



Szkoła Psychoterapii
Poznawczo-Behawioralnej
Uniwersytetu SWPS
pod kierownictwem
dr hab. Agnieszki Popiel i dr Ewy Prąglowskiej

Trauma,
stresor
traumatyczny
– czym jest
uraz
psychiczny
i jak go leczyć?

Травма,
травматичний
стресор
– що таке
психологічна
травма
і як її лікувати?

dr hab. Agnieszka Popiel

SWPS Uniwersytet
Humanistycznospołeczny

Tłumaczenie: Yevheniia Yarymbash



Klinika Terapii
Poznawczo-Behawioralnej
Uniwersytetu SWPS

Natalia Dostała się do Polski z dwójką małych dzieci jadąc a później idąc do granicy z Polską. Mieszkała w małej wsi położonej 60 km od Lwowa. To co widziała w telewizji i słyszała od znajomych mieszkających w Chersoniu było przerażające. Jest roztrzęsiona, płacze a czasem czuje złość i bezsilność. Podróż na granicę trwała prawie trzy dni a kiedy się skończyła pojawił się lęk o to co teraz będzie.

Wiera mieszkała w Mariupolu. Przyjechała do Polski. Przeżyła tydzień temu ostrzał nieprzyjaciela i bombardowanie sześciopiętrowego domu, w którym mieszkała. Krzyki, jęki i przeraźliwy hałas. To pamięta. Nie pamięta jak udało jej się wydostać z pokrytej gruzami resztki klatki schodowej. Widziała rannych sąsiadów. Ktoś rozpacział, że bomba zabiła syna. Ktoś wołał o ratunek z okna bez szyb. Dookoła duszący dym. Sąsiad dołączył ją do grupy ludzi, gdzieś szli długo - nie pamięta gdzie. Później autobus i pociąg do Polski.

Bartosz: Wrócił z misji, był w patrolu, w którym zginął jego przyjaciel – zmienił się nie do poznania. Przed wyjazdem był otwartym, szczerym, kochającym ojcem. Teraz milczy, w nocy budzą go koszmary. Żona nie rozumie dlaczego unika spotkań z rodziną, dawnymi przyjaciółmi i tak często wybucha gniewem.

Anna: Rozwiodła się z mężem. Dotknęły ją opłakane skutki finansowe rozwodu – nie wie jak do tego dopuściła, że została z synem niemal bez środków do życia, w domu obciążonym gigantycznym kredytem. Jej sytuacja w pracy też jest niepewna. Nie śpi, jest drażliwa i rozdygotana, często wybucha płaczem albo się złości. Przeczytała, że ludzie po ciężkich przeżyciach cierpią na zaburzenie stresowe pourazowe – może to o niej?

Karol: Zwykle niedzielne popołudnie, pusta szosa, przyjemność jazdy samochodem, rozmowa z Robertem „o niczym” – to ostatnie co pamięta sprzed wypadku. Potem, gdy odzyskał przytomność, dowiedział się, że Robert, jego najbliższy przyjaciel, nie żyje. Minęły już dwa lata, a Karol nie spotkał się z matką Roberta, unika dawnych znajomych. Był handlowcem – teraz nie pracuje, bo nie wyobraża sobie prowadzenia samochodu.

Beata: Nigdy nie spodziewała się, że spotka to właśnie ją – studentkę z „dobrego domu”. Do tej pory nie wie jak to się stało – od akademika dzieliło ją kilkaset metrów, nie było nawet tak późno. Wobec trzech rosnących mężczyzn nie miała szans. Od ojca usłyszała, że nie zgwałciłiby jej, gdyby była przyzwoicie ubrana i siedziała nad książkami.

Наталія: дісталася до Польщі з двома маленькими дітьми, півдороги пододала за допомогою транспорту, а потім йдучи пішки до польського кордону. Вона жила у невеликому селі за 60 км від Львова. Новини які, вона бачила по телевізору і чула від друзів, що мешкають у Херсоні, були жахливими. Вона збентежена, плаче і іноді відчуває злість і безпорадність. Дорога до кордону зайняла майже три дні, і коли вона закінчилася, виникло занепокоєння, що буде далі.

Віра: жила у Маріуполі. Приїхала до Польщі. Вона пережила ворожий обстріл тиждень тому і бомбардування шестиповерхового будинку, в якому вона жила. Крик, стогін та пронизливий шум. Це те, що пам'ятає. Проте, не пам'ятає, як їй вдалося вибратися з-під завалених уламками залишків сходів. Вона бачила постраждалих, поранених сусідів. Хтось був у глибокому жаху і відчаю від того, що бомба вбила його сина. Хтось кликав на допомогу із вікна без шибок. Навколо стояв задушливий дим. Сусід потяг її за собою, вони йшли з групою інших людей, довго йшли кудись - вона не пам'ятає куди. Потім автобус та поїзд до Польщі.

Бартош: повернувся з бойової операції, був у патрулі, де вбили його друга – він змінився до невпізнання. До від'їзду він був відкритим, щирим, люблячим батьком. Тепер він став мовчазним, а вночі прокидається від кошмарів. Його дружина не розуміє, чому він уникає зустрічей із сім'єю, старими друзями і так часто спалахує від злості, гніву.

Анна: розлучилася з чоловіком. Вона переживає фінансові наслідки розлучення - не знає, як припустила подібне, що вона та її син залишилися майже без засобів для існування, у будинку, на який було взято гігантський кредит. Її ситуація на роботі також не стабільна. Вона не спить, відчуває дратівливість і нервозність, часто плаче та злиться. Вона читала, що люди страждають від посттравматичного стресового розладу після тяжких переживань – може це про неї?

Кароль: Звичайна неділя в другій половині дня, порожня дорога, задоволення від керування, розмова з Робертом "ні про що". – це останнє, що він пам'ятає перед аварією. Пізніше, прийшовши до тями, він дізнався, що Роберт, його найближчий друг, мертвий. Минуло два роки, а Кароль не зустрівся з матір'ю Роберта, він уникає старих друзів. Він був спедитором - тепер він не працює, тому що не може уявити себе за кермом автомобілю.

Беата: Ніколи не очікувала, що це станеться з нею – студенткою з "благополучної родини". Досі вона не знає, як це сталося - це було за кілька сотень метрів від її гуртожитку, було ще не так пізно. У протистоянні з трьома міцними чоловіками вона не мала жодного шансу. Від свого батька вона почула, що вони не стали б її гвалтувати, якби вона була пристойно одягнена і сиділа над своїми книжками.

Trauma, czyli uraz w sensie psychologicznym, obejmuje „stan psychiczny wywołany działaniem zagrażających zdrowiu i życiu czynników zewnętrznych, prowadzący do głębokich zmian w funkcjonowaniu człowieka”. Rezultatem tego urazu mogą być utrwalone trudności w powrocie do poprzedniego funkcjonowania, czasem układające się w zespół objawów zwany zaburzeniem stresowym pourazowym.

Natomiast **stresor traumatyczny** to doświadczenie związane z „poważnym zranieniem, śmiercią lub zagrożeniem integralności cielesnej własnej lub innych osób”, na które człowiek był „bezpośrednio narażony” (co obejmuje uczestniczenie w wydarzeniu, ale także uzyskanie informacji o zagrożeniu życia, o gwałtownej śmierci lub zranieniu bliskiej osoby) i przeżywał wówczas „uczucie silnego strachu, bezradności lub przerażenia”. Zatem stresory, których doświadczyli opisani tutaj Bartosz, Karol i Beata, Wiera można nazwać traumatycznymi, a ich doświadczenie – urazem psychicznym. Anna i Natalia natomiast są w stanie silnego stresu – zagrożone jest ich bezpieczeństwo psychologiczne i finansowe, wystąpiła duża zmiana w dotychczasowym życiu – ale, zachowując psychologiczną precyzję, nie można tego stanu określić mianem traumy. Często pojęcia „stresora traumatycznego”, „stresu traumatycznego” i „traumy” używane są zamiennie na określenie zagrażającej życiu sytuacji i natychmiastowej reakcji na nią. Najpowszechniejsze rodzaje traumy to: uczestnictwo w wypadku komunikacyjnym, bycie ofiarą napadu, gwałtu, przemocy fizycznej, udział w działaniach militarnych/wojnie, bycie świadkiem czyjejs nagłej śmierci.

KOGO DOTYCZA DOŚWIADCZENIA TRAUMATYCZNE?

W epidemiologii kryje się pewien paradoks. Szansa, że w czasach pokoju spotka nas w życiu konkretne doświadczenie traumatyczne, jest znikoma. Jednak prawdopodobieństwo zetknięcia się w ciągu całego życia z którymkolwiek wydarzeniem traumatycznym jest bardzo duże – około 80% populacji było narażone na stresor o charakterze traumatycznym. Potwierdzają to też polskie badania już z czasów pandemii. Na obszarze gdzie toczy się wojna bezpośrednia konfrontacja ze stresorem traumatycznym jest nieuchronna. Przeżycie wydarzenia traumatycznego jest więc wpisane w ludzki los. Z racji pełnionej zawodu szczególnie narażeni na traumę są pracownicy służb ratunkowych – policjanci, strażacy, lekarze, ratownicy medyczni, technicy laboratoriów medycznych i kryminalistycznych, a także żołnierze na obszarach objętych wojną.

Травма - це різновид [неврозу](#), у психологічному сенсі, охоплює "психологічний стан, викликаний дією загрозливих для здоров'я та життя зовнішніх факторів, що призводить до глибоких змін у функціонуванні людини". Як наслідок, у людини, можуть бути труднощі з поверненням до нормального функціонування та життя, в результаті може виникнути посттравматичний стресовий розлад.

З іншого боку **травматичні стресори** (синонім стрес-фактор, стрес-ситуація) це переживання, пов'язані з "серйозною травмою, смертю або загрозою власної і чужої тілесної недоторканості", якого особа зазнала "безпосередньо" (участь у події, а також усвідомлення загрози життю, насильницької смерті або поранення близької людини) і одночасно пережиття "почуття сильного страху, безпорадності або жаху".

Отже, стресори, пережиті Бартошем, Каролем, Беатою і Вірою, описані вище, можна назвати травматичними, а їх досвід - психологічною травмою.

Анна і Наталя, з другого боку, перебувають у стані сильного стресу - їх психологічна та фінансова безпека під загрозою, у їх житті відбулися серйозні зміни - але з точки зору психології цей стан не можна назвати травмою.

Часто терміни "травматичний стресор", "травматичний стрес" та "травма" вживаються як синоніми, щоб описати загрози для життя ситуації та негайно на них реагувати. Можна виділити такі види травм, як : потрапляння у дорожньо-транспортну пригоду, стати жертвою нападу, зґвалтування, фізичного насильства, брати участь у військових діях/війні, чи бути свідком чиєсь раптової смерті.

Кого стосується травматичний досвід?

В епідеміології існує парадокс: ймовірність того, що у мирний час ми зіткнемося з якимось травмуючим досвідом є мізерною. Проте ймовірність того, що впродовж життя людина зазнає травматичного досвіду, є дуже високою - близько 80% населення потрапили в ситуацію, яка стала для них травматичною. Це підтверджують і польські дослідження, проведені ще під час пандемії. У зоні військового конфлікту пряме зіткнення з травмуючим стресором неминуче. Тому досвід травматичної події, як би не хотілося, але вписується у долю людини. Через свою професію працівники екстрених служб - поліцейські, пожежники, лікарі, парамедики, лаборанти медичних та судово-медичних лабораторій, а також солдати і всі люди в зонах бойових дій - особливо вразливі до травм.

KOGO DOTYCZA DOŚWIADCZENIA TRAUMATYCZNE?

W epidemiologii kryje się pewien paradoks. Szansa, że w czasach pokoju spotka nas w życiu konkretne doświadczenie traumatyczne, jest znikoma. Jednak prawdopodobieństwo zetknięcia się w ciągu całego życia z którymkolwiek wydarzeniem traumatycznym jest bardzo duże – około 80% populacji było narażone na stresor o charakterze traumatycznym. Potwierdzają to też polskie badania już z czasów pandemii.

Na obszarze gdzie toczy się wojna bezpośrednia konfrontacja ze stresorem traumatycznym jest nieuchronna. Przeżycie wydarzenia traumatycznego jest więc wpisane w ludzki los.

Z racji pełnionego zawodu szczególnie narażeni na traumę są pracownicy służb ratunkowych – policjanci, strażacy, lekarze, ratownicy medyczni, technicy laboratoriów medycznych i kryminalistycznych, a także żołnierze na obszarach objętych wojną.

КОГО СТОСУЄТЬСЯ ТРАВМАТИЧНИЙ ДОСВІД?

В епідеміології існує парадокс: ймовірність того, що у мирний час ми зіткнемося з якимось травмуючим досвідом є мізерною. Проте ймовірність того, що впродовж життя людина зазнає травматичного досвіду, є дуже високою - близько 80% населення потрапили в ситуацію, яка стала для них травматичною. Це підтверджують і польські дослідження, проведені ще під час пандемії.

У зоні військового конфлікту пряме зіткнення з травмуючим стресором неминує. Тому досвід травматичної події, як би не хотілося, але вписується у долю людини.

Через свою професію працівники екстрених служб - поліцейські, пожежники, лікарі, парамедики, лаборанти медичних та судово-медичних лабораторій, а також солдати і всі люди в зонах бойових дій - особливо вразливі до травм.

JAKIE MOGĄ BYĆ KONSEKWENCJE PRZEŻYCIA TRAUMATYCZNEGO DOŚWIADCZENIA?

Ponieważ przeżycie traumy jest tak częste, zostaliśmy jako gatunek naturalnie wyposażeni w mechanizmy radzenia sobie z tym „nienormalnym” wydarzeniem. Zatem wiele reakcji **całkowicie naturalnych w pierwszym okresie** (w ciągu minut, godzin, dni) po traumatycznej katastrofie, **nie stanowi zaburzenia psychicznego. Dopiero gdy te reakcje nie mijają wraz z upływem czasu i negatywnie wpływają na funkcjonowanie osoby - mogą wymagać terapii.**

Może się jednak zdarzyć, że doświadczenie traumatyczne stanowi „czynnik wyzwalający” dla innych zaburzeń psychicznych – jest tą „kroplą, która przelewa dzban” i stanowi początek na przykład depresji czy zaburzeń lękowych o charakterze fobii albo trudności w poradzeniu sobie z sytuacją, co czasem nazywamy zaburzeniem adaptacyjnym.

U osób cierpiących na przewlekłe zaburzenia o charakterze nawracającym – np. zaburzenia afektywne dwubiegunowe czy schizofrenię – konfrontacja ze stresem o tak znacznym nasileniu może wyzwolić kolejny epizod choroby.

Swoiste dolegliwości psychiczne związane z doznany urazem, zwane czasem ogólnie „zaburzeniami potraumatycznymi”, czyli ostre zaburzenie stresowe (acute stress disorder – ASD), a przede wszystkim zaburzenie stresowe pourazowe (posttraumatic stress disorder – PTSD), dotyczą około 10% osób, które przeżyły wypadek komunikacyjny lub katastrofę naturalną np. powódź (wyniki polskich badań prowadzonych przez zespół prof. B. Zawadzkiego [Uniwersytet Warszawski] m.in. w grupach powodzian, ofiar pożarów i uczestników wypadków komunikacyjnych, potwierdzają obserwowane na świecie zależności). W sytuacji urazów o charakterze interpersonalnym (na przykład gwałt) lub związanych wojną odsetek ten jest większy i sięga 50–60%.

ЯКИМИ МОЖУТЬ БУТИ НАСЛІДКИ ДЛЯ ЛЮДИНИ, ЯКА ПЕРЕЖИЛА ТРАВМАТИЧНИЙ ДОСВІД?

Оскільки травматичний досвід є поширеним явищем. Ми, як вид, від природи маємо в собі механізми боротьби з "не нормальним, не щоденним" досвідом. Тому велика кількість різноманітних реакцій є **цілком природною у початковому періоді** (хвилини, години, дні), після того, як людина зіткнулася з травматичною ситуацією. **І це не є ознакою психічного розладу. Але, якщо наслідки не минають впродовж тривалого проміжку часу і негативно впливають на функціонування людини - це може означати, що необхідно скористатися з психотерапевтичної допомоги.**

Деколи може бути і так, що травматичний досвід буде поштовхом для розвитку інших психічних захворювань. Шокуюча подія може бути останньою краплею. Може стати початком, наприклад, депресії, тривожних розладів фобічного характеру, чи може бути зв'язана з труднощами у подоланні цієї ситуації, що іноді називають розладами адаптації.

Для людей з хронічними рецидивними розладами – такими як біполярний афективний розлад або шизофренія – зіткнення зі стресом такого масштабу може спровокувати черговий напад хвороби.

Специфічні психологічні скарги, пов'язані з перенесеною травмою, іноді називають "посттравматичним розладом". До них належать: гострий стресовий розлад (ГСР), а насамперед посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), на який страждають близько 10% людей, які пережили дорожньо-транспортні пригоди або стихійні лиха, наприклад, повінь (результати польського дослідження, проведеного командою професора Б. Завадського [Варшавський університет] у групах, що складаються, зокрема, з жертв повеней, пожеж та учасників дорожньо-транспортних пригод, підтверджують взаємозв'язки, які простежуються у всьому світі). У разі травм міжособистісного характеру (наприклад, згвалтування) або пов'язаних з участю у війні цей відсоток вищий і досягає 50-60%.

TUŻ PO TRAUMIE: OSTRA REAKCJA NA STRES I OSTRE ZABURZENIE STRESOWE

OSTRA REAKCJA NA STRES – REAKCJE

Objawy ostrej reakcji na stres pojawiają się niemal „natychmiast” – w ciągu około godziny od narażenia na działanie stresora psychicznego lub fizycznego o wyjątkowej sile, a ich nasilenie zmniejsza się w ciągu kolejnych 8–48 godzin (jeżeli stresor jest przemijający). Ostra reakcja na stres obejmuje zarówno objawy typowe dla lęku, takie jak pobudzenie układu wegetatywnego z odczuciami z zakresu klatki piersiowej (odczucie trudności w nabraniu powietrza do płuc, poczucie niepełnego oddechu, kłucie, ból, uczucie przyspieszonego bicia serca) i brzucha (nudności, biegunka), omdlenie, poczucie nierealności, obawa utraty kontroli, „zwarowania”, poczucie drętwienia, objawy napięcia, jak i objawy swoiste dla ostrej reakcji na stres.

Te ostatnie opisywane są jako wycofanie się z oczekiwanych interakcji z innymi ludźmi (stan, który w skrajnej postaci może być obserwowany jako znieruchomienie i brak kontaktu osoby z otoczeniem, czyli tak zwany stupor dysocjacyjny), zawężenie uwagi, dezorientację, gniew lub agresję słowną, rozpacz i brak nadziei, bezcelową i niedostosowaną aktywność, żalobę, która w danym kontekście kulturowym może być uznana za nadmierną lub wymykającą się spod kontroli. Osoby doznające wspomnianego zawężenia pola świadomości i uwagi opisują ten stan jako „poruszanie się jak we mgle”, „funkcjonowanie jak automat”, co negatywnie wpływa na procesy przetwarzania i kodowania informacji. Dlatego częstym następstwem ostrej reakcji na stres jest niepamięć całości lub fragmentów wydarzenia (mimo braku urazów mózgu).

OSTRE ZABURZENIE STRESOWE – KIEDY SIĘ JE ROZPOZNAJE?

Jeśli od urazu minęły ponad 2 dni, a osoba, która go doświadczyła, przejawiała opisane objawy dysocjacyjne, jest w stanie wzbudzenia (wykazuje nadmierną czujność i lęk lub rozdrażnienie), a dodatkowo dręczą ją nawracające wspomnienia, unika rozmów i wszystkiego, co się może kojarzyć się z urazem, istnieje prawdopodobieństwo, że cierpi na ostre zaburzenie stresowe – stan, którego intensywność, w naturalnych warunkach powinna się zmniejszać w ciągu kilku tygodni.

ВІДРАЗУ ПІСЛЯ ТРАВМИ: ГОСТРА РЕАКЦІЯ НА СТРЕС ТА ГОСТРИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД

ГОСТРА РЕАКЦІЯ НА СТРЕС –

Симптоми гострої реакції на стрес проявляються безпосередньо після появи психічного чи фізичного стресора надзвичайної сили та інтенсивності протягом години або близько того, і починають зменшуватися протягом 8-48 годин (якщо стресор є тимчасовим). Гостра реакція на стрес включає симптоми, характерні для тривоги, такі як: стимуляція вегетативної системи з відчуттями в грудях (утруднене потрапляння повітря до легенів, відчуття неповного дихання, колючі, больові відчуття, відчуття пришвидшеного серцебиття) і симптоми зі шлунку (нудота, діарея), непритомність, відчуття нереальності, страх перед втратою контролю, "божевілля", почуття оніміння, симптоми напруги, так і симптоми, характерні для гострої реакції на стрес.

До останніх відносять: відмову від взаємодії з іншими людьми (стан, який у своїй крайній формі може виявлятися, як завмирання та відсутність контакту людини з оточуючими, або так званий дисоціативний ступор), звуження уваги, дезорієнтація, гнів чи вербальна агресія, відчай та безнадійність, безцільна та дезадаптивна діяльність. Журба, яка в даному культурному контексті може вважатися надмірною чи неконтрольованою. Люди, які відчувають подібне звуження поля свідомості та уваги, описують цей стан як "переміщення немов у тумані", "функціонування на автоматі", що негативно позначається на процесах обробки та кодування інформації. Тому поширеним наслідком гострої реакції на стрес є нездатність згадати більшість чи частину події (попри відсутність травми мозку).

ГОСТРИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД – КОЛИ ВІН ДІАГНОСТУЄТЬСЯ?

Якщо з моменту травми пройшло більше 2 днів і у людини, яка пережила надзвичайно сильну та глибоку знервованість, проявилися описані вище дисоціативні симптоми і вона перебуває у стані збудження (знаходиться у стані підвищеної пильності і тривожності або дратівливості), а також їй докучають постійні спогади пережитої ситуації, особа уникає розмов і всього, що може бути якимось чином пов'язане з травмою), існує велика вірогідність, що людина страждає від гострого стресового розладу - стану, інтенсивність якого, за природних умов має зменшитися протягом кількох тижнів.

CO ROBIĆ W RAZIE WYSTĄPIENIA OBJAWÓW OSTRYCH ZABURZEŃ POTRAUMATYCZNYCH?

Postępowanie wobec osób, które doświadczyły urazu psychicznego, a zwłaszcza wpływ na decyzję takiej osoby o zwróceniu się po profesjonalną pomoc (medyczną, psychologiczną) wyznaczają 2 czynniki:

- intensywność objawów (i stopień, w jakim zakłócają funkcjonowanie osoby) oraz
- czas ich utrzymywania się (orientacyjnie wyznaczany czasem, jaki upłynął od traumatycznego wydarzenia).

NALEŻY PODKREŚLIĆ, ŻE

objawy stresu są wyrazem radzenia sobie zdrowego organizmu z przeciążeniem. Rozwinięcie się zaburzenia stresowego wskazuje na zwiększoną intensywność tych objawów, które zaczynają utrudniać funkcjonowanie. Jednak ich wystąpienie po konfrontacji z zagrożeniem życia – jest przejawem **normalnej reakcji na nienormalne wydarzenie**.

Osoby, u których wcześniej nie stwierdzono żadnych dolegliwości, a po urazie doświadczają takich objawów (na przykład nawracających wspomnień, lęku, stanu wzbudzenia), często dodatkowo obawiają się o swój stan psychiczny, mówiąc o „utracie kontroli”, „rozpadaniu się” itp.

Informacja o tym, jakie objawy są naturalną reakcją organizmu na traumę i nie oznaczają „zwariowania”, „utraty kontroli”, „niepoczytalności”, może w znacznym stopniu zmniejszyć dyskomfort. Dlatego warto pamiętać, że u większości osób po urazie wystąpią niektóre lub wszystkie z reakcji opisanych w ramce „Naturalne reakcje na nienaturalne wydarzenie”. Należy je znać aby zrozumieć zachowania osób, którym udzielamy pomoc.

ЩО РОБИТИ, ЯКЩО У ВАС ВИНИКЛИ СИМПТОМИ ГОСТРОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ?

Алгоритм дій спрямований до осіб, які пережили психологічну травму, і особливо вплив на їх рішення звернутися за професійною допомогою (медичною, психологічною) визначається 2 факторами:

- інтенсивність симптомів (наскільки вони заважають людині функціонувати)
- тривалість симптомів (орієнтовно визначається часом, що минув з моменту травматичної події).

ВАРТО ЗАЗНАЧИТИ, ЩО:

Симптоми стресу – це прояв того, як здоровий організм бореться з перевантаженням. Розвиток стресового розладу свідчить про збільшення інтенсивності симптомів, які перешкоджають людині у нормальному щоденному функціонуванні. Однак їх виникнення після конфронтації з подією яка загрожує життю - це прояв **нормальної реакції на ненормальну ситуацію**.

Люди, у яких раніше не було діагностовано жодних психічних розладів після травми відчувають симптоми такі, як: повторюваність спогадів, тривожність, стан збудження. Ці особи досить часто хвилюються за свій психічний стан, говорять про "втрату контролю", "відчуття ніби розвалюються на частини", тощо.

Інформація про те, які симптоми є природною реакцією організму на травму і не означають "втрату контролю", "божевілля", може значно зменшити дискомfort. Тому варто пам'ятати, що у більшості людей після травми будуть спостерігатися деякі або всі реакції, описані у рамці "Природні реакції на неприродну подію".

Важливо знати їх, щоб розуміти поведінку людей, яким допомагаєте.

Naturalne reakcje na nienaturalne

wydarzenie

Łęk i niepokój. Występują stale lub pojawiają się nagle. Czynniki wyzwalające – czyli bodźce, które mogą wywoływać lęk – to często miejsca, pory dnia, niektóre zapachy czy dźwięki lub inne sytuacje przypominające o traumie.

Stan nadmiernego wzbudzenia. Charakteryzuje się podenerwowaniem lub roztrzęsieniem, problemami z koncentracją uwagi i ze snem. Osoby, które przeszły traumę, często postrzegają świat jako niebezpieczne miejsce, więc ich organizmy są wciąż czujne, gotowe „odpowiedzieć na atak”. Inną reakcją na niebezpieczeństwo jest **zamrożenie** (jak np. zajęć oślepiętych światłami samochodu), co również zdarza się w sytuacjach traumatycznych.

Ponowne przeżywanie traumy. Pojawianie się niechcianych myśli na temat wypadku i niemożność pozbycia się ich. Doznawanie jakby przeblysków, bardzo realistycznych wizji, jakby trauma znowu miała miejsce. Również częste są koszmary zakłócające sen.

Unikanie. Dotyczy ono miejsc, ludzi sytuacji; odpychanie bolesnych myśli i uczuć. Może to doprowadzić do poczucia odrętwienia, które sprawia, że trudno jest odczuwać zarówno nieprzyjemne, jak i przyjemne uczucia. Czasami bolesne uczucia i myśli mogą być tak intensywne, że umysł się „blokuje” i można nie pamiętać części wydarzenia.

Gniew i poirytowanie. Odczucia te mogą być trudne zwłaszcza wtedy, gdy dotyczą osób bliskich.

Poczucie winy i wstydu, żal i depresja. To stan, w którym występuje uczucie przygnębienia i smutku, poczucie bezradności i rozpacz, płacz. Dochodzi do utraty zainteresowania kontaktami z ludźmi i dawnymi przyjemnościami.

Природні реакції на не природну подію

Страх і занепокоєння виникають постійно або з'являються раптово. Тригери – тобто фактори, які можуть викликати тривогу – це часто місця, час доби, певні запахи чи звуки, або інші ситуації, що нагадують нам про травму.

Стан надмірного збудження. Він характеризується дратівливістю чи нервозністю, проблемами з увагою та сном. Люди, які пережили травму, часто сприймають світ як небезпечне місце, тому їхній організм постійно перебуває в стані бойової готовності, готовий "відповісти на напад". Іншою реакцією на небезпеку є **завмирання** (як у зайця, засліпленого фарами автомобіля), що також відбувається у травмуючих ситуаціях.

Повторне переживання травматичної події. Небажані думки про цю подію та неможливість їх позбутися. Спалахи, дуже реалістичні відображення, немов переживаєш цю лякаючу ситуацію знову. Також часто сняться кошмари, які заважають спати вночі.

Уникання місць, людей та ситуацій. Намагання відштовхнути від себе болючі думки та почуття. В майбутньому може призвести до почуття заціпеніння, яке ускладнює, як негативні, так і позитивні відчуття. Іноді болючі почуття та думки можуть бути настільки інтенсивними, що розум "блокується", і частину подій людина не запам'ятовує.

Гнів та роздратування. Ці почуття можуть бути складними, особливо коли вони стосуються близьких людей.

Почуття провини та сорому, журби та депресії. В такому стані людина відчуває смуток та пригнічення, безпорадність і розпач, може плакати. Вона втрачає бажання та зацікавленість у спілкуванні з іншими людьми, втрачає можливість відчувати задоволення, від того, що колись його викликало.

NAJWAŻNIEJSZE: BEZPIECZEŃSTWO

Najważniejsze jest zapewnienie bezpieczeństwa – opisane wcześniej objawy (odrętwienie, trudności z koncentracją uwagi lub wręcz zawężenie pola świadomości) mogą sprawiać, że osoba w stanie ostrego stresu pourazowego nie zadba właściwie o własne bezpieczeństwo i będących pod jej opieką innych osób (dzieci). Nieoceniona i najważniejsza jest w tym okresie pomoc bliskich, polegająca na zabezpieczeniu podstawowych potrzeb osoby w stanie traumatycznego stresu, takich jak: doprowadzenie do oceny stanu zdrowia przez lekarza (jeśli występowały także obrażenia fizyczne lub osoba ta cierpi na chorobę somatyczną), zapewnienie jedzenia, picia, odpowiednich warunków do snu, bezpieczeństwa mieszkania, dokumentów, przypomnienie o niezbędnych czynnościach formalnych i prawnych oraz dostępność fizyczna i psychiczna osoby pomagającej.

Reakcje występujące w ciągu tych pierwszych godzin i dni są przejawem prób indywidualnego, właściwego danej osobie uporania się z traumatycznym doświadczeniem – najważniejsze jest uszanowanie potrzeby mówienia albo milczenia – bliskości (przebywania razem, przytulenia, trzymania za rękę) lub dystansu fizycznego. Próby naukowego określenia „uniwersalnych” sposobów skutecznego pomagania na tym pierwszym etapie nie przyniosły rezultatów umożliwiających sformułowanie wiarygodnych wskazówek jak w tych sytuacjach postępować.

Profesjonalna pomoc – psychologiczna, psychiatryczna – wobec większości osób nie jest potrzebna we wczesnym okresie po traumie. Wobec człowieka w rozpacz, w kilka godzin i/lub dni po przeżytej traumie, profesjonaliści nie dysponują żadnymi „specjalistycznymi” umiejętnościami wykraczającymi poza czysto ludzką, współodczuwającą postawę, a ta z kolei jest niezbędna.

НАЙБІЛЬШ ВАЖЛИВИМ: БЕЗПЕКА

Ключовим є забезпечення безпеки для людини пережившої стресову ситуацію. Описані раніше симптоми (заціпеніння, труднощі з концентрацією уваги або навіть звуження поля свідомості) можуть означати, що людина з гострим посттравматичним стресовим розладом не буде в змозі подбати належним чином про власну безпеку, як і безпеку інших людей, які перебувають під її опікою.

Допомога близьких є безцінною і найбільш важливою, в цей період часу і полягає в забезпеченні основних потреб людини, яка переживає травматичний стрес, таких як: отримання медичної допомоги від лікаря (якщо є тілесні ушкодження або людина страждає від соматичного захворювання), надання їжі, води, адекватних умов сну, безпечного житла, допомоги з оформленням усіх необхідних документів, нагадування про необхідні формальні та юридичні дії, а також фізична та психологічна доступність групи підтримки.

Реакція на ситуацію в перші години та дні є проявом намагання людини впоратися самотійно з травматичним досвідом, найважливіше, що ми маємо зробити в цей час - це поважати її потреби, розмовляти з нею чи мовчати разом, бути поруч (обіймати, триматися за руки, залишатися разом), чи дати простір та фізичну дистанцію. Спроби науково визначити "універсальні" способи ефективної допомоги на цьому першому етапі не дали результатів, за допомогою яких можна було б визначити надійні рекомендації, про те, як діяти у таких ситуаціях.

Професійна допомога – психологічна, психіатрична – не потрібна більшості людей у ранній посттравматичний період. Перебуваючи поряд з людиною у стані відчаю, за кілька годин та/або днів після пережитої травми, професіонали не мають жодних "спеціальних" навичок, крім суто людського відношення та щирого співчуття.

CO ROBIĆ W RAZIE WYSTĄPIENIA OBJAWÓW OSTRYCH ZABURZEŃ POTRAUMATYCZNYCH?

SKORZYSTANIE Z POMOCY PROFESJONALISTY (LEKARZA PSYCHIATRY LUB PSYCHOLOGA) NALEŻY ROZWAŻYĆ, GDY:

- ❑ opisane wcześniej objawy są nasilone i znacząco zakłócają funkcjonowanie jednostki,
- ❑ sposób przeżywania znacząco wykracza poza charakterystyczne dla danej kultury reakcje na śmierć bliskiego, zachowania w żałobie – i nie obserwuje się tendencji do powrotu do normy,
- ❑ zachowania wykraczają poza wcześniej opisane, charakterystyczne dla zaburzeń potraumatycznych objawy – obserwuje się znaczną dezorganizację, zaburzenia myślenia lub objawy psychotyczne,
- ❑ wydarzenie traumatyczne spotkało osobę cierpiącą na zaburzenie psychiczne, u której istnieje ryzyko wyzwolenia kolejnego epizodu choroby: psychozy schizofrenicznej, manii lub depresji.

Gdy zachowanie osoby w reakcji na traumę może stanowić **zagrożenie bezpieczeństwa jej samej lub jej bliskich** – pojawiają się myśli lub zachowania wskazujące na ryzyko zrobienia sobie krzywdy lub odebrania życia, albo występują akty agresji - zagrożenie zdrowia lub życia innych osób (czyli – gdy objawy przygnębienia, lub rozdrażnienia przyjmują najbardziej skrajną postać) - **niezwłoczna profesjonalna pomoc jest niezbędna**, czasem aby ją uzyskać konieczne jest zgłoszenie się do izby przyjęć najbliższego szpitala psychiatrycznego.

ЩО РОБИТИ, ЯКЩО У ВАС ВИНИКЛИ СИМПТОМИ ГОСТРОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ?

ЗВЕРНЕННЯ ЗА ДОПОМОГОЮ ДО ФАХІВЦЯ (ПСИХІАТРА ЧИ ПСИХОЛОГА) СЛІД РОЗГЛЯДАТИ У ТАКИХ ВИПАДКАХ:

- ❑ симптоми, описані раніше, наростають та в значній мірі заважають функціонуванню людини;
- ❑ відчуття журби значно перевищує, визначені культурою, реакції на смерть близької людини, та визначену культурою поведінку при тяжкій втраті - і немає тенденції повернення до норми
- ❑ поведінка виходить за рамки раніше описаних характерних симптомів посттравматичних розладів; спостерігається значна дезорганізація, порушення мислення або психотичні симптоми.
- ❑ травматична подія спіткала людину з психічним розладом, та існують ризики нового епізоду захворювання: шизофренічний психоз, манію чи депресію.

Коли реакцією на травму є поведінка, яка може **становити загрозу безпеки цієї людини, або безпеки її близьких** - з'являються думки, а часом дії, які можуть закінчитися заподіянням собі шкоди або самогубством. Також людина може поводитися агресивно по відношенню до оточуючих, коли є загроза для їх здоров'я та життя (тобто коли симптоми депресії або дратівливості приймають різку форму) - **необхідна негайна професійна допомога**. Щоб отримати необхідну допомогу - треба звернутися до відділення невідкладної допомоги найближчої психіатричної лікарні.

CO ROBIĆ W RAZIE WYSTĄPIENIA OBJAWÓW OSTRYCH ZABURZEŃ POTRAUMATYCZNYCH?

Wyniki badań naukowych opublikowanych do tej pory nie potwierdziły także, aby jakiejkolwiek specjalistyczne interwencje, zastosowane wobec wszystkich osób po wydarzeniu traumatycznym, zapobiegały rozwojowi dalszych następstw traumy. To, czym dysponują psychologowie to często:

- sposoby obniżania pobudzenia - różnego rodzaju techniki relaksacji,
- wpływ na uwagę (aby nie rozpamiętywać wciąż traumatycznych wydarzeń aż do poczucia utraty kontaktu z otoczeniem) za pomocą technik np uważności, "gruntowania",
- pomoc w nabyciu umiejętności rozwiązywania problemów lub sięgania po wsparcie innych.

Należą one, poza koniecznością zabezpieczenia podstawowych potrzeb - do arsenału tzw "pierwszej pomocy psychologicznej".

Terapię warto podjąć tylko wtedy, gdy objawy są bardzo nasilone, a ich wpływ na funkcjonowanie jest znaczący (czyli na przykład, gdy specjalista rozpozna ostre zaburzenie stresowe o ciężkim nasileniu), a ich nasilenie nie wykazuje tendencji do zmniejszania się. W pierwszych dniach i tygodniach od zadziałania stresora traumatycznego, pomimo iż początkowo objawy są dolegliwe i wywołują uczucie cierpienia, ogromna większość osób stopniowo wraca do wcześniejszego funkcjonowania. U niektórych osób tak jednak się nie dzieje.

Jeśli objawy nie ulegają zmianie i nie obserwuje się stopniowej poprawy przez co najmniej miesiąc, wówczas należy rozważyć diagnostykę w kierunku zaburzenia stresowego pourazowego, a w razie jego potwierdzenia, lub stwierdzenia innych zaburzeń – skorzystanie ze specjalistycznej pomocy.

ЩО РОБИТИ, ЯКЩО У ВАС ВИНИКЛИ СИМПТОМИ ГОСТРОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ?

Опубліковані на сьогоднішній день наукові дослідження також не підтвердили, що будь-які спеціалістичні втручання, які застосовуються до всіх людей після травматичної події, запобігають розвитку подальших наслідків травми.

У розпорядженні психологів часто є:

- способи зниження збудження - різні техніки релаксації, які впливають на увагу (щоб травмуючі події не згадувалися постійно).
- серед таких технік вирізняють: mindfulness, "праймінг",
- поради у набуванні здатності самостійно вирішувати проблеми, або зверненням за підтримкою до інших людей.

Ці техніки відносяться, крім необхідності забезпечення базових потреб, до арсеналу так званої "психологічної першої допомоги".

З психотерапії варто скористатися тільки в тому випадку, якщо симптоми дуже інтенсивні та їх вплив на функціонування є досить значним (наприклад, якщо фахівець діагностує гострий стресовий розлад), а інтенсивність не зменшується. У перші дні і тижні після травматичної події, незважаючи на те, що симптоми болючі і завдають страждань, більшість людей поступово повертаються до свого звичайного функціонування.

Але, є люди, у яких, повернення до нормальної життєдіяльності не відбувається. Якщо симптоми зберігаються і не спостерігається поступового поліпшення стану, на протязі як мінімум місяця, слід розглянути доцільність діагностики посттравматичного стресового розладу, а у разі його підтвердження або виявлення інших розладів звернутися за допомогою до фахівця.

MIESIĄCE I LATA W CIENIU TRAUMY: ZABURZENIE STRESOWE POURAZOWE (PTSD)

CZYM JEST ZABURZENIE STRESOWE POURAZOWE?

Zaburzenie stresowe pourazowe (PTSD) można nazwać „stanem zawieszenia się” naturalnych mechanizmów radzenia sobie z traumą. U około 10% osób, które doznały urazu komunikacyjnego, a u 50% ofiar gwałtów i napaści, mimo upływu czasu intensywność dolegliwości nie maleje. Paradoksalnie, zdarza się, że ten przewlekły stan odległego od normy funkcjonowania zaczyna być uważany za „nową normę”, właśnie z powodu upływu czasu. Bliscy mówią często „to nie ten sam człowiek – zupełnie inny niż ten sprzed wypadku, ale trudno się dziwić, że tak się zmienił po takim przeżyciu”.

Na czym ten stan polega? **Zaburzenie stresowe pourazowe obejmuje zespół objawów, które muszą wystąpić razem i stanowią rodzaj błędnego koła.**

Jednym z głównych objawów są **dręczące wspomnienia** – jako obrazy z przeżytego wypadku (gwałtu, napadu, wojny), które powracają znielaczka, najczęściej wówczas, gdy człowiek próbuje zasnąć lub odpocząć, albo jako koszmarne sny o treści łączącej się z wypadkiem. Bywa, że nie są to koszmarne sny ani nawracające myśli, lecz przykre objawy fizyczne (np. bicie serca, zlanie potem, duszność, czy silny dyskomfort), które pojawiają się nagle, gdy coś (dźwięk karetki, ten sam zapach, sygnał telefonu) przypomni o przeżytym wypadku. Te wspomnienia są wyrazem zmagania, jakie podejmuje mózg, aby przetworzyć, „przetrawić” i uporządkować doświadczenie traumatyczne.

Nie jest to jednak łatwe, ponieważ przykra natura wspomnień sprawia, że pragnie się za wszelką cenę ich uniknąć. Unikanie doświadczenia emocji związanych z traumatycznym wydarzeniem leży u podłoża luk w pamięci, tym bardziej trudnych do zrozumienia, że z jednej strony wdzierają się obrazy i fragmenty wspomnień, z drugiej zaś ważne momenty samego wydarzenia mogą być okryte niepamięcią.

МІСЯЦІ ТА РОКИ ЖИТТЯ У ТІНІ ТРАВМИ: ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД

ЩО ТАКЕ ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД?

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) можна описати як "неспроможність" природних механізмів подолання травми. Приблизно у 10% людей, які отримали травму внаслідок ДТП, та у 50% жертв згвалтування та нападу, незважаючи на те, що минуло багато часу, інтенсивність скарг не зменшується. Найбільш парадоксальним є те, що цей хронічний стан далеко не нормального функціонування починає вважатися "новою нормою" саме завдяки перебуванню в ньому впродовж тривалого часу. Родина часто каже: "Він уже не та людина - зовсім не та, що була до того, але не дивно, що такі сильні зміни відбулися після такої події".

На чому полягає цей стан? **Посттравматичний стресовий розлад включає в себе ряд симптомів, які повинні проявлятися разом, і стають, таким чином, порочним колом.**

Одним з основних симптомів є **нав'язливі спогади** - як картинки з пережитої трагедії (війна згвалтування, напад), які повертаються раптово, зазвичай коли людина намагається заснути або відпочити, або як кошмари зі змістом, пов'язаним із трагедією. Іноді це не кошмари або думки, що повторюються, а неприємні фізичні симптоми (наприклад, прискорене серцебиття, підвищене потовиділення, задишка або сильний дискомфорт), які раптово з'являються, коли щось (звук машини швидкої допомоги, той самий запах, сигнал телефону) нагадує вам про пережиті події. Ці спогади є виразом боротьби, яку веде мозок, щоб обробити, "переварити" та розкласти по полицям все що було для людини травматичним досвідом. Неприємний характер спогадів змушує людину прагнути уникати їх будь-якою ціною. Прагнення уникнути емоцій, пов'язаних із травмуючою подією, є викликане тим, що особа має прогалини у пам'яті, які тим більш важко зрозуміти, бо з одного боку у спогади вторгаються картинки та фрагменти подій, а з іншого важливі моменти самої події можуть бути забутими.

MIESIĄCE I LATA W CIENIU TRAUMY: ZABURZENIE STRESOWE POURAZOWE (PTSD)

Próby rozmów o wydarzeniu traumatycznym spotykają się więc z dezaprobatą, **zamknięciem się w sobie, irytacją** czy wręcz agresywnym „uderzeniem w stół” i zamknięciem tematu. Wbrew zdrowemu rozsądkowi, ale proporcjonalnie do dyskomfortu, który powodują nawracające wspomnienia, czasem unika się czynności prawnych, zapoznania się z aktami czy szczegółami, które mogłyby pomóc w wyjaśnieniu okoliczności wypadku.

Unikanie dotyczy również miejsc, przedmiotów czy sytuacji, które mogłyby przypominać o traumie, na przykład po wypadku komunikacyjnym trudność dotyczy jazdy samochodem, poruszania się środkami komunikacji czy przechodzenia przez jezdnię. Unika się także znajomych, dawnych zajęć i hobby czy przyjemności przypominających „tamto życie”. Wiele rzeczy przestaje cieszyć, narasta **dystans wobec bliskich**, którzy „przecież i tak nie są w stanie zrozumieć, czym było tamto doświadczenie”.

Trauma rzuca cień na plany życiowe – „wobec zmiany, której doświadczyłem, wszystko przestaje mieć sens”, zmienia się sposób myślenia o sobie i innych. Walka ze wspomnieniami, wysiłek wkładany w unikanie miejsc, osób i próba powrotu do normalności to niezwykle wyczerpujący stan.

Pojawia się więc uczucie rozdrażnienia, kłopoty z koncentracją uwagi, złość, wybuchy agresji i irytacji albo też lęk, czujność i nadmierna ostrożność, które trudno uzasadnić bliskim – bo przecież, jak często mówią, „czas już uporać się z przeszłością”.

Nasilają się dolegliwości somatyczne, często bólowe, które bywają przyczyną wdrażania niewiele wnoszących procesów diagnostycznych, nieobecności w pracy, zwolnień lekarskich. Alkohol, który często pomaga rozładować napięcie, z czasem „staje się niezbędny”, co prowadzi do kolejnych negatywnych konsekwencji.

Istotą PTSD jest jego negatywny wpływ na funkcjonowanie.

МІСЯЦІ ТА РОКИ ЖИТТЯ У ТІНІ ТРАВМИ: ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД

Тому спроби поговорити про подію, що травмує, викликають небажання та заперечення, **відмовчування, роздратування або навіть агресію**, "удар кулаком по столу" і закінчення будь яких розмов на цю тему. Всупереч здоровому глузду, але у зв'язку з дискомфортом, викликаним спогадами, що повторюються, людина іноді уникає звернення до суду, вивчення документів або деталей, які могли б допомогти з'ясувати обставини подій.

Людина **старається уникати місця**, предмети або ситуації, які можуть нагадати про пережиту травму, наприклад, після дорожньо-транспортної пригоди важко керувати автомобілем, їздити в громадському транспорті або переходити дорогу. Також уникають друзів, колишні заняття і хобі або розваги, що нагадують про "минуле життя". **Багато речей перестають приносити радість, людина відсторонюється від близьких**, які "все одно не здатні зрозуміти, яким був той досвід". Травма кидає тінь на життєві плани - "у зв'язку зі змінами, які я пережив, все перестає мати сенс", змінюється ставлення до себе та інших.

Боротьба зі спогадами, прагнення уникати місць і людей та спроба повернутися до нормального життя – це вкрай виснажливий стан. Це призводить до **почуття дратівливості, проблем з концентрацією уваги, гнівом, спалахами агресії та злості, а також до страху, надмірної пильності та обережності**, які важко аргументувати перед родичами - адже, як вони часто кажуть, "вже настав той час щоб розібратися з минулим".

Посилюються соматичні хвороби, часто болучі, що нерідко призводить до непотрібних діагнозів та тривалого лікування, яке і так не покращує морального та фізичного стану, пропускає роботи та лікарняним. Алкоголь, який часто допомагає зняти напругу, згодом стає все необхіднішим, що призводить до подальших негативних наслідків. Найбільшими клопотами від ПТСР є його негативний вплив на життєдіяльність людини.

MIESIĄCE I LATA W CIENIU TRAUMY: ZABURZENIE STRESOWE POURAZOWE (PTSD)

Istotą PTSD jest jego negatywny wpływ na funkcjonowanie. Zmiana, tak bardzo dolegliwa dla jednostki, jest zauważana przez otoczenie: pogarszają się relacje z członkami rodziny i współpracownikami, spada wydajność w pracy, wybuchowość powoduje konflikty, a brak zrozumienia ich przyczyny generuje kolejne nieporozumienia. W skrajnych sytuacjach powrót do pracy jest niemożliwy – czy to za sprawą unikania, czy z powodu kłopotów z koncentracją uwagi. O ile większość osób powraca do zdrowia w pierwszym roku po urazie, to po upływie około 2 lat od wydarzenia traumatycznego szanse na samoistną poprawę są już bardzo niewielkie.

Objawy występujące przez ten rok generują kolejne konsekwencje – coraz trudniej powrócić do aktywności zawodowej i towarzyskiej, a niekorzystne „chwilowe” zachowania i sposoby myślenia i reagowania stają się nawykami, niejako nowymi cechami osobowości. Unikanie staje się podstawową strategią postępowania, a wśród pomijanych tematów jest przede wszystkim trauma, co sprawia, że psycholog lub psychiatra, z którymi należałoby ten temat poruszyć, stają się najbardziej unikanyimi osobami. **Jest to jednak czas, gdy profesjonalna pomoc staje się niezbędna w zatrzymaniu tej lawiny niekorzystnych zmian.**

МІСЯЦІ ТА РОКИ ЖИТТЯ У ТІНІ ТРАВМИ: ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД

Зміни, такі болючі для самої людини, зауважують оточуючі: погіршуються стосунки з родиною та колегами, знижується продуктивність на роботі, дратівливість викликає конфлікти, а неможливість пояснення причин такої поведінки породжує все глибші неporozumіння. В екстремальних ситуаціях повернутися до роботи стає неможливим. Або через її уникнення, або через труднощі з концентрацією уваги.

У той час як більшість людей оправляються протягом першого року після травми, приблизно через 2 роки після травматичної події шанси на самостійне повернення до нормального життя стають практично неможливими.

Симптоми, які виникають протягом цього року, породжують шкідливі наслідки - стає важче повернутися до трудової та суспільної активності, а несприятливі "тимчасові" форми поведінки, мислення та реагування стають звичками, так би мовити, новими рисами особистості.

Уникнення стає основною стратегією поведінки, а травма займає перше місце серед тих, які не беруться до уваги. Що робить психолога або психіатра, з яким слід обговорити цю тему, людиною, яку до останнього треба уникати. Однак саме в цей час професійна допомога стає незамінною для того, щоб зупинити цю несприятливу для життя снігову лавину та змінити її.

DIAGNOZA: PIERWSZY KROK KU POPRAWIE

Właściwa diagnoza to pierwszy krok ku pozbyciu się objawów. Rozpoznanie PTSD ustala lekarz psychiatra lub psycholog kliniczny/psychoterapeuta na podstawie wywiadu klinicznego, czasami dodatkowo uzupełnionego badaniem z użyciem odpowiednich kwestionariuszy. Zazwyczaj jest to możliwe podczas jednej wizyty diagnostycznej trwającej standardowo 60–90 minut. Na problem PTSD powinni być również uwrażliwieni lekarze innych specjalności – tu jednak pomoc pacjenta jest nieoceniona. Zważywszy, że mówimy o objawach, które trwają co najmniej miesiąc, a nieraz już od kilku lat – ich związek czasowy z przeżyciem traumy rozmywa się wraz z upływem dni. Dlatego ważne, aby rozmawiając z lekarzem, mówić nie tylko o swoistych kłopotach ze snem lub „nadpobudliwości”, ale – mimo dyskomfortu przywołania wspomnienia traumy – wspomnieć o związku czasowym niekorzystnej zmiany w funkcjonowaniu z dramatycznym przeżyciem sprzed miesięcy czy lat.

Drugą istotną kwestią jest rozpoznanie różnicowe i ocena zaburzeń współwystępujących. Celem tego etapu diagnostyki jest określenie, które z obecnych u pacjenta zaburzeń najbardziej niekorzystnie wpływa na jego życie. Może się okazać, że jeśli razem z PTSD występuje kilka innych problemów – przykładowo depresja lub nadużywanie alkoholu – lekarz (lub psycholog) zasugeruje kolejność, w jakiej należy je leczyć, proponując na przykład najpierw zajęcia się depresją lub terapię odwykową. Jeżeli podstawowym problemem jest PTSD – specjalistyczne leczenie tego problemu w pierwszej kolejności będzie właściwym wyborem.

ДІАГНОСТИКА: ПЕРШИЙ КРОК ДО ПОКРАЩЕННЯ

Правильний діагноз - це перший крок до виявлення симптомів. ПТСР діагностується психіатром або клінічним психологом / психотерапевтом за результатами клінічної розмови, а іноді додатковими дослідженнями за допомогою відповідних тестів. Зазвичай це можливо протягом одного діагностичного візиту, який триває біля 60-90 хвилин. Лікарі інших фахів також повинні знати про ПТСР – але тут допомога пацієнта є безцінною. Враховуючи, що йдеться про симптоми, що тривають не менше місяця, а іноді й кілька років, їхній тимчасовий зв'язок з пережитою травмою стає все більш розмитим. Саме тому при розмові з лікарем важливо не тільки говорити про конкретні проблеми зі сном або "гіперактивність", а й - незважаючи на дискомфорт, який виникає при спогадах про травму - згадати про зв'язок несприятливих змін у функціонуванні з драматичним досвідом, який мав місце кілька місяців або років тому.

Другим важливим аспектом є диференціальна діагностика та оцінка інших супутніх розладів. Метою цього етапу діагностики є визначення, який з психологічних розладів, що є у вас, найбільш негативно впливає на ваше життя. Можливо, якщо з ПТСР у вас є низка інших проблем – наприклад, депресія чи алкоголізм. Ваш лікар (і психолог) запропонує найкращий сценарій лікування, наприклад, спочатку зайнятися депресією, а іноді запровадить медикаментозне лікування. Якщо основною проблемою є посттравматичний стресовий розлад, то в першу чергу необхідно пройти курс лікування у спеціаліста.

LECZENIE: POPRAWA JAKOŚCI ŻYCIA, ELIMINACJA DOKUCZLIWYCH OBJAWÓW

Zaburzenie stresowe pourazowe to synonim wielkiego cierpienia i kosztów ponoszonych przez jednostki, rodziny i społeczności, które nie tylko tracą możliwości czerpania z aktywności zawodowej osób nim dotkniętych, ale i pokrywają koszty leczenia, rent i zasiłków. Ostatnie 20 lat to okres intensywnych badań nad skutecznymi metodami leczenia osób z PTSD. Zalecane obecnie metody leczenia to, najogólniej, psychoterapia poznawczo-behawioralna i farmakoterapia.

ЛІКУВАННЯ: ПОКРАЩЕННЯ ЯКОСТІ ЖИТТЯ, УСУНЕННЯ ДОКУЧЛИВИХ СИМПТОМІВ

Посттравматичний стресовий розлад є синонімом великих страждань та проблем для тих людей які його мають. Але також і для їх родин та суспільства, які мусять втрачати добрих та потрібних працівників, але й покривають витрати на лікування, пенсії та допомогу. Впродовж останніх 20 років проводилися інтенсивні дослідження в сфері ефективності методів лікування людей із посттравматичним стресовим розладом. Рекомендовані зараз - це когнітивно-поведінкова психотерапія та фармакотерапія.

LECZENIE: POPRAWA JAKOŚCI ŻYCIA, ELIMINACJA DOKUCZLIWYCH OBJAWÓW

PSYCHOTERAPIA

Psychoterapia w przypadku PTSD odwołuje się do kilku postulowanych mechanizmów powstawania i utrzymywania się zaburzenia. W ramach terapii poznawczo-behawioralnej zakłada się, że w wyniku traumatycznego stresu doszło do wzbudzenia niezwykle silnego lęku i skojarzenia z doświadczonym zagrożeniem nie tylko bodźców zagrażających, ale i neutralnych. Już po ustąpieniu bezpośredniego zagrożenia dochodzi do stanu, w którym wiele sytuacji „niewinnych” wywołuje lęk. Naturalną reakcją człowieka staje się wówczas unikanie tych sytuacji, a to z kolei sprawia, że co prawda nie konfrontujemy się z silnym lękiem, ale za to w znaczny sposób ograniczamy własne życie, nie dając sobie szans na to, aby dostrzec, że nie wszystko, co nas otacza, jest równie niebezpieczne. Uogólnione poczucie braku bezpieczeństwa zaczyna działać jak samospełniająca się przepowiednia. Im większa czujność, tym więcej dostrzeżonych potencjalnie niebezpiecznych elementów i tym większy dyskomfort oraz stan gotowości do wykrywania kolejnych zagrożeń, tym większe kłopoty ze snem i wdzierające się do świadomości wspomnienia traumy.

Psychoterapie „zorientowane na traumę” różnią się między sobą „rozłożeniem akcentów”, wszystkie jednak zakładają omówienie traumatycznego doświadczenia i pracę nad tym uogólnionym poczuciem zagrożenia. Odbywa się to za pomocą ćwiczeń zwanych „ekspozycją”, które pozwalają na weryfikację (w bezpiecznych warunkach) własnych przekonań i/lub poprzez dyskusję dotyczącą zmiany sposobu myślenia i odczuwania po traumie. Terapie trwają najczęściej kilkanaście tygodni i wiążą się z cotygodniowymi sesjami trwającymi 60–90 minut, prowadzonymi przez wykwalifikowanego terapeutę. Terapia może być prowadzona w gabinecie lub online.

ЛІКУВАННЯ: ПОКРАЩЕННЯ ЯКОСТІ ЖИТТЯ, УСУНЕННЯ ДОКУЧЛИВИХ СИМПТОМІВ

ПСИХОТЕРАПІЯ

Психотерапія ПТСР відноситься до механізмів виникнення та підтримки цього розладу. У рамках когнітивно-поведінкової терапії вважається, що в результаті травматичного стресу виникає надзвичайно сильна тривога, і що з пережитою загрозою асоціюються не лише насправді небезпечні, а й нейтральні стимули. Навіть після того, як безпосередня загроза минула, існує стан, в якому багато "небезпечних" ситуацій викликають тривогу. Природною реакцією людини стає уникнення таких ситуацій, а це, зрештою, означає, що, хоча вона й не відчуває сильного страху, значно обмежує власне життя, не даючи собі шансу побачити, що не все навколо є небезпечним. Узагальнене почуття невпевненості починає діяти як самовтілюване пророцтво. Чим більша пильність та настороженість, тим більше елементів сприймається людиною як небезпечні, і тим сильніший дискомфорт і стан готовності виявлення подальших загроз, тим більше проблем зі сном та спогадів про травму, що проникають у свідомість.

Травма-орієнтована психотерапія може відрізнитися в залежності від головних акцентів але кожна з них направлена на обговорення травматичного досвіду та роботу над узагальненим відчуттям небезпеки. Для цього використовуються вправи під назвою "експозиція", що дають змогу переглянути (у безпечному просторі) власні переконання та/або обговорити зміни способу мислення та почуттів, які супроводжують людину після травми. Терапія зазвичай триває кілька тижнів та включає щотижневі сесії тривалістю 60-90 хвилин під керівництвом кваліфікованого терапевта.

Терапія може проводитися в кабінеті чи онлайн.

LECZENIE: POPRAWA JAKOŚCI ŻYCIA, ELIMINACJA DOKUCZLIWYCH OBJAWÓW

LECZENIE FARMAKOLOGICZNE

Farmakoterapia zakłada modyfikację biologicznych mechanizmów, którym przypisuje się powstawanie objawów PTSD.

Stosuje się zatem leki z różnych grup, które regulują przede wszystkim procesy neuroprzekaznictwa w układzie serotoninergicznym i/lub noradrenergicznym, które należą do tradycyjnie już zalecanej w leczeniu chorych na depresję grupy inhibitorów wychwytu zwrotnego serotoniny (selective serotonin reuptake inhibitors – SSRI).

Zaleca się również inne grupy leków przeciwdepresyjnych, jednak dotąd niewiele wyników badań dowiodło ich skuteczności.

Wobec szczególnie ciężkich, lekoopornych postaci PTSD podejmuje się próby podawania leków z innych grup niż przeciwdepresyjne.

Nie ma wystarczających danych wskazujących na to, jak długo powinno być prowadzone leczenie – standardem jest okres 3–6 miesięcy, jednak decyzję o zakończeniu farmakoterapii powinni podjąć wspólnie lekarz i pacjent, rozpatrując ten konkretny przypadek.

ЛІКУВАННЯ: ПОКРАЩЕННЯ ЯКОСТІ ЖИТТЯ, УСУНЕННЯ ДОКУЧЛИВИХ СИМПТОМІВ

ФАРМАКОЛОГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ

Фармакотерапія включає зміну біологічних механізмів, які пов'язані з розвитком симптомів ПТСР.

Тому використовуються препарати різних груп, які в першу чергу регулюють процеси нейропередачі в серотонінергічній та/або норадренергічній системі, що належать до групи селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС), які традиційно рекомендуються при лікуванні пацієнтів з депресією.

Є рекомендації й інших груп антидепресантів, але поки що не вистачає досліджень, які б підтвердили їх ефективність.

За особливо тяжких, стійких до ліків форм ПТСР робилися спроби призначити препарати з інших груп.

Немає точних даних, щоб вказати, як довго слід продовжувати лікування – стандартний період становить 3-6 місяців, але рішення про припинення фармакотерапії має прийматись спільно лікарем та пацієнтом у кожному конкретному випадку.

LECZENIE: POPRAWA JAKOŚCI ŻYCIA, ELIMINACJA DOKUCZLIWYCH OBJAWÓW

Brytyjskie National Institute of Health and Care Excellence (NICE, www.nice.org.uk), organizacja rządowa, która opracowując wytyczne odnoszące się do leczenia w oparciu o dostępne, aktualne i wiarygodne wyniki badań naukowych, przygotowała także zalecenia dotyczące psychologicznych metod terapii osób cierpiących na przewlekłe PTSD.

- Wszystkie osoby cierpiące na PTSD powinny skorzystać z psychoterapii zorientowanej na traumę (zorientowana na traumę terapia poznawczo-behawioralna [trauma-focused cognitive-behavioural therapy – TF-CBT] lub NET albo odwrażliwianie (desensytyzacja) za pomocą ruchów gałek ocznych [eye movement desensitization and reprocessing – EMDR]). Terapię powinno się prowadzić w warunkach ambulatoryjnych, jako psychoterapię indywidualną.
- Zorientowane na traumę leczenie psychologiczne powinno być zaproponowane wszystkim cierpiącym na PTSD, niezależnie od czasu, jaki upłynął od urazu.
- Jeśli PTSD powstało w następstwie jednorazowego wydarzenia traumatycznego, terapia powinna obejmować 10–12 sesji. Sesje, podczas których omawiana jest trauma, są zazwyczaj dłuższe (90 min). Leczenie powinno się odbywać bez przerw, z regularną częstotliwością i być prowadzone przez tę samą osobę.
- Należy rozważyć wydłużenie czasu leczenia do więcej niż 12 sesji, jeśli istnieje konieczność odniesienia się do wielu problemów pacjenta, na przykład na skutek wielokrotnych doświadczeń traumatycznych w przeszłości, powikłanego procesu żałoby, znaczących współwystępujących zaburzeń psychicznych lub problemów socjalnych. Zorientowana na traumę terapia powinna stanowić część kompleksowego planu leczenia pacjenta.

ЛІКУВАННЯ: ПОКРАЩЕННЯ ЯКОСТІ ЖИТТЯ, УСУНЕННЯ ДОКУЧЛИВИХ СИМПТОМІВ

Британська National Institute of Health and Care Excellence (NICE, www.nice.org.uk), організація, яка розробляє рекомендації з лікування на основі доступних, сучасних та надійних наукових досліджень, також підготувала поради з психологічного лікування людей, які страждають на хронічні посттравматичні стресові розлади.

- Всі люди з ПТСР повинні пройти курс психотерапії, яка орієнтована на травму (когнітивно-поведінкова терапія, орієнтована на травму [trauma-focused cognitive-behavioural therapy – TF-CBT] чи Метод десенсибілізації і переробки руху очей (ДПДГ) [eye movement desensitization and reprocessing – EMDR]). Терапія повинна проводитись в амбулаторних умовах у вигляді індивідуальної психотерапії.

- Психологічне лікування, орієнтоване на травму, має пропонуватися всім людям, які страждають на ПТСР, незалежно від часу, що минув після травми.

- Якщо ПТСР розвинувся після однієї травматичної події, терапія має складатися з 10-12 сеансів. Сеанси, на яких обговорюється травма, зазвичай більш тривалі (90 хвилин). Лікування має бути безперервним, регулярним і проводитися однією і тією самою людиною.

- Слід розглянути можливість збільшення тривалості лікування більш ніж до 12 сеансів, якщо існує необхідність вирішення численних проблем пацієнта, наприклад, внаслідок численних травматичних переживань у минулому, складного процесу журби, чисельних психічних розладів чи соціальних проблем. Терапія травми має бути частиною комплексного плану лікування пацієнта

LECZENIE: POPRAWA JAKOŚCI ŻYCIA, ELIMINACJA DOKUCZLIWYCH OBJAWÓW

National Institute of Health and Care Excellence
zalecenia – c.d

Terapia powinna być prowadzona przez wykwalifikowanych terapeutów, którzy przeszli odpowiednie szkolenie. Proces terapii powinien być poddawany superwizji.

Niektórzy z pacjentów mogą mieć trudność w omawianiu szczegółów traumatycznego wydarzenia. Należy wówczas rozważyć przeznaczenie dodatkowych sesji na zbudowanie opartej na zaufaniu relacji terapeutycznej, ustabilizowanie stanu emocjonalnego pacjenta, przed rozpoczęciem omawiania traumatycznego wydarzenia.

Jeśli osoby z rozpoznaniem PTSD zwracają się z prośbą o inne formy psychoterapii (np. terapię wspierającą/niedyrektywną, hipnoterapię, terapię psychodynamiczną lub systemową), należy udzielić im informacji o tym, że nie ma danych empirycznych, które wskazywałyby na istotną klinicznie skuteczność tych oddziaływań w leczeniu osób z PTSD.

Leczenie nieorientowane na traumę, takie jak relaksacja lub terapia niedyrektywna, podczas którego wspomnienia traumatycznego doświadczenia nie są omawiane nie powinno być rutynową formą leczenia osób cierpiących na przewlekłą postać PTSD.

Wobec pacjentów z PTSD, u których terapia zorientowana na traumę okazała się nieskuteczna lub stopień osiągniętej poprawy jest niewielki, należy rozważyć:

→ inną formę zorientowanej na traumę psychoterapii

→ dołączenie leczenia farmakologicznego do psychoterapii zorientowanej na traumę.

ЛІКУВАННЯ: ПОКРАЩЕННЯ ЯКОСТІ ЖИТТЯ, УСУНЕННЯ ДОКУЧЛИВИХ СИМПТОМІВ

National Institute of Health and Care Excellence
рекомендації продовжені

Терапія повинна проводитися кваліфікованими терапевтами, які пройшли відповідне навчання. Процес терапії повинен бути супервізованим.

Деяким пацієнтам може бути важко обговорювати деталі травматичної події. Перед обговоренням травматичної події слід присвятити додаткові сесії щодо побудови довірливих терапевтичних відносин, стабілізації емоційного стану пацієнта.

Якщо люди з діагнозом ПТСР звертаються до спеціалістів, які займаються іншими формами психотерапії (наприклад, підтримуюча/недирективна терапія, гіпнотерапія, психодинамічна або системна терапія), їх слід попередити, що немає емпіричних даних, що свідчать про клінічну ефективність цих методів лікування.

Лікування, яке не орієнтоване на травму, таке як релаксація або недирективна терапія, під час якої спогади про травматичний досвід не обговорюються, не повинно бути звичайною формою лікування людей з хронічним ПТСР.

Для пацієнтів з ПТСР, у яких терапія травми виявилася безрезультатною або не відбувається покращення стану здоров'я, слід розглянути такі варіанти:

→ інша форма психотерапії, орієнтованої на травму

→ включення фармакологічного лікування до психотерапії, орієнтованої на травму

LECZENIE: POPRAWA JAKOŚCI ŻYCIA, ELIMINACJA DOKUCZLIWYCH OBJAWÓW

National Institute of Health and Care Excellence
zalecenia – c.d

W oparciu o dostępne obecnie dane autorzy wytycznych National Institute of Health and Care Excellence zalecają farmakoterapię: jako leczenie drugiego wyboru w sytuacji gdy pacjent odmawia leczenia, nie ma możliwości uczestniczenia w psychoterapii, albo przeciwwskazane byłoby stosowanie psychoterapii zorientowanej na traumę (np. u ofiary przemocy wciąż narażonej na kontakt ze sprawcą, lub terapia prowadzona na obszarze gdzie aktualnie toczy się wojna).

Podsumowanie wyników badań dotyczących psychoterapii u osób z PTSD wskazuje, że średnio u 70% pacjentów uzyskuje się istotną klinicznie poprawę stanu psychicznego. Rezultaty badań dotyczących farmakoterapii są nieco mniej korzystne, ale nadal leki są skuteczniejsze w porównaniu z placebo. Z jednej strony, można się cieszyć, że dysponujemy metodami, które u większości leczonych zapewniają poprawę i ustąpienie objawów, z drugiej – nie dziwią stałe poszukiwania innych potencjalnie skutecznych metod, zwiększając odsetek osób, którym można pomóc.

ЛІКУВАННЯ: ПОКРАЩЕННЯ ЯКОСТІ ЖИТТЯ, УСУНЕННЯ ДОКУЧЛИВИХ СИМПТОМІВ

National Institute of Health and Care Excellence
рекомендації - продовжені

На підставі наявних в даний час даних від National Institute of Health and Care Excellence рекомендують фармакотерапію: як не першочергове, а в випадках, коли пацієнт відмовляється від лікування, коли участь у психотерапії неможлива, або коли психотерапія, орієнтована на травму, протипоказана (наприклад, у випадку, коли жертва насильства все ще зазнає впливу злочинця, або терапія на території воєнного конфлікту)

Узагальнені результати досліджень психотерапії у людей з ПТСР вказують на те, що в середньому 70% пацієнтів досягають клінічного покращення психічного стану. Результати досліджень фармакотерапії дещо менш позитивні, але препарати все ж таки більш ефективні в порівнянні з плацебо. З одного боку, тішить, що є методи, які забезпечують покращення та зникнення симптомів у більшості пацієнтів, з іншого боку - також не дивно, що далі відбуваються постійні пошуки альтернативних методів та технік, які б допомогли ще більшій кількості людей.

CO WARTO WZIĄĆ POD UWAGĘ, PLANUJĄC LECZENIE OSOBY Z ZABURZENIEM STRESOWYM POURAZOWYM?

Wyniki dotychczas przeprowadzonych badań wskazują na przewagę skuteczności psychoterapii nad leczeniem farmakologicznym. Zważywszy jednak na to, że obie metody pomagają – decydujące w wyborze są preferencje pacjenta i możliwości skorzystania z **profesjonalnej, zorientowanej na traumę psychoterapii**.

PSYCHOTERAPIA CZY FARMAKOTERAPIA?

„Psychoterapia”, podobnie jak „leczenie farmakologiczne”, to bardzo ogólne terminy. Ponieważ zalecane są zorientowane na traumę terapie poznawczo-behawioralne, podstawową kwestią staje się dostępność tej formy leczenia i możliwości skorzystania z niej. Nie każdą formę oddziaływań psychoterapeutycznych zbadano wystarczająco, aby móc z całą pewnością polecić ją osobom cierpiącym na PTSD (np. nie ma obecnie danych potwierdzających skuteczność innych, popularnych w Polsce form psychoterapii – psychodynamicznej, integracyjnej, psychoanalizy – w leczeniu cierpiących na to zaburzenie, a często dostępni są jedynie psychoterapeuci specjalizujący się jedynie tych metodach).

„Farmakoterapia” - terapia lekami zalecanymi w przypadku PTSD jest powszechnie dostępna – prowadzą ją lekarze psychiatrzy w poradniach zdrowia psychicznego lub gabinetach prywatnych, w niepowikłanych przypadkach mogą je prowadzić lekarze rodzinni.

ЩО ВАЖЛИВО ВРАХОВУВАТИ ПРИ ПЛАНУВАННІ ЛІКУВАННЯ ЛЮДИНИ З ПОСТТРАВМАТИЧНИМ СТРЕСОВИМ РОЗЛАДОМ?

Результати, проведених на сьогоднішній день досліджень, показують, що психотерапія ефективніша, ніж фармакологічне лікування. Однак, враховуючи, що обидва методи допомагають - вирішальним фактором у виборі є бажання пацієнта та його здатність отримати користь із **професійної, орієнтованої на травму психотерапії**.

ПСИХОТЕРАПІЯ ЧИ ФАРМАКОТЕРАПІЯ?

"Психотерапія", як і "лікування лікарськими засобами", - це дуже узагальнені поняття. Оскільки рекомендується когнітивно-поведінкова терапія, орієнтована на травму, наявність цієї форми лікування та її доступність стають фундаментальним питанням. Не кожна форма психотерапевтичного втручання достатньо вивчена, щоб з упевненістю рекомендувати її страждаючим ПТСР (наприклад, в даний час немає даних, що підтверджують ефективність інших популярних у Польщі форм психотерапії - психодинамічної, інтегративної, психоаналізу - у лікуванні страждаючих на ПТСР, і часто доступні тільки психотерапевти, які працюють тільки не перевіреними методами).

„Фармакотерапія” — терапія препаратами, рекомендованими при ПТСР, широко доступна — її проводять психіатри в психіатричних клініках чи приватних кабінетах, а в неускладнених випадках — сімейні лікарі.

CO WARTO WZIĄĆ POD UWAGĘ, PLANUJĄC LECZENIE OSOBY Z ZABURZENIEM STRESOWYM POURAZOWYM?

DLaczego warto podjąć psychoterapię zorientowaną na traumę?

Cechuje się dużą skutecznością! Rozpoznanie PTSD oznacza, że dolegliwości trwają co najmniej od kilku miesięcy, ale najczęściej od kilku lat. Skorzystanie z psychoterapii pozwala na całkowite pozbycie się trwających od lat objawów lub znaczne zmniejszenie ich nasilenia w ciągu zaledwie 8–12 tygodni (dotyczy to około 70–80% pacjentów)

Jedną z zalecanych terapii zorientowanych na traumę, to terapia metodą przedłużonej ekspozycji. Jej skuteczność potwierdzono licznymi badaniami naukowymi na świecie (z udziałem cierpiących na PTSD weteranów wojennych, ofiar gwałtów i przemocy).

Także w Polsce potwierdzono jej korzystny wpływ w ramach programu leczenia PTSD u osób po wypadkach komunikacyjnych (programy Trakt I - Trakt III realizowane w latach 2008–2018 na Uniwersytecie Warszawskiego z Uniwersytetem SWPS). W polskich badaniach 80% uczestników, którzy ukończyli terapię, uwolniło się od objawów PTSD.

Pomaga zdobyć umiejętność radzenia sobie ze stresem! Psychoterapia dostarcza umiejętności radzenia sobie z lękiem, z których można korzystać w innych sytuacjach życiowych, już po zakończeniu psychoterapii.

ЩО ВАЖЛИВО ВРАХОВУВАТИ ПРИ ПЛАНУВАННІ ЛІКУВАННЯ ЛЮДИНИ З ПОСТТРАВМАТИЧНИМ СТРЕСОВИМ РОЗЛАДОМ?

Навіщо проходити психотерапію, орієнтовану на травму?

- Це дуже ефективно! Діагноз ПТСР означає, що симптоми присутні у житті людини як мінімум кілька місяців, але частіше – кілька років. За допомогою психотерапії можна від них позбавитися, або значно знизити їх інтенсивність всього за 8-12 тижнів (позитивні зміни простежуються приблизно у 70-80% пацієнтів).

Це один із рекомендованих видів терапії, орієнтованої на травму, її ефективність підтверджена численними науковими дослідженнями по всьому світу (за участю ветеранів війни, жертв згвалтування та насильства, які страждають на ПТСР).

Також у Польщі його позитивний вплив було підтверджено в рамках програми лікування ПТСР у людей після дорожньо-транспортних пригод (програми "Тракт I" та "Тракт II", реалізовані у 2008-2018 роках у Варшавського університету разом з Варшавським університетом соціальних та гуманітарних наук). У польському дослідженні 80% учасників, які пройшли курс терапії, позбулися симптомів ПТСР.

Допомагає набути навичок боротьби зі стресом! Психотерапія допомагає навчитися технікам долаття труднощів, які ви можете використати в інших ситуаціях вашого життя після закінчення психотерапії.

CO WARTO WZIĄĆ POD UWAGĘ, PLANUJĄC LECZENIE OSOBY Z ZABURZENIEM STRESOWYM POURAZOWYM?

ЯК ЗНАЛЕЇЦЬ ПСИХОТЕРАПЕУТЕ?

Poszukując psychoterapeuty, należy sprawdzić jeszcze przed rozpoczęciem leczenia, czy przebył on szkolenie w zakresie prowadzenia psychoterapii zorientowanej na traumę, czy ma doświadczenie kliniczne i czy poddaje się superwizji. Psychoterapia, jak każda forma leczenia, jest oddziaływaniem specjalistycznym, dlatego, powierzając swoje zdrowie psychoterapeucie (najczęściej lekarzowi lub psychologowi posiadającemu te dodatkowe kwalifikacje), każdy pacjent ma prawo uzyskać następujące informacje:

- Czy terapeuta dysponuje umiejętnościami prowadzenia psychoterapii zorientowanej na traumę?
- Czy terapeuta ma doświadczenie w leczeniu PTSD?
- Czy terapeuta poddaje praktykę superwizji?
- Czy terapeuta jest zrzeszony w stowarzyszeniu naukowym, którego standardów kształcenia i kodeksu etycznego przestrzega?

ЩО ВАЖЛИВО ВРАХОВУВАТИ ПРИ ПЛАНУВАННІ ЛІКУВАННЯ ЛЮДИНИ З ПОСТТРАВМАТИЧНИМ СТРЕСОВИМ РОЗЛАДОМ?

ЯК ОЦІНИТИ ПСИХОТЕРАПЕВТА?

Під час пошуків психотерапевта важливо перед початком терапії перевірити, чи терапевт пройшов навчання з психотерапії травми, чи є у нього клінічний досвід і чи проходить він супервізію. Психотерапія, як і будь-який вид лікування, є втручанням спеціаліста, тому, довіряючи своє здоров'я психотерапевту (зазвичай це лікар або психолог, який має таку додаткову кваліфікацію), кожен пацієнт має право бути поінформованим про:

- Чи має терапевт навички проведення психотерапії, орієнтованої на травму?
- Чи має терапевт досвід лікування ПТСР?
- Чи звертається він/вона до супервізії?
- Чи є терапевт членом наукової асоціації, яких стандартів навчання та етичного кодексу він дотримується?

CO WARTO WZIĄĆ POD UWAGĘ, PLANUJĄC LECZENIE OSOBY Z ZABURZENIEM STRESOWYM POURAZOWYM?

ЩО ВАЖЛИВО ВРАХОВУВАТИ ПРИ ПЛАНУВАННІ ЛІКУВАННЯ ЛЮДИНИ З ПОСТТРАВМАТИЧНИМ СТРЕСОВИМ РОЗЛАДОМ?

Czy psychoterapia jest dla Ciebie?

Oprócz wyboru odpowiedniego psychoterapeuty, niezwykle istotną kwestią jest sama możliwość skorzystania z terapii. Należy odpowiedzieć sobie na następujące pytania:

- Czy mam możliwości (czasowe, finansowe) na cotygodniowe spotkania, z których każde trwa 60–90 minut?
- Czy w przewidywanym okresie terapii (2–3 miesiące) nie planuję dłuższych przerw (warunkiem skuteczności jest regularność i częstotliwość spotkań)?
- Czy działanie stresora traumatyczny minęło? (Leczenie osób z PTSD metodami zorientowanymi na traumę dotyczy sytuacji, gdy bezpośrednio zagrożenie ustąpiło. Wobec osób narażonych na kolejne doświadczenie traumatyczne – na przykład ofiar przemocy żyjących pod jednym dachem ze sprawcą – wskazane mogą być interwencje pozwalające najpierw na rozwiązanie problemu związanego ze stałym zagrożeniem; wówczas warto zwrócić się do instytucji pomagających ofiarom przemocy, czy ośrodki interwencji kryzysowej).

Jeśli istnieją ograniczenia w dostępności lub z różnych powodów nie ma możliwości skorzystania z psychoterapii, warto rozważyć leczenie farmakologiczne.

Чи підходить тобі психотерапія?

Крім вибору відповідного психотерапевта, надзвичайно важливою є можливість участі у психотерапії. Необхідно відповісти на такі запитання:

- Чи маю можливості (часові, фінансові) для щотижневих зустрічей, кожна з яких триватиме 60-90 хвилин?
- Чи планую я більш тривалі перерви у передбачуваному періоді терапії (2-3 місяці) (регулярність та частота зустрічей є умовою ефективності)?
- Чи пройшла дія травматичного стресора? (Лікування людей з ПТСР методами, орієнтованими на травму, стосується ситуацій, коли безпосередня загроза минула. Для людей, які зазнають травмуючого досвіду - наприклад, жертв насильства, які живуть під одним дахом зі злочинцем - може бути доцільним втручання служб, щоб спочатку вирішити проблему, пов'язану із постійною загрозою; слід звернутися до закладів, які допомагають жертвам насильства (наприклад, до центрів кризового втручання).

Якщо існують обмеження в пунктах перерахованих вище або психотерапія з різних причин недоступна, варто розглянути можливість фармакологічного лікування.

CO WARTO WZIĄĆ POD UWAGĘ, PLANUJĄC LECZENIE OSOBY Z ZABURZENIEM STRESOWYM POURAZOWYM?

A jeśli farmakoterapia...

Za leczeniem farmakologicznym przemawiają:

- Skuteczność zdecydowanie przewyższająca niepodejmowanie leczenia lub placebo.
- Duża dostępność – terapia lekami zalecanymi w przypadku PTSD jest powszechnie dostępna – prowadzą ją lekarze psychiatrzy w poradniach zdrowia psychicznego lub gabinetach prywatnych, w niepowikłanych przypadkach mogą je prowadzić lekarze rodzinni.
- Działanie leków obejmujące także często współwystępujące z PTSD zaburzenia depresyjne i lękowe.
- Stosunkowo niskie koszty (zważywszy na niewielką dostępność zorientowanej na traumę psychoterapii w ramach refundacji Narodowego Funduszu Zdrowia)
- oszczędność czasu – jest mniej czasochłonna dla pacjenta (czas potrzebny na wizytę diagnostyczną i wizyty kontrolne – około raz na 2 tygodnie w pierwszym miesiącu leczenia, później raz na miesiąc, konieczność pamiętania o regularnym przyjmowaniu leku i czas potrzebny na przyjęcie tabletki).

Wyniki badań nad skutecznością leczenia wskazują na nieco mniejszą skuteczność farmakoterapii w zmniejszeniu nasilenia objawów PTSD, trzeba jednak podkreślić, że liczba dotychczas opublikowanych badań bezpośrednio porównujących farmako- i psychoterapię PTSD jest znikoma. Decydując się na farmakoterapię należy wziąć pod uwagę możliwość wystąpienia (na szczęście rzadkich i przemijających) działań niepożądanych leków oraz ograniczenia związane z kierowaniem pojazdami, ciążą, karmieniem piersią czy spożywaniem alkoholu. Nie ma również jednoznacznych informacji dotyczących zalecanego czasu leczenia (3 czy 6 miesięcy, czy dłużej?) i trwałości poprawy po zakończeniu przyjmowania leku.

ЩО ВАЖЛИВО ВРАХОВУВАТИ ПРИ ПЛАНУВАННІ ЛІКУВАННЯ ЛЮДИНИ З ПОСТТРАВМАТИЧНИМ СТРЕСОВИМ РОЗЛАДОМ?

A якщо farmakoterapia...

Існують аргументи на користь фармакологічного лікування:

- Ефективність набагато вища, ніж за відсутності лікування чи використання плацебо.
- Висока доступність – терапія препаратами, рекомендованими для лікування ПТСР, широко доступна – надається психіатрами у клініках психічного здоров'я або приватними лікарями, в екстрених випадках може надаватися сімейними лікарями.
- Дія препаратів поширюється також на депресивні та тривожні розлади, які часто супроводжують ПТСР.
- Відносно низька вартість (з огляду на слабку доступність психотерапії, що відшкодовується Національним фондом охорони здоров'я)
- Економія часу (час, необхідний для діагностичних та контрольних візитів – приблизно раз на 2 тижні під час першого місяця лікування, пізніше – раз на місяць), необхідність пам'ятати про регулярний прийом препарату та години в які препарат треба вживати.

Результати досліджень ефективності лікування показують, що фармакоterapia дещо менш ефективна у зниженні симптомів ПТСР, однак слід підкреслити, що кількість опублікованих на сьогоднішній день досліджень, які безпосередньо порівнюють фармакоterapia та психотерапію ПТСР, є дуже малою і недостатньою. При прийнятті рішення про фармакоterapia слід враховувати можливість (на щастя, рідкісних та короткострокових) побічних лікарських реакцій, а також обмеження, пов'язані з керуванням автомобіля, вагітністю, грудним вигодовуванням або вживанням алкоголю. Також немає чіткої інформації про рекомендовану тривалість лікування (3 або 6 місяців, або довше?) та про те, як довго триватиме поліпшення психічного стану після припинення прийому препарату.

CO WARTO WZIĄĆ POD UWAGĘ, PLANUJĄC LECZENIE OSOBY Z ZABURZENIEM STRESOWYM POURAZOWYM?

FARMAKOTERAPIA

Każdy lekarz psychiatra posiada kwalifikacje do stosowania leków zalecanych w przypadku pacjentów na nie cierpiących. Należy podkreślić, że by skorzystać z porady specjalisty psychiatrii nie jest potrzebne skierowanie od lekarza rodzinnego – do najbliższej **poradni zdrowia psychicznego** można się zgłosić bez skierowania. Leczenie osób z PTSD prowadzi się najczęściej w warunkach ambulatoryjnych, jako spotkania na w gabinecie lub online, zazwyczaj nie ma potrzeby hospitalizacji.

Kiedy się pojawią pierwsze efekty leczenia?

W przypadku obu metod leczenia – psycho- i farmakoterapii – czas jest istotną zmienną. Pierwsze zwiastuny poprawy pojawiają się najczęściej po kilku tygodniach. W leczeniu farmakologicznym pierwszy efekt leku spodziewany jest po co najmniej 2–3 tygodniach systematycznego przyjmowania go w dawce terapeutycznej. Dlatego nie należy przedwcześnie rezygnować z leczenia, zanim miało ono szansę zadziałać.

A jeśli to nie PTSD tylko depresja, lęk, fobie, zaburzenia snu?

Zalecenia oparte na wynikach badań również w tych dolegliwościach wskazują na psychoterapię poznawczo-behawioralną, która odnosi się do podobnych założeń ale dobór samych technik terapeutycznych może być nieco inny.

ЩО ВАЖЛИВО ВРАХОВУВАТИ ПРИ ПЛАНУВАННІ ЛІКУВАННЯ ЛЮДИНИ З ПОСТТРАВМАТИЧНИМ СТРЕСОВИМ РОЗЛАДОМ?

ФАРМАКОТЕРАПІЯ

Кожен психіатр має достатню кваліфікацію, щоб призначати ліки, рекомендовані пацієнтам, які страждають на це захворювання. Важливо відзначити, що для отримання консультації спеціаліста-психіатра вам не потрібне направлення на обстеження від терапевта - ви можете звернутися до найближчої клініки психічного здоров'я. Лікування людей з ПТСР зазвичай проводиться амбулаторно, або в кабінеті, або через інтернет, і госпіталізація зазвичай не потрібна.

Коли з'являться перші ефекти лікування?

Для обох методів лікування – психо- та фармакоterapii – час є важливою складовою. Перші ознаки покращення зазвичай з'являються за кілька тижнів. При фармакологічному лікуванні перший ефект від препарату очікується, як мінімум, за 2-3 тижні систематичного прийому за рекомендацією лікаря. Тому не слід відмовлятися від лікування, перш ніж воно встигло подіяти.

Що, якщо це не ПТСР, а депресія, тривога, фобії, порушення сну?

Дослідницькі рекомендації щодо лікування цих недуг також вказують на когнітивно-поведінкову психотерапію яка заснована на аналогічних постулатах, але вибір самих терапевтичних технік може бути дещо іншим.

CO WARTO WZIĄĆ POD UWAGĘ, PLANUJĄC LECZENIE OSOBY Z ZABURZENIEM STRESOWYM POURAZOWYM?

PSYCHOTERAPIA W POLSCE

Potwierdzeniem dysponowania umiejętnościami terapeuty poznawczo-behawioralnego jest aktualny (odnawiany co 5 lat) Certyfikat Psychoterapeuty wydawany przez Polskie Towarzystwo Terapii Poznawczej i Behawioralnej; www.pttpb.pl

Każdy psychoterapeuta poznawczo-behawioralny powinien dysponować podstawowymi umiejętnościami leczenia osób z PTSD metodami „terapii zorientowanej na traumę” – ekspozycyjnej, poznawczej czy poznawczo-behawioralnej.

Wielu terapeutów, poza podstawowym 4-letnim szkoleniem podyplomowym, uczestniczy w dodatkowych specjalistycznych warsztatach poświęconych leczeniu metodami zorientowanej na traumę terapii poznawczo-behawioralnej. Terapeuta może wówczas przedstawić zaświadczenie o uczestnictwie w takim szkoleniu. Podobne szkolenia organizują także przedstawiciele stowarzyszeń naukowych, np. Polskiego Towarzystwa Terapii Poznawczej i Behawioralnej czy Polskiego Towarzystwa Badań nad Stresem Traumatycznym – udzielają oni też informacji o terapeutach. Psychoterapeutów legitymujących się certyfikatami innych stowarzyszeń należy poprosić o przedstawienie dokumentu potwierdzającego zdobycie umiejętności w prowadzeniu terapii zorientowanej na traumę.

Jednym z miejsc skupiających psychoterapeutów poznawczo-behawioralnych w Polsce wykwalifikowanych w leczeniu zaburzeń potraumatycznych jest Klinika Terapii Poznawczo-Behawioralnej Uniwersytetu SWPS klinika.swps.pl; +48 22 517 96 96 UkrainaSOS@swps.edu.pl

PSYCHOTERAPIA W UKRAINIE

Ukraińskie Towarzystwo Terapii Poznawczo-Behawioralnej <http://uacbt.org.ua>
uacbt.org.ua@gmail.com
+380965413511
Centrum Zdrowia i Rozwoju Rodzinny Krąg
<https://k-s.org.ua/>

PSYCHOTERAPIA POZNAWCZO-BEHAWIORALNA W EUROPIE

European Association for Behavioural and Cognitive Therapies www.eabct.eu

ЩО ВАЖЛИВО ВРАХОВУВАТИ ПРИ ПЛАНУВАННІ ЛІКУВАННЯ ЛЮДИНИ З ПОСТТРАВМАТИЧНИМ СТРЕСОВИМ РОЗЛАДОМ?

ПСИХОТЕРАПІЯ У ПОЛЬЩІ

Чинний сертифікат психотерапевта, який оновлюється кожні 5 років, виданий Польською Асоціацією Когнітивної та Поведінкової Терапії (www.pttpb.pl), підтверджує навички когнітивно-поведінкового терапевта. Кожен когнітивно-поведінковий терапевт повинен мати базові навички лікування людей з ПТСР за допомогою методів "травмофокусованої терапії" - експозиційної, когнітивної або когнітивно-поведінкової (ТФКПТ).

Багато терапевтів, крім основної 4-річної післядипломної підготовки, відвідують додаткові спеціалізовані семінари з лікування травми методами орієнтованими когнітивно-поведінковою терапією.

Терапевт може пред'явити сертифікат щодо участі у такому тренінгу. Подібні тренінги організують і представники наукових асоціацій, таких як Польська асоціація когнітивної та поведінкової терапії або Польська асоціація досліджень травматичного стресу – вони також надають інформацію про терапевтів. Сертифікованих психотерапевтів з інших асоціацій слід попросити показати документ, що підтверджує їх навички у проведенні терапії сфокусованої на травмі.

Одним із центрів когнітивно-поведінкових психотерапевтів у Польщі, які мають кваліфікацію з лікування посттравматичних розладів, є Клініка Когнітивно-Поведінкової Терапії Університету SWPS
klinika.swps.pl;
+48 22 517 96 96
UkrainaSOS@swps.edu.pl

ПСИХОТЕРАПІЯ В УКРАЇНІ

Українська Асоціація Когнітивно-поведінкової Терапії
<http://uacbt.org.ua>
uacbt.org.ua@gmail.com
+380965413511
Центр Здоров'я Та Розвитку «Коло Сім'ї»
<https://k-s.org.ua/>

ПСИХОТЕРАПІЯ В ІНШИХ ЄВРОПЕЙСЬКИХ КРАЇНАХ

European Association for Behavioural and Cognitive Therapies www.eabct.eu

CO WARTO WZIĄĆ POD UWAGĘ, PLANUJĄC LECZENIE OSOBY Z ZABURZENIEM STRESOWYM POURAZOWYM?

CZY MASZ SZANSĘ WYZDROWIEĆ?

TAK! Większość osób, które podejmują leczenie, kończy je ze znaczną poprawą (niektóre objawy mogą się nadal utrzymywać, ale ich nasilenie jest zbyt małe, by spełniały kryteria rozpoznania PTSD) lub w stanie pełnej remisji – gdy trauma i jej konsekwencje pozostają wpisany w historię życia, lecz już niebudzącym lęku wspomnieniem.

Dlatego też warto skorzystać z zaleceń ekspertów National Institute of Care and Clinical Excellence, którzy w pierwszym miesiącu po wydarzeniu traumatycznym wskazują na wsparcie bliskich i „ważną obserwację”, jako pierwszą reakcję, gdyż szansa na samoistną poprawę jest bardzo duża, a interwencje specjalistów wskazane są tylko w przypadkach ciężkiego nasilenia objawów lub problemów współwystępujących. Lecz jeśli w następnych miesiącach objawy będą narastać, albo się utrzymywać i negatywnie wpływać na jakość życia, leczenie jest zalecane i zdecydowanie warto z niego skorzystać.

ЩО ВАЖЛИВО ВРАХОВУВАТИ ПРИ ПЛАНУВАННІ ЛІКУВАННЯ ЛЮДИНИ З ПОСТТРАВМАТИЧНИМ СТРЕСОВИМ РОЗЛАДОМ?

ЧИ Є У ТЕБЕ ШАНС НА ВИЗДОРОВЛЕННЯ?

TAK! Більшість людей, які проходять лікування, завершують його зі значним покращенням (деякі симптоми можуть зберігатися, але їх тяжкість занадто маленька, щоб відповідати критеріям ПТСР) або у стані повної ремісії – коли травма та її наслідки залишаються спогадами, які є частиною історії життя, але більше не викликають страху.

Тому варто дослухатися до рекомендацій від експертів National Institute of Health and Clinical Excellence, які в перший місяць після травматичних подій в якості першої допомоги рекомендують підтримку найближчих людей та відстеження власного психічного стану оскільки ймовірність спонтанного покращення дуже висока, а звернення до спеціаліста є потрібним тільки в разі сильного загострення симптомів або супроводжуючих проблем. Проте якщо впродовж місяця симптоми ставатимуть більш надокучливими чи будуть залишатися незмінними і негативно впливатимуть на якість життя лікування є рекомендованим і, безумовно, доцільним.

Piśmiennictwo:

1. Zawadzki B., Strelau J.: Zaburzenia pourazowe jako następstwo kataklizmu. Nauka, 2008; 2: 47–55.
3. National Institute for Clinical Excellence (NICE): Post-traumatic stress disorder: the management of PTSD in adults and children in primary and secondary care. Gaskell and the British Psychological Society, London 2018 (<http://www.nice.org.uk>).
4. Foa E.B., Hembree E.A., Rothbaum B.O.: Prolonged exposure therapy for PTSD. Oxford University Press, Oxford 2007.
5. Popiel A., Zawadzki B., Pragłowska E., Habrat P., Gajda P.: Skuteczne działanie w stresie. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2018.

*znaczną część tekstu w pierwotnej wersji ukazała się na stronach Medycyny Praktycznej: Popiel A. (2015) Trauma, stresor traumatyczny – czym jest uraz psychiczny? <https://www.mp.pl/pacjent/psychiatria/choroby/74803,trauma-stresor-traumatyczny-czym-jest-uraz-psychiczny>