego życia [3, 8, 9].

W klasyfikacji DSM-IV wyodrębniono zespół, który opisano jako *complex PTSD*, czyli złożony zespół stresu pourazowego lub inaczej *disorders of extreme stress not otherwise specified* (DESNOS). Są to bliżej nieokreślone zaburzenia w następstwie ekstremalnego stresu, który obejmuje:

- zmiany w zakresie regulacji impulsów afektywnych, wraz z trudnościami dotyczącymi modulacji złości i zachowań autodestrukcyjnych;
- zmiany w zakresie możliwości koncentracji i świadomości, prowadzące do amnezji oraz występowania epizodów dysocjacyjnych i depersonalizacyjnych;
- zmiany w zakresie autopercepcji, takie jak chroniczne poczucie wstydu;
- zmiany w zakresie relacji z innymi ludźmi, takie jak niezdolność do zaufania komuś czy niezdolność do bliższych związków emocjonalnych;
- somatyzacja problemów emocjonalnych;
- zmiany w systemach znaczeniowych [1, 10].

Opisywany jest także trwały zespół stresu pourazowego dotyczący głównie ofiar pożarów, u których przebyta katastrofa pozostawiła trwałe ślady na ciele w postaci widocznych blizn. Podkreśla to złożoność czynników urazowych — samej traumy wydarzenia, trudnego, bolesnego okresu hospitalizacji oraz trwałej, dotyczącej widocznej odmienności, konfrontacji ze środowiskiem społecznym.

Diagnoza PTSD ponownie przywołała i potwierdziła pogląd, że wiele neurotycznych objawów nie jest rezultatem jakiejś tajemniczej, niemal niemożliwej do wyjaśnienia, opartej na genetycznym podłożu irracjonalności. Jest natomiast spowodowana niemożnością poradzenia sobie z rzeczywistymi przeżyciami, które daną osobę obezwładniły i uczyniły bezradną [2, 4]. W celu ujednoczenia oraz poprawy rzetelności diagnozowania PTSD opracowano wiele wystandaryzowanych metod pomiaru tego zespołu i objawów potraumatycznych — służących do oceny jakości i stopnia nasilenia.

Do najczęściej używanych należą: *The PTSD Checklist*; *Clinician-Administered PTSD Scale*, *Mississippi Scale*.

Rozpowszechnienie

Szacuje się, że poważny uraz psychiczny dotyka w ciągu życia co trzecią osobę. Na PTSD cierpi około 10–20% z nich, co stanowi 3–6% ogółu populacji [3, 5]. Na początku badań nad częstością PTSD wyniki wskazywały, że wskaźnik rozpowszechnienia tego zespołu wynosi około 1% populacji. W późniejszych badaniach uzyskiwano coraz wyższe wskaźniki, aż do wartości 60,3% mężczyzn i 50,3% kobiet relacjonujących przeżycie traumy spełniającej kryteria DSM-IV [2].

Z objawami PTSD najczęściej współwystępują objawy wtórne lub skojarzone, stanowiące część szerszego, bardziej złożonego obrazu klinicznego. Zalicza się do nich najczęściej: depresję lub dystymię, uzależnienie od substancji psychoaktywnych i somatyzację. Około 60–80% pacjentów z objawami PTSD nadużywa lub jest uzależnionych od alkoholu lub narkotyków. Dotyczy to zwłaszcza kobiet.

Mechanizmy zaburzenia

Borys [1] różnicuje już sam sposób przeżywania traumy: udział w wydarzeniu o charakterze masowym (opisywanym jako katastrofa) niesie ze sobą inne następstwa niż indywidualne doświadczenie traumatyczne (wypadek). Wymiar katastrofy, gdy w jednym miejscu wiele osób wymaga pomocy, angażuje społeczeństwo, wywołuje szerokie zainteresowanie mediów, sami poszkodowani zaś nierzadko funkcjonują w roli tragicznego bohatera. Ofiary katastrofy są niejako skazane na pomoc ze strony innych osób, co może utrudniać wyrażanie gniewu, żalu czy złości. W indywidualnym przeżywaniu cierpienia autor podkreśla wymiary poczucia krzywdy, wstydu oraz odmienny sposób ich odczuwania.

Najczęściej wymieniane, poprzedzające traumę, czynniki podatności, od których zależy wystąpienie PTSD, to: wczesna traumatyzacja, przygotowanie do zdarzenia, wielkość stresora oraz reakcja podczas jego trwania. Potraumatyczna adaptacja zależy od wielu czynników, wśród których można wyróżnić: wcześniejszy typ osobowości, cechy biologiczne oraz cechy środowiska, wcześniejsze doświadczenie, historię rodzinną, reakcję środowiska, wsparcie społeczne, styl radzenia sobie oraz inne życiowe zdarzenia. Zespół stresu pourazowego nie rozwija się jako bezpośrednie liniowe następstwo traumatycznego zdarzenia. Zaburzenie to powstaje raczej na gruncie matrycy ostrego dystresu, silnej reakcji pourazowej, uruchamianej przez zdarzenie [2]. Sam stan dystresu jest reakcją nor-

malną, adekwatną, rozwój PTSD jest natomiast wynikiem braku możliwości poradzenia sobie z bezpośrednią reakcją na traumę. Pacjenci, u których rozwinęły się objawy PTSD, nie są w stanie zintegrować bezpośredniego afektywnego doświadczenia z jego poznawczą strukturalizacją. Brak zintegrowania prowadzi do skrajnej reaktywności wobec środowiska bez pośredniczącej refleksji [2]. Wielu autorów jako zasadniczy wyznacznik długoterminowej adaptacji wskazuje zdolność do tolerowania cierpienia.

Uznawany za czołowego teoretyka problematyki stresu traumatycznego M.J. Horowitz twierdzi, że katastroficzne zdarzenia dostarczają wielkich ilości informacji płynących z wewnątrz i z zewnątrz, z których większość nie może zostać dopasowana do schematów poznawczych jednostki ze względu na fakt, że są one poza zakresem normalnego doświadczenia. W rezultacie dochodzi do przeciążenia informacyjnego. Nieprzetworzone informacje pozostają oddzielone od świadomości, trwają w nieprzetworzonej, aktywnej, surowej postaci. Ich utrzymanie poza świadomością jest podtrzymywane przez zaprzeczanie i odrętwienie. Traumatyczna informacja czasem staje się świadoma, jako część procesu przetwarzania informacji, przybierając formę intruzji.

Prócz opisywanych powyżej objawów PTSD ma także aspekt biologiczny, wynikający z chronicznego pobudzenia autonomicznego układu nerwowego. Wskazuje się na nasilone reakcje odruchowe na bodziec kojarzony z traumą oraz nadwrażliwość na neutralne bodźce (utrata zdolności do selekcji bodźców). Obserwowane zmiany powstają na skutek przekształceń neurohormonalnych (w grupie katecholamin, glikokortykoidów, obniżonej aktywności serotoniny, nasilonej reakcji opioidowej) oraz utrwalania wspomnień związanych z traumą (na poziomie neurohormonalnym), neuroanatomicznych (zmniejszony hipokamp, w napadowej hipermezzji — aktywność ciała migdałowatego oraz obszarów czuciowych, zmniejszona aktywność pola Broca; znaczna lateralizacja prawej półkuli), immunologicznych.

Strelau i Zawadzki [11] opisują działania prowadzące do ograniczenia stresu jako proces gospodarowania zasobami i rozpatrują je w kategoriach zysków i strat. Ekstremalny uraz psychiczny uruchamia pięć faz reakcji stresowych, które mogą występować naprzemiennie i/lub powracać do faz wcześniejszych.

Towarzyszą im określone stany emocjonalne i szczególne reakcje behawioralne (tab. 1).

Rozumienie mechanizmów stresu pourazowego ewoluowało. Amerykański psychiatra R.J. Lifton prowadził badania i terapię osób ocalałych ze skrajnie trauma-

Tabela I. Fazy stresowej reakcji pourazowej**Table I.** The phases of the posttraumatic stress disorder

Faza	Typowe emocje i reakcje behawioralne	Reakcja patologiczna
Krzyku	Strach, lęk, złość, smutek, wściekłość	Przeciążenie, panika lub wyczerpanie
Zaprzeczania	Odmowa przyjęcia do wiadomości katastrofy, napływ niechcianych skojarzeń, fantazji, wypieranie bodźca, psychiczne i fizyczne odrętwienie	Skrajne unikanie
Intruzji	Niekontrolowane myśli o zdarzeniu, nadmierna czujność, nawracanie myśli dotyczących traumy, zachowania paniczne (walka, ucieczka), zachowania kompulsywne, agresja	Stany „zalewania”
Przepracowania	Przyjęcie do wiadomości tego, co się stało, odbudowanie równowagi, uspokojenie emocji, urealnienie zachowania, poprawa relacji	Reakcje psychosomatyczne, utrudnienia — wcześniejsza neurotyczna struktura osobowości
Zakończenia	Radzenie sobie z życiem, wspomnienia, powrót do wcześniejszych schematów zachowania	Zniekształcenie charakteru

tycznych zdarzeń — między innymi ocalałych po wybuchu bomby atomowej w Hiroszimie, wietnamskich weteranów i ocalałych z Holocaustu. Sformułował on dziesięć zasad teorii psychoformatywnej, opisującej wpływ traumy na strukturę „ja”. Ocalali stoją w obliczu zadania transformacji traumatycznego epizodu. Wymienia on także pięć charakterystycznych tematów ocalałego:

1. Wdrukowanie śmierci (wdarcie się obrazu — uczucia zagrożenia życia, niemożliwego do zasymilowania, ze względu na nagłość lub ekstremalny charakter doświadczenia) — w tym przypadku istotna jest jednostkowa podatność na separację i dezintegrację, związana z konfliktowymi doświadczeniami z przeszłości.
3. Poczucie winy z powodu śmierci, wiążące się z nieprzepracowaną żałobą, poczuciem winy wobec zmarłych.
4. Psychiczne odrętwienie — zmniejszona zdolność odczuwania („nic nie czuję, a więc nie ma śmierci”). Ocalały przechodzi odwracalną formę symbolicznej śmierci fizycznej lub psychicznej. Psychiczne odrętwienie stanowi również formę obrony przed lękiem i poczuciem winy. Zamknięciu w sobie mogą towarzyszyć objawy psychosomatyczne, takie jak zmęczenie, utrata apetytu, zaburzenia funkcjonowania układu pokarmowego. Otępienie może również przybierać formę nadmiarowej

aktywności. Odrętwienie to łączy się z obroną psychiczną przez zaprzeczanie (trudno uwierzyć że to się zdarzyło).

5. Podejrzliwość, nieufność i nieukierunkowany gniew — przybierają postać konfliktu między potrzebą kontaktu a ciągłą podejrzliwością; potrzeby opieki z niechęcią oferowanej opieki jako przypomnienia swojej słabości. Zdarzają się przypadki zerwania najbliższych więzów, nieuzasadnionej drażliwości, reagowania złością na wszelkie przejawy energii czy witalności.
 6. Zadanie przeformułowania: transformacja i reanimacja — znaczące zerwanie linii życiowej, dojście do całościowego zadania ocalałego — sformułowania, stworzenia nowych wewnętrznych form, ustalenia linii życiowej na nowej podstawie.
- Behawioralna koncepcja PTSD zakłada, że traumatyczne zdarzenie działa jako bezwarunkowy bodziec awersyjny, który odruchowo wywołuje ekstremalne poziomy pobudzenia autonomicznego dystresu u osoby, która ocalała. W związku z tym uprzednio neutralne bodźce zewnętrzne i wewnętrzne, które towarzyszą wystąpieniu traumatycznego bodźca bezwarunkowego, teraz mogą służyć jako bodźce warunkowe, zdolne do wywoływania wysokich poziomów psychologicznego i fizjologicznego dystresu. Teoria Mowrera zakłada, że jednostki będą się angażowały w jakiegol-

wiek zachowania prowadzące do uniknięcia lub ucieczki przed ekspozycją na bodźce awersyjne. Ucieczka lub unikanie są wzmacniane przez redukcję pobudzenia, dlatego jednostka jest skłonna unikać ekspozycji na uwarunkowane sygnały w przyszłości. Unikanie podczas wygaszania uniemożliwia zniwelowanie awersyjnego emocjonalnego pobudzenia przez ekspozycję na obecnie nieszkodliwy bodziec [2]. Zasadniczym celem behawioralnej terapii PTSD związanego z walką u weteranów jest redukcja dysfunkcjonalnego pobudzenia na sygnały uwarunkowane w związku z traumą. W literaturze opisano techniki terapeutyczne oparte na eksponowaniu (systematyczna desensytyzacja i zatapanie) oraz różne procedury opanowywania stresu, koncentrujące się na nabywaniu i podtrzymywaniu zdolności radzenia sobie z symptomami PTSD.

W modelu psychospołecznym podkreśla się rolę poznawczego przetworzenia zdarzenia traumatycznego i końcową adaptację. Zależą one od indywidualnych cech jednostki oraz od środowiska, w którym dana osoba się leczy. Podkreśla się znaczenie wsparcia społecznego, ale także czynników kulturowych i cech demograficznych oraz postaw rodziny i przyjaciół wobec danego traumatycznego zdarzenia.

W ujęciu neuropsychologicznym zauważa się, że istnieje pewien zestaw najczęściej powtarzających się cech i właściwości wykonanych różnych prób kliniczno-eksperymentalnych. W badaniach weteranów wojennych obserwuje się gorszy niż w grupach kontrolnych wskaźnik kompetencji wzrokowo-konstrukcyjnych oraz pogorszenie wyników w podtestach badających natychmiastowe i odroczone przypomnienie treści werbalnych. Gorsze pod względem jakościowym są wyniki zadań wzrokowo-przestrzennych, w trakcie których pacjenci mają większe problemy z koncentracją uwagi. Obserwuje się także pogorszenie wyników w próbach badających pamięć werbalną i wzrokowo-przestrzenną. Deficyty poznawcze są tym bardziej nasilone, im częściej objawom PTSD towarzyszą inne zaburzenia psychiczne, na przykład depresja. Badania nad ofiarami przemocy dostarczają podobnych wyników: na pierwszy plan wysuwają się problemy z funkcjonowaniem pamięci, przypomnienia bezpośredniego i odroczonego — przede wszystkim treści werbalnych. Wyniki takie uzyskiwane wiele lat po ustaniu traumy u ofiar przemocy przemawiają za trwałym charakterem zmian w organizacji struktur poznawczych u pacjentów, u których rozwinął się pełnoobjawowy PTSD [12].

Rozwój technik neuroobrazowania pozwolił na dokładniejszą weryfikację stawianych hipotez wiążących wystąpienie PTSD ze zmianami struktur mózgu. Najczęściej prezentowanym wynikiem badań neuroobra-

zowych jest zmniejszenie objętości hipokampa (ubytek ten może sięgnąć 12% wcześniejszej objętości). Zgodnie z hipotezami hormony z grupy steroidów i glikokortykoidów wydzielane w stresie zużywają tlen przeznaczony do podtrzymania funkcji komórek nerwowych, z których zbudowany jest hipokamp. Tego typu zaburzenia neuronalne mogą być specyficzne dla PTSD. Natomiast rozregulowanie funkcji osi podwzgórze–przysadka–nadnercza (wydzielanie adrenaliny) jest specyficzne dla wszelkich reakcji na stres. W badaniach wykazuje się również zaburzenia funkcjonowania w obrębie kilku obszarów układu limbicznego oraz w okolicach korowych funkcjonalnie i anatomicznie powiązanych z tymi obszarami. Następuje wzrost aktywności tych części mózgu, które są odpowiedzialne za regulację i generowanie emocji oraz pamięci. Towarzyszy temu obniżenie aktywności funkcjonalnej przedniego zakrętu obręczy. Takie wyniki mogą stanowić neurofizjologiczną podstawę efektu *flashback* lub też wizji sytuacji traumatycznej. Aktywność obszarów podkorowych dominuje nad aktywnością korową mózgu. Osoba tym dotknięta nie jest do końca zdolna zapanować ani nad swymi przeżyciami, ani nad intruzywnymi wspomnieniami traumy; nie jest w stanie krytycznie podejść i przepracować negatywnych reakcji emocjonalnych. Jej możliwość refleksji nad wydarzeniami jest ograniczona, trudniej jest jej nabrać do takich wydarzeń dystansu i powrócić do stanu normalnego funkcjonowania [12].

Aktualne doniesienia i badania

We współczesnej literaturze, poza ekspozycją na traumę, w patogenezie PTSD podkreśla się istotną rolę cech osobowościowych pacjentów oraz wpływ czynników środowiskowych — zwłaszcza rodziny. Opisuje się swoiste łańcuchy patogenetyczne — od wczesnych lat życia, aż do wystąpienia objawów zespołu stresu pourazowego. Z wystąpieniem objawów PTSD skorelowane są również takie czynniki jak: historia chorób psychicznych w rodzinie, związki z rodziną i przyjaciółmi, różne sposoby przetwarzania stresujących bodźców. Wielu autorów podkreśla cechy dysocjacji, obecne w funkcjonowaniu pacjenta jeszcze przed traumatycznym wydarzeniem — z jednej strony w kategoriach zwiększonej podatności na uraz, z drugiej strony zdarza się, że u takich właśnie pacjentów zgłaszane dolegliwości wiążane są z cechami osobowości, co utrudnia postawienie u nich właściwej diagnozy. Nakładające się czynniki przedchorobowe, okoliczności zachorowania, przebieg choroby i reakcja na leczenie mogą czasem utrudniać różnicowanie między PTSD a innymi zaburzeniami, włącznie ze schizofre-

nią. Źródła internetowe donoszą zaś, że według brytyjskich lekarzy więcej stwierdzonych przypadków PTSD jest wynikiem fałszywego przekonania pacjenta, że spotkała go krzywda niż rzeczywistego uszczerbku na zdrowiu. Mc Farlane pisze o roli strategii radzenia sobie oraz o jej wpływie na zachowanie jednostki w czasie narażenia na stresor. Podkreśla, że czynniki wiążące się z usposobieniem mogą wpływać na skłonność do uczestniczenia w zdarzeniach traumatycznych, na przykład przez wybieranie niektórych niebezpiecznych zawodów. Opisuje także badania przeprowadzone wśród żołnierzy biorących udział w działaniach frontowych, które wskazały, że jedynie 25% z nich strzela do przeciwnika, przy czym tylko część z nich strzela tak, by zabić. Objawy traumy znacznie częściej rozwijały się u tych, którzy strzelali, mierząc do wroga. W wynikach tych badań podkreśla się, że w populacji trauma nie rozkłada się losowo, lecz w dużej mierze zależy od wyznaczników osobowościowych [4]. Według przeprowadzonych badań z wystąpieniem objawów PTSD szczególnie silnie korelują wymiary neurotyczności i introwersji oraz stosowane przez osoby o tych cechach strategie unikania. W wyniku unikania, osoby takie nie dokonują modelowania, nie przetwarzają traumy. Dalsze badania korelacji cech osobowości z objawami PTSD wskazują, że częstą konsekwencją doświadczonej traumy są zmiany osobowości, które rozpoznawano u połowy osób dotkniętych PTSD. Osoby po przebytej traumie często spełniają kryteria osobowości *borderline*. Wśród innych rozpoznań dokonywanych u pacjentów z PTSD najczęstszymi były: osobowość lękliwa, anankastyczna oraz schizoidalna. Mc Farlane podaje, że najrzadziej stawiano diagnozę osobowości histrionicznej. Strelau i Zawadzki [11] piszą, że badania prowadzone na ofiarach powodzi w 1997 roku potwierdziły jednoznacznie hipotezę o moderującym wpływie temperamentu na powstawanie i utrzymywanie się w czasie objawów PTSD. Według ich obserwacji wystąpieniu objawów sprzyja wysoka reaktywność emocjonalna i perseweratywność. Ujemnie zaś korelują takie cechy jak wytrzymałość, żwawość oraz aktywność. Obniżony poziom aktywacji porównują z ekstrawersją w ujęciu Eysencka i Pawłowowską siłą procesu pobudzenia. Podkreślają również dodatnią korelację objawów PTSD z neurotycznością, pisząc o tendencji do wyrażania negatywnych emocji — zwłaszcza lęku i napięcia [11]. Istnieje również związek między negatywną efektywnością a niekontrolowanymi reakcjami na stresory [13]. Osoby o negatywnej afektywności spostrzegają więcej zagrożeń, a co za tym idzie, doświadczają bardziej niekorzystnych reakcji. Opisywana negatywna afektywność może kształtować

się jako reakcja na stresujące otoczenie i traumatyczne wydarzenia. Autorzy podają również, że im silniejsze i bardziej długotrwałe są działające stresory, tym mniejsza jest różnicująca rola indywidualnych wzorców reagowania. Fairbank [14], obok wpływu temperamentu, podkreśla rolę predysponującego środowiska i wskazuje na podwyższone ryzyko wystąpienia PTSD u osób wychowujących się w patologicznych rodzinach, w których częstsze jest narażenie na przemoc i traumę, a brakuje tam systemów wsparcia. Jako inne czynniki ryzyka podaje również płęć żeńską, podwyższony poziom lęku, postawioną diagnozę psychiatryczną oraz młody wiek. Z wystąpieniem PTSD korelują również introwersja i niepewność siebie. Wielu autorów dodatkowo podkreśla istotną rolę obciążenia międzypokoleniowego. Dezorganizujące życie objawy mogą się utrzymywać przez wiele lat i stać się udziałem także tych osób, które bezpośrednio nie doświadczyły traumy — na przykład dzieci, które urodziły się po kataklizmie, nawet jeżeli u ich rodziców nie rozwinął się pełnoobjawowy PTSD. Oddzielną problematykę stanowi badanie wpływu traumy na rozwój. Osoby, które w dzieciństwie były ofiarami przemocy fizycznej lub seksualnej, borykają się z trudnościami wykraczającymi poza definicję PTSD. Badacze zajmujący się tym tematem proponują rozszerzenie obecnie istniejącej jednostki diagnostycznej o złożony zespół pourazowy. Na rozpoznanie to mają się składać doświadczenia urazowe o długotrwałym oddziaływaniu będące udziałem jeńców wojennych, więźniów obozów koncentracyjnych, ofiar sekt, osób poddanych systemowi totalitarnemu w życiu seksualnym i rodzinnym czy też ofiar zorganizowanego wyzysku seksualnego. U osób tych opisuje się trwałe zmiany w sferze emocjonalnej (dysforia, myśli samobójcze, samookaleczenia, wybuchowość lub skrajne hamowanie gniewu, kompulsywność lub zahamowanie w sferze seksualnej), zmiany w świadomości (amnezja lub hipermnezja, stany dysocjacji, depersonalizacja, derealizacja, wtargnięcia i ruminacje), zmiany w postrzeganiu siebie i prześladowcy, zmiany w relacjach z innymi oraz zmiany w systemie wartości. Niewielu autorów piszących o PTSD zauważa możliwość jego pozytywnych następstw. Jednak coraz częściej w literaturze można odnaleźć podkreślanie możliwości jednostki nie tylko do podźwignięcia się po traumatycznym przeżyciu, lecz także do duchowego wzbogacenia i zwiększenia siły psychicznej [15]. W literaturze spotyka się doniesienia mówiące o tym, że u „tych, którzy przeżyli” można obserwować wzrost dojrzałości emocjonalnej, korzystne zmiany w obrazie samego siebie, zmiany w relacjach interpersonalnych oraz w filozofii

życia. Borys [1], opisując długofalowe badania i obserwacje osób, które ucierpiały w pożarze gdańskiej Hali Stoczni w 1994 roku, wskazuje na wiele pozytywnych następstw przeżycia sytuacji ekstremalnej, wśród których wymienia: wzrost samooceny oraz poczucia kompetencji, zwiększone poczucie siły i pewności siebie, wzrost więzi emocjonalnej w rodzinie, wzrost gotowości do przyjęcia pomocy i wsparcia oraz wzmocnienie wartości duchowych. Lis-Turlejska [2] przytacza komentarz redaktora *American Journal of Psychiatry*, J. Douglasa Bremnera: „Im bardziej przybywa badań nad traumatycznym stresem, tym bardziej staje się oczywiste, że może on wywierać dalekosiężny wpływ na wszystkie poważne zaburzenia psychiczne. W związku z tym PTSD zaczyna przypominać szybko jadący pociąg, grożący tym, że pociągnie za sobą wszystko, co pojawi się na jego drodze. Istnieje naturalna tendencja do oporu wobec diagnoz związanych ze stresem, związana z ich potencjalnie wybuchowym oddziaływaniem na postawy społeczeństwa wobec sprawstwa i odpowiedzialności. Wyzwaniem dla nas, zajmujących się tymi zagadnieniami, jest znalezienie odpowiedniej równowagi”.

Rosnąca obecnie popularność tematu prowadzi do mnożenia informacji. Coraz liczniej prowadzone badania wskazują również na inne korelaty: serwis internetowy *New Scientist*, na podstawie badań przeprowadzonych wśród amerykańskich żołnierzy walczących w Wietnamie, donosi, że osoby palące tytoń są 2-krotnie bardziej narażone na poważne zaburzenia psychiczne po traumatycznych przeżyciach niż osoby niepalące. Do takich wniosków doszli naukowcy z Wydziału Zdrowia Publicznego Uniwersytetu Harvarda w Cambridge po przeanalizowaniu danych zebranych od 6744 par bliźniąt płci męskiej. Wszyscy badani służyli w armii Stanów Zjednoczonych w czasie wojny w Wietnamie. Dalsze badania nad PTSD mogą skupiać uwagę badaczy na rozpowszechnieniu tego zaburzenia, jego współwystępowaniu, metodach i efektach terapii. Szczególnie istotne wydaje się poszukiwanie odpowiedzi na pytanie o to, co sprzyja pomyślnej adaptacji po traumie, zważywszy, że PTSD nie rozwija się u większość osób, które doznały stresu traumatycznego.

Terapia

Terapia zaburzeń pourazowych jest stosunkowo nową dziedziną, a większość ofiar przemocy nigdy nie szuka profesjonalnej pomocy w celu poradzenia sobie z emocjonalnym oddziaływaniem przebytej traumy. Częściej to pomoc trafia do poszkodowanych, na przykład do nowojorskich policjantów w związku z wydaniami z 11 września 2001 roku.

Dominującym nurtem oddziaływań psychoterapeutycznych stosowanych wobec osób po urazie traumatycznym jest terapia poznawczo-behawioralna, prowadzona ze szczególnym naciskiem na umiejętności interpretacji zdarzeń po narażeniu na ekspozycję. Głównymi kierunkami pracy psychoterapeutycznej są strategie edukacyjna i narażająca na urazowe treści [3, 15]. Do poznawczo-behawioralnych metod terapii PTSD można zaliczyć również różne odmiany technik ekspozycyjnych, restrukturyzującą poznawczą, trening opanowywania lęku oraz metody łączące elementy tych technik. W terapii ekspozycyjnej, po wyuczeniu pacjenta umiejętności technik relaksacyjnych, poddaje się go wyobrażeniowej ekspozycji, a następnie relaksacji. Pacjent uzyskuje redukcję poziomu przeżywanego lęku, objawów unikania (jako skutek wzrostu umiejętności przystosowawczej) oraz ilości doznawanych intruzji. Trening zaszczipiania przeciwko stresowi pozwala na wyuczenie i wyćwiczenie specyficznych technik kierowania przeżywanym lękiem. Pacjent eksploruje i werbalizuje wcześniej tłumione lęki. W tym przypadku również stosuje się techniki relaksacyjne, oddechowe oraz zaczerpnięte z psychodramy. Prowadzona jest racjonalizacja zdarzenia z uczeniem się umiejętności radzenia sobie w codziennych trudnościach, w których może, ale nie musi, występować lęk. Techniki relaksacyjne wykorzystywane są również w metodzie systematycznej desensytyzacji — pacjent jest ekspozycyjnie narażony na hierarchicznie uporządkowane bodźce lękowe, aż do czasu, gdy jest w stanie zmierzyć się z sytuacją lub wspomnieniem traumy bez zaburzającej reakcji emocjonalnej. W treningu desensytyzacji stosuje się także metodę polegającą na wywołaniu szybkich ruchów gałek ocznych w trakcie wyobrażeniowej ekspozycji przebytego urazu i następującej bezpośrednio poznawczej restrukturyzacji [16].

Inną stosowaną metodą jest psychoterapia dynamiczna. Obejmuje fazę rozwojową, w której pojawia się uraz, reaktywuje utajone urazy pochodzące z wcześniejszych faz rozwojowych i uwzględnia kontekst społeczny istniejący w trakcie i po urazie. Kolejną stosowaną metodą to hipnoterapia. Jednak ich skuteczność w odniesieniu do leczenia skutków PTSD jest niższa niż metod behawioralno-kognitywnych.

Everly, zakładając, że potraumatyczny stres powinien być traktowany jako zaburzenie pobudzania, proponuje terapię neuropoznawczą. Charakteryzuje cztery kategorie interwencji: wycofanie jednostki ze stresujących, nadmiernie stymulujących warunków; zachęcanie do *katharsis*; interwencje behawioralne, powodujące reakcję relaksacyjną oraz zaleca stosowanie le-

ków psychotropowych. Pierwszym krokiem jest neurologiczna desensytyzacja. Interwencja terapeutyczna ma być adresowana do obrazu świata, który został zakwestionowany przez traumę. Może to dotyczyć przekonań dotyczących świata, zwłaszcza jego bezpieczeństwa, oraz przekonań związanych z autopercepcją jednostki. Mechanizmy interpretacyjne służą redukcji negatywnego wpływu traumy. Skuteczna terapia oparta jest na towarzyszeniu pacjentowi w zasymlowaniu, zintegrowaniu lub rozwiązaniu traumatycznego zdarzenia w spójny z „ego” światopogląd. Everly wymienia dwa rodzaje strategii — odnoszące się do obrazu świata oraz do obrazu siebie [2].

W literaturze podaje się ponadto, że ważne jest jak najwcześniejsze rozpoczęcie terapii. Powinna ona być krótkoterminowa, skoncentrowana na traumatycznej sytuacji i reakcjach na nią.

Psychoterapia może być również prowadzona w formie grupowej, co jest szczególnie korzystne dla pacjentów z przewlekłym PTSD. W oddziaływaniach grupowych wykorzystuje się wzajemne wspieranie się ofiar, które doznały podobnego urazu. Praca w grupie ogranicza poczucie osamotnienia i izolacji oraz zwiększa poczucie akceptacji i przynależności do grupy.

Dla wszystkich rodzajów terapii PTSD wspólne są następujące kategorie strategii:

- wspieranie adaptacyjnych umiejętności radzenia sobie (wspierający kontakt terapeutyczny, zredukowanie zewnętrznych wymagań, wypoczynek, relaks, wizualizacja, mówienie do siebie, środki farmakologiczne);
- normalizowanie tego, co jest spostrzegane jako zaburzenie (pacjent nie rozumie własnych reakcji, istotne jest zatem edukowanie go, opisywanie normalności i adekwatności reakcji);
- zmniejszenie unikania (zarówno na poziomie uczuć, wiadomości, reakcji fonicznych, jak i komunikowania się na temat zdarzenia); przez unikanie pacjent uniemożliwia sobie przetworzenie traumatycznego doświadczenia, pozostaje ono toksyczne; unikanie może się generalizować, prowadzić do zerwania komunikacji; terapia wspomaga odreagowanie, mówienie o traumie i uczuciach z nią związanych; podkreśla się konieczność profesjonalnego przeszkolenia osób prowadzących tego typu terapię, ponieważ istnieje ryzyko negatywnych skutków takich procedur;
- zmiana atrybucji dotyczących znaczenia traumy (interpretacja, przeformułowanie, wypracowanie teorii zdrowienia, poznawcza rekonstrukcja oraz przeniesienie koncentracji uwagi z przeszłości w przyszłość) [2, 9, 15].

Objawy zaburzeń pourazowych nie wynikają z neurotycznych obron czy też wewnętrznych konfliktów. Wśród zasad leczenia ofiar traumy podkreśla się konieczność uwzględnienia przestrzeni rzeczywistości (potrzeba udzielenia koniecznego wsparcia i psychoedukacji może być ważniejsza niż przestrzeń psychoterapeutyczna). Szczególnie ważna jest bezpieczna relacja terapeutyczna, wzmacniająca poczucie wpływu i kontroli. Kolejna zasada to zasada normalizacji. Ofiara miesza nienormalność sytuacji z nienormalnością siebie czy swoich odczuć. W tym przypadku ogromną rolę również odgrywa psychoedukacja. Podejście terapeutyczne musi się opierać na poszukiwaniu swoistego dla danej osoby wzorca przebiegu reakcji na traumę i swoistego sposobu przystosowania. Elastyczna i otwarta postawa terapeuty oraz wzmacnianie mechanizmów radzenia sobie i koncentracja na mocnych stronach pacjenta pozwalają na powrót do równowagi emocjonalnej.

Farmakoterapia

Lekami o największej skuteczności w terapii PTSD okazały się preparaty z grupy selektywnych inhibitorów wychwytu zwrotnego serotoniny. Zalecane jest stosowanie paroksetyny (10–60 mg/d.) oraz sertraliny (50–200 mg/d.), fluwoksaminy (50–300 mg/d.) oraz citalopramu (20–60 mg/d.). Leki te powodują poprawę objawową PTSD, a także ograniczają impulsywność oraz zmniejszają nasilenie skłonności samobójczych i zachowań agresywnych. Podawanie fluoksetyny w dawce do 60 mg/dobę, także przynosi korzystne efekty.

Spośród trójpierścieniowych leków przeciwdepresyjnych poprawę przyniosło stosowanie imipraminy i amitryptyliny w dawkach 150–300 mg/dobę.

Leki przeciwdrgawkowe okazały się skuteczne w leczeniu chronicznego PTSD. Karbamazepina i walproiniany obniżają nadmierne pobudzenie pacjenta. Karbamazepina (w dawkach 400–1600 mg/d.) korzystnie ogranicza objawy ponownego przeżywania, łagodzi zachowania agresywne. Kwas walproinowy (w dawkach 50–1750 mg/d.) zmniejsza objawy unikania i uczucie odrętwienia. Pozytywny skutek przynosi stosowanie lamotryginy (50–400 mg/d.), topiramatu (200–400 mg/d.) i gabapentyny (300–3600 mg/d.). Ta ostatnia jest efektywna zwłaszcza w zwalczaniu zaburzeń dysocjacyjnych.

Z grupy leków β -adrenolitycznych najkorzystniejsze skutki obserwowano po podaniu propranololu w dawce od 120–160 mg/dobę. Szczególnie pozytywne efekty osiągnęto w ograniczaniu objawów nadmiernej wybuchowości, nawracających (intruzywnych) wyobrażeń traumy, bezsenności, koszmarów sennych, pod-

wyższej gotowości i czujności pacjentów. Zastosowanie propranololu (40–160 mg/d.) u dzieci — ofiar przemocy seksualnej zmniejszało u nich symptomy nadmiernej agresywności i nadpobudliwości, połączonej z nadmierną czujnością. Podkreśla się także ochronne działanie propranololu podawanego bezpośrednio po urazie, który znacząco zmniejsza przyszłe objawy nadmiernego pobudzenia wegetatywnego. Podczas stosowania tego leku ważne jest częste kontrolowanie tętna oraz ciśnienia tętniczego.

W badaniach dotyczących klonidyny — agonisty presynaptycznych receptorów α -2, która zmniejsza ilość adrenaliny uwalnianej do szczeliny synaptycznej — wykazano jej znaczenie w zwalczaniu objawów dysocjacyjnych oraz zjawiska ponownego przeżywania traumy. Łączne przyjmowanie klonidyny (0,2–0,6 mg/d.) z lekami przeciwdepresyjnymi (imipraminą) okazywało się skuteczne w zwalczaniu zaburzeń snu, koszmarów sennych i napadów paniki.

Benzodiazepiny w początkowym okresie leczenia PTSD redukują poziom lęku oraz mogą poprawiać jakość snu. Zalecane są zwykle w terapii ostrej reakcji na stres.

Długotrwałe stosowanie benzodiazepin może nasilać objawy depresyjne, a także prowadzić do uzależnienia lekowego. Ich podawanie jest ryzykowne z powodu trudności w ich późniejszym odstawieniu, występowania zespołów abstynencyjnych czy objawów lęku paradoksalnego.

Neuroleptyki atypowe wykazują pozytywny efekt w zwalczaniu objawów dysocjacyjnych. Risperidon (w dawkach 4–16 mg/d.), olanzapina (5–20 mg/d.) i kwetiapina (50–750 mg/d.) skuteczne są w przypadkach uporczywego nawracania traumatycznych wspomnień, objawów unikania, odrętwienia, nadmiernego pobudzenia i skłonności do zachowań agresywnych. Klasyczne neuroleptyki nie są zalecane w PTSD z powodu ich licznych działań niepożądanych [3, 16]. W leczeniu PTSD ważne jest zastosowanie zarówno oddziaływań farmakologicznych, jak i psychoterapeutycznych w celu osiągnięcia poprawy samopoczucia i funkcjonowania społecznego pacjenta. Istotne jest to również ze względu na zapobieganie przekształceniu się istniejącego zaburzenia w trwałe zmiany osobowości po przeżyciu sytuacji ekstremalnej.

Streszczenie

W zespole stresu pourazowego (PTSD, post-traumatic stress disorder) podstawowym zadaniem jest prawidłowe postawienie diagnozy oraz zróżnicowanie objawów z podobnymi, występującymi w przebiegu innych zespołów psychopatologicznych. Leczenie PTSD ma na celu poprawę samopoczucia i społecznego funkcjonowania pacjenta, a także zapobieganie przekształcenia się istniejącego zaburzenia w trwałe zmiany osobowości. Dlatego stosowane są w nim zarówno oddziaływania psychoterapeutyczne, jak i farmakologiczne.

słowa kluczowe: zespół stresu pourazowego, leczenie

PIŚMIENNICTWO

- Borys B. Psychiczne następstwa wydarzeń i sytuacji ekstremalnych: ich ocena oraz formy pomocy. Akademia Medyczna, Gdańsk 2002.
- Lis-Turlejska M. Stres traumatyczny: występowanie, następstwa, terapia. Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 2002.
- Heitzman J. Reakcja na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne. W: Bilikiewicz A. (red.). Psychiatria. Tom 2. Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław 2002.
- McFarlane A.C. Związek między osobowością a PTSD. W: Strelau J. (red.). Osobowość a ekstremalny stres. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2004.
- Heitzman J. Depresja w zespole stresu pourazowego. Terapia 2004; 12 (159): 37–42.
- Bilikiewicz A. (red.). Psychiatria. Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1992.
- ICD-10. Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych. Rewizja dziesiąta. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Kraków–Warszawa 2000.
- Zespół Kliniki Psychiatrii i Psychoterapii ŚAM. Ulotka dla poszkodowanych w katastrofach. Śląska Akademia Medyczna 2006.
- Badura-Madej W., Dobrzyńska-Mesterhazy A. Przemoc w rodzinie. Interwencja kryzysowa i psychoterapia. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2000.
- Borys B. Sytuacje ekstremalne i ich wpływ na stan psychiczny człowieka. Psychiatria 2004; 1 (2): 97–105.
- Strelau J., Zawadzki K. Temperament i style radzenia sobie ze stresem jako moderatory zespołu stresu pourazowego w następstwie przeżytej katastrofy. W: Strelau J. (red.). Osobowość a ekstremalny stres. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2004.
- Krukow P., Lipczyński A. Zespół stresu pourazowego — charakterystyka psychologiczna i neuropsychologiczna. Psychiatria.pl., 2006.
- Doyle C., Slaven G. Związek między negatywną afektywnością a niekontrolowanymi reakcjami na stresory. W: Strelau J. (red.). Osobowość a ekstremalny stres. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2004.
- Fairbank J.A. Rola predysponującego środowiska i temperamentu w doświadczaniu zdarzeń traumatycznych u dzieci. W: Strelau J. (red.). Osobowość a ekstremalny stres, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne Gdańsk, 2004.
- Herman J.L. Przemoc — uraz psychiczny i powrót do równowagi. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 1998.
- Heitzman J. Leczenie zespołu stresu pourazowego — PTSD. Terapia 2004; 12 (159): 37–43.