



TENTS –Europejska Sieć do spraw Stresu Traumatycznego

Interwencje w następstwie katastrof



Interwencje w następstwie katastrof

Celem Europejskiej Sieci do spraw Stresu Traumatycznego (*The European Network for Traumatic Stress* — TENTS), finansowanej przez Unię Europejską, jest rozwój europejskiej sieci specjalistów z zakresu opieki psychologicznej i socjalnej oraz badania nad stresem potraumatycznym w trosce o ludzi dotkniętych katastrofami. TENTS ma także na celu poprawę skuteczności działania służb zdrowia zajmujących się psychiką tych ludzi poprzez rozwój efektywnych usług opartych na badaniach naukowych. Aby ułatwić sobie to zadanie, TENTS opracowuje wskazówki dotyczące funkcjonowania opieki psychospołecznej w takich wypadkach. Niniejsza książeczka wprowadza w zakres interwencji w stosunku do osób dotkniętych katastrofami, spójnych ze wskazówkami TENTS oraz innymi zaleceniami opartymi na badaniach naukowych (np. *The National Collaborating Centre for Mental Health*, NCCMH, 2005). Opisano tu następujące interwencje: środowiskowe, skoncentrowane na traumie leczenie psychologiczne i farmakologiczne dla osób dorosłych z PTSD, interwencje w stosunku do strauumatyzowanych dzieci i nastolatków. Niniejsza książeczka została opracowana przez holenderski Oddział Psychiatrii Centrum Akademii Medycznej (*Division of Psychiatry of the Academic Medical Center*, AMC) w Amsterdamie, przez dr A.B. Witteveen i dr M. Olf przy wsparciu partnerów TENTS, w szczególności dr n. med. F. Orengo – Garcii, mgr. K. Bergh-Johannesson, dr n. med. C. Freemana i dr n. med. J. Bissona.

Powiązani partnerzy:

Academic Medical Center, Amsterdam, Holandia
dr M. Olf / dr A.B. Witteveen
Cardiff University, Walia (UK)
dr J. Bisson / dr B. Tavakoly
Catholic University of Applied Social Sciences, Berlin, Niemcy
prof. dr N. Gurriss
Haukeland University -RVTS West, Bergen, Norwegia
dr D. Nordanger / dr V. Johansen
Uppsala University – NCDP, Uppsala, Szwecja
K. Bergh-Johannesson
Tampereen University, Helsinki, Finlandia
prof. dr R. Punamaki
SEPET + D, Madryt, Hiszpania – dr F. Orengo Garcia
Zagreb University, Chorwacja – prof. dr D. Ajdukovic
Turkish Psychological Association, Istanbuł, Turcja
dr U. Sezgin

Współpracujący partnerzy:

Uniwersytet Warszawski, Polska - prof. dr hab. M. Lis-Turlejska
Edinburgh Traumatic Stress Centre, Szkocja (UK)
dr C. Freeman
University of Zurich, Szwajcaria
prof. dr U. Schnyder / dr L. Wittmann
Centre Hospitalier Universitaire Tenon, Paryż, Francja
dr L. Jehel
University of Vienna, Austria
dr B. Lueger-Schuster
University of Aarhus, Dania
prof. dr A. Elklit
WHO Europe – Kopenhaga, Dania
dr Matt Muijen

Psychospołeczne interwencje środowiskowe

Interwencje środowiskowe to wszelkie działania ułatwiające normalizację społecznego, rodzinnego i indywidualnego psychospołecznego funkcjonowania w społeczności dotkniętej katastrofą. Kładą one nacisk na budowanie poczucia bezpieczeństwa, indywidualnych i społecznych umiejętności/możliwości, poczucia więzi wśród członków społeczności, ulżenie osobom, które szczególnie silnie odczuwają skutki stresu oraz wzmacnianie nadziei na rekonwalescencję poszczególnych osób i społeczności.

Interwencje środowiskowe po katastrofach obejmują następujące działania

- Praktyczna pomoc udzielana stosownie do potrzeb, wsparcie emocjonalne i wstępna pomoc osobom cierpiącym z powodu skutków stresu.
- Wsparcie informacyjne (np. odnośnie poszukiwań członków rodziny, dostępności tymczasowego zakwaterowania, żywności, zasiłku, opieki zdrowotnej, pomocy prawnej i psychologicznej).
- Wsparcie materialne (np. zakwaterowanie, żywność, zasiłki, pomoc finansowa, odbudowa infrastruktury).
- Zatrudnienie (np. przekwalifikowanie w celu zwiększenia szansy na zatrudnienie i uzyskanie niezależności).
- Organizowanie ceremonii upamiętniających i budowanie pomników w porozumieniu z osobami bezpośrednio dotkniętymi katastrofą.
- Ułatwianie działania wzajemnej sieci wsparcia społecznego się oraz organizowanie grup wsparcia.
- Zapewnianie interwencji z zakresu opieki psychospołecznej wobec ludności dotkniętej katastrofą.

Grupy docelowe interwencji środowiskowej stanowią osoby bezpośrednio dotknięte katastrofą oraz ich rodziny, świadkowie i personel służb oraz organizacji biorących udział w akcji naprawiania szkód wyrządzonych przez katastrofę. Powinni oni mieć dostęp do pełnej opieki psychospołecznej w ramach interwencji.

Wczesne praktyczne i społeczne wsparcie oraz opieka psychospołeczna mogą mieć charakter profilaktyczny i zapobiegać rozwojowi długoterminowych problemów natury psychologicznej.

Opieka psychospołeczna łączy emocjonalną i praktyczną pomoc. W jej zakres wchodzi zapewnianie natychmiastowej ulgi i pomocy praktycznej, aż po długoterminowe psychologiczne wsparcie i opiekę specjalistów z dziedziny traumy. Pacjenci często otrzymują znaczne wsparcie ze strony ich rodziny, przyjaciół i otoczenia. Celem każdego formalnego działania jest umacnianie i dopełnianie tych zasobów. Psychospołeczna opieka we wszelkich aspektach powinna uwzględniać szerokie środowisko społeczne pacjentów, zwłaszcza ich rodzin i społeczności.

Potrzeba bieżącej, średnio- i długoterminowej opieki psychospołecznej powinna być rozpoznana od samego początku. W przypadku większości ludzi dotkniętych katastrofą pomoc może być potrzebna tylko podczas fazy ratowania i bezpośrednio po niej. Jednakże może zachodzić potrzeba powołania zespołu udzielającego wsparcia lub odnośnych służb, które będą funkcjonować do trzech lat od zdarzenia lub nawet dłużej. Dlatego niezwykle ważne jest, aby od samego początku poczynić stosowne plany i zadbać o dotacje z zewnętrznych źródeł.

Przykładowe działania w ramach środowiskowej opieki psychospołecznej

- Informowanie ludzi o dostępnej psychospołecznej pomocy w sposób nie natarczywy za pośrednictwem środków masowego przekazu, takich jak gazety, telewizja, radio oraz Internet.
- Uruchomienie telefonicznej linii zaufania zapewniającej emocjonalne wsparcie oraz witryny internetowej dotyczącej kwestii psychospołecznych.
- Wysłuchiwanie relacji ludzi odnośnie zdarzenia, jak również pomoc w gromadzeniu doświadczeń dotyczących katastrofy.
- Zapewnianie edukacji odnośnie reakcji na traumę i sposobów radzenia sobie z nią poprzez ulotki opisujące niektóre odczucia zwykle doświadczane przez osoby dotknięte poważną katastrofą, propagujące samopomoc i dostarczające numery telefonów kontaktowych dla osób szukających pomocy.
- Dostarczanie informacji na temat radzenia sobie z problemami wynikającymi z katastrofy (np. utrata bliskich, silne emocje, kłopoty rodzinne, specyficzne lęki, bezsenność, problemy z pracą).

- Uświadamianie lokalnych służb zdrowia, placówek społecznych i edukacyjnych w zakresie możliwych konsekwencji psychopatologicznych i społecznego modelu opieki.
- Identyfikacja osób z trudnościami psychospołecznymi i ocena ich potrzeb dotyczących bardziej formalnych interwencji.
- Zapewnianie dostępu do specjalistycznej opieki psychologicznej i farmakologicznej, gdy jest ona konieczna.
- Zapewnianie fachowego i opartego na badaniach naukowych leczenia dla osób ze specyficznymi potrzebami przez wyszkolonych i superwizowanych doradców/klinicystów.
- Utrzymywanie aktywnego kontaktu z osobami dotkniętymi katastrofą i ich rodzinami (np. przez telefon zaufania lub przez specjalistę od traumy).
- Rozwój lokalnych możliwości w zakresie bieżącej i długoterminowej opieki psychospołecznej.

Grupy wysokiego ryzyka

Po katastrofie grupy ryzyka stanowią osoby szczególnie zależne od rodziny, środowiska czy profesjonalnego wsparcia. Zaliczają się do nich:

- Dzieci i młodzież, wymagające większego wsparcia, otuchy i zwiększonej uwagi podczas katastrofy i w jej następstwie.
- Osoby starsze, kobiety w ciąży oraz rodziny niepełne, które są często bardziej zależne od pomocy innych i których potrzeby mogą być zaniedbywane podczas katastrofy lub po niej.
- Ludzie z przewlekłymi schorzeniami i zależni od opieki zdrowotnej mogą wymagać szczególnej medycznej troski lub asysty w dotarciu do pomocy.
- Ludzie nie znający miejscowego języka, formalnych procedur lub wymogów prawnych (np. imigranci, członkowie mniejszości).

Psychospołeczna opieka dla pracowników służb związanych z katastrofą

Praca w rejonie katastrofy wywiera olbrzymią presję na pracownikach niosących pomoc i dlatego niezwykle ważne jest, aby nie zapominać o ich potrzebach i ograniczeniach. Ze względu na przeciążenie pracą, często złe jej warunki i silną ekspozycję na cierpienie innych, należy opracować procedury zapobiegające wypaleniu zawodowemu i wtórnej traumatyzacji. Będą one obejmować regularną rotację pracowników, aby nie pracowali oni zbyt długo, techniczne debriefingi po zakończeniu ich zmian oraz systemy wsparcia, jak regularny nadzór, konsultacje ze współpracownikami i zewnętrznymi doradcami, techniki podnoszenia morale zespołu i poczucia wspólnoty. Bibliografia znajduje się na ostatniej stronie niniejszej broszury.

Skoncentrowane na traumie psychologiczne interwencje dla dorosłych z PTSD

Terapie takie jak terapia poznawczo-behawioralna (CBT), *Eye Movement Desensitization and Reprocessing* (EMDR) oraz *Brief Eclectic Psychotherapy* (BEP) skupiają się na wspomnieniach traumatycznych wydarzeń i ich znaczeniu. W rezultacie tego rodzaju interwencje są określane jako terapie psychologiczne skoncentrowane na traumie (NCCMH, 2005). Przed rozpoczęciem leczenia skoncentrowanego na traumie odnotowuje się wskazania i przeciwwskazania odnośnie stosowania. Wskazania i przeciwwskazania do stosowania terapii skoncentrowanych na traumie w przypadku dzieci i młodzieży oraz farmakologicznego leczenia PTSD opisano w ostatnich dwóch częściach.

Wskazania do leczenia psychologicznego skoncentrowanego na traumie

- Pacjenci cierpiący na ostre lub chroniczne PTSD.
- Liczne doświadczenia traumatyczne oraz współwystępujące zaburzenia lub problemy natury społecznej nie muszą być przeciwwskazaniem do stosowania terapii psychologicznych skoncentrowanych na traumie, jednakże powinno się brać pod uwagę przedłużenie leczenia.
- Sesje powinny odbywać się w regularnych odstępach czasowych (zwykle co tydzień).
- Wszystkie sesje powinien prowadzić ten sam terapeuta.
- Na ogół preferowane są terapie indywidualne, ale są badania wskazujące, że grupowa terapia CBT również może być pomocna.
- Wszystkie rodzaje psychologicznego leczenia skoncentrowanego na traumie powinny być prowadzone w sposób ustrukturyzowany.
- Terapie powinny być prowadzone przez kompetentne osoby, które odbyły właściwe szkolenie i mają zapewnione superwizje.

Przeciwwskazania do psychologicznego leczenia skoncentrowanego na traumie u osób dorosłych

Na ogół leczenie psychologiczne skoncentrowane na traumie jest przeciwwskazane w stosunku do osób dorosłych, ewentualnie powinno być prowadzone z wielką ostrożnością jako element wyczerpującego planu opieki dla dorosłych cierpiących na:

- poważne zaburzenia depresyjne
- poważne uzależnienia od substancji lub nałogi
- inne rodzaje poważnych zaburzeń lękowych oprócz PTSD (np. agorafobia, napady paniki)
- poważne zaburzenia osobowości
- zaburzenia psychotyczne
- poważne zaburzenia dysocjacyjne
- skłonności samobójcze.

Łączenie leczenia psychologicznego skoncentrowanego na traumie z lekami u osób dorosłych

- Ogólnie nie należy łączyć interwencji psychologicznych skoncentrowanych na traumie z lekami, chyba że współwystępujące zaburzenia lub specyficzne symptomy wskazują na taką konieczność.
- Należy unikać, jeśli to możliwe, przepisywania leków z grupy benzodiazepin oraz leków nasennych.

Terapia poznawczo-behawioralna PTSD

Terapia poznawczo-behawioralna PTSD jest skoncentrowana na traumie, uwzględnia ekspozycję na zdarzenie traumatyczne i zwalcza objawy poznawczego i behawioralnego unikania w PTSD. Jest to ustrukturyzowana interwencja, która zwykle łączy psychoedukację, poznawcze techniki restrukturyzacyjne i elementy niekoncentrujące się na traumie, jak kontrola niepokoju (np. techniki relaksacyjne). Do podkategorii zaliczają się terapie ekspozycyjne, jak *Prolonged Exposure* (PE) (Foa i Rothbaum, 1998; Creamer i in., 2007), która przede wszystkim skupia się na konfrontacji pacjenta z traumatycznym bodźcem wywołującym lęk (zarówno wyobrażonym, jak i *in-vivo*), póki niepokój nie ustąpi, a także terapie skoncentrowane na poznaniu, jak *Cognitive Processing Therapy* (CPT; Resick i Schnicke, 1993), która przede wszystkim zwalcza problematyczne przekonania związane z traumą, podczas gdy przekonania o charakterze adaptacyjnym zostają wcielone w ponowne wyobrażone przeżycie traumy.

Skuteczność

Badania wykazują, że stosowanie terapii poznawczo-behawioralnej skoncentrowanej na traumie (TF-CBT) przynosi wymierne wyniki na wszystkich skalach do pomiaru PTSD w porównaniu do grupy osób oczekujących na terapię, grupy osób korzystających z technik kontroli stresu oraz osób korzystających z wspierających/niedyrektywnych terapii (NICE, 2005; Bisson i in., 2007). Terapia poznawczo-behawioralna skoncentrowana na traumie zalecana jest jako pierwsza faza leczenia ofiar katastrof z ostrym i chronicznym PTSD.

Czas leczenia

- 8-12 sesji po 45-60 minut, w przypadku gdy PTSD jest wynikiem pojedynczego zdarzenia
- Sesje, na których zdarzenie traumatyczne jest omawiane, powinny być dłuższe (90 minut)

Sesje

Podczas pierwszych sesji najważniejsze są następujące elementy:

- Nawiązanie terapeutycznej więzi i psychoedukacja dotycząca typowych reakcji na traumę
- Wprowadzenie i nauka technik relaksacyjnych, takich jak trening oddychania
- Wprowadzenie w teorię terapii ekspozycyjnej.

Ekspozycję zwykle przeprowadza się na dwa sposoby

Ekspozycja wyobrażeniowa lub w formie pisemnego opisu zdarzenia

- Szczegółowa, nacechowana emocjami relacja:
 - traumatycznych wspomnień w porządku chronologicznym zdarzeń, które zaszły
 - myśli i uczuć, zarówno w ekspozycji wyobrażeniowej, gdy pacjent na bieżąco komentuje swoje wizualizacje, jak i w formie tekstu.
- Relacje dotyczące traumy należy powtarzać dopóki:
 - nie wywołuje ona silnego dystresu
 - wspomnienia traumy są doświadczane raczej jako wspomnienie niż zdarzenie, które jest ponownie przeżywane.

Ekspozycja *in vivo*

- Konfrontacja pacjenta z sytuacjami, których unika, ponieważ są one powiązane z traumą i wywołują silne emocje lub reakcje fizyczne (np. prowadzenie samochodu po wypadku).

Taka ekspozycja jest zwykle przeprowadzana stopniowo.

- W rezultacie prowadzi to do uświadomienia sobie przez pacjenta, że sytuacje lękowe nie są już niebezpieczne, a związany z nimi niepokój nie będzie trwał wiecznie (Foa i Kozak, 1986).

Poznawczą restrukturyzację osiąga się przez

- Pomoc pacjentowi w zidentyfikowaniu i zmodyfikowaniu jego nadmiernie negatywnych przekonań, które prowadzą do trudnych emocji i zaburzonego funkcjonowania.
- Skoncentrowanie na identyfikacji i modyfikacji błędnych interpretacji pacjenta, prowadzących do przeceniania zagrożenia wynikającego z traumy i jej skutków.
- Omawianie dowodów przemawiających za i przeciw tym interpretacjom.
- Testowanie z pomocą terapeuty różnych przewidywań utworzonych na podstawie tych interpretacji, aby pacjent mógł dojść do bardziej adaptacyjnych wniosków.
- Zachęcanie pacjenta do odrzucenia zachowań i strategii poznawczych, które mogą podtrzymywać negatywne interpretacje.

Zadawanie prac domowych:

- Praktykowanie relaksacji mięśniowej lub technik oddychania, a także ekspozycja wyobrażeniowa oraz *in vivo*

W końcowych sesjach leczenia ewaluacja postępu w terapii odbywa się przez:

- Omówienie technik używanych w terapii
- Ocenę ich przydatności
- Omawianie ogólnych spraw końcowych.

Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)

EMDR jest psychoterapią nastawioną na redukcję związanego z traumatycznymi wspomnieniami dystresu zaburzającego codzienne życie pacjenta. Głównym celem EMDR jest zmiana dysfunkcjonalnie zapamiętanych doświadczeń w adaptatywne, korzystne dla zdrowia psychicznego. EMDR ma na celu aktywację zdolności do radzenia sobie z dystresem związanym z traumą oraz zmniejszenie natężenia zaburzających myśli i emocji. Może także pomóc pacjentowi w zmianie sposobu myślenia o sobie w związku z traumatycznymi wspomnieniami.

Skuteczność

EMDR jest opartą na badaniach naukowych metodą leczenia PTSD (Bisson i in., 2007), zalecaną jako psychologiczna terapia pierwszego rzutu w przypadkach chronicznego PTSD (NCCMH, 2005) i okazuje się być równie skuteczną jak skoncentrowana na traumie terapia poznawczo-behawioralna (Spates i in., 2009).

Czas leczenia

Zostało stwierdzone, że średni czas leczenia terapią EMDR w przypadku PTSD będącego skutkiem jednego głównego wydarzenia traumatycznego może być stosunkowo krótki. Na ile skuteczna jest terapia EMDR w przypadku danego pacjenta, na ogół okazuje się już podczas pierwszej lub drugiej sesji. W przypadku problemów wynikających z jednego zdarzenia traumatycznego zwykle wystarcza ograniczona liczba sesji (średnio sześć). Jednakże czas leczenia zależy od złożoności problemu danej traumy.

Sesje

Leczenie terapią EMDR prowadzi się w ośmiu fazach, które to fazy łączą w sobie elementy wielu innych form terapii, oraz trzy elementy charakterystyczne dla EMDR, zwane odczulaniem (*desensibilization*), instalowaniem (*installation*) i skanowaniem ciała (*body scan*) (Spates i in., 2009).

- Faza 1: zebranie informacji, przygotowanie planu leczenia i wprowadzenie charakterystycznych metod EMDR.
- Faza 2: pacjent uczy się rozumieć, jak symptomy PTSD wiążą się z traumatycznymi doświadczeniami. Przedstawia się różne rodzaje technik stabilizacyjnych i uczy się pacjenta umacniania poczucia kontroli i panowania.
- W fazie 3. oceniane jest konkretne wspomnienie, które będzie przedmiotem dalszych oddziaływań terapeutycznych.
Pacjent jest proszony o (w podanej kolejności):
 - Skupienie się na określonym traumatycznym wspomnieniu
 - Identyfikację wywołującego dystres obrazu, który symbolizuje to wspomnienie, a także powiązanych z nim przekonań negatywnych oraz alternatywnych pozytywnych.
 - Identyfikację emocji związanych z traumatycznym wspomnieniem
 - Identyfikację związanych z traumą fizycznych odczuć i odpowiadających im miejsc ciała.
 - Ten proces jest zwielokrotniony przez użycie subiektywnych wskaźników i skal.
- Faza 4: traumatyczne wspomnienie jest przetwarzane przy użyciu strukturyzowanej procedury wolnych skojarzeń, integrując daną ekspozycję:
 - Pacjent proszony jest o przywołanie w umyśle wywołującego dystres obrazu, wraz z powiązаныmi negatywnymi przekonaniami, emocjami i odczuciami cielesnymi, podczas gdy jednocześnie terapeuta wodzi rytmicznie palcami w jego polu widzenia przez ok. 20-40 sekund (bilateralna stymulacja dotykowa lub dźwięki mogą być alternatywą dla ruchu gałek ocznych)
 - Następnie pacjent jest proszony o zrobienie chwili przerwy i zaczerpnięcie głębokiego oddechu, by po krótkim odpoczynku przekazać terapeutce informacje zwrotne dotyczące jakichkolwiek zmian w obrazie, odczuciach, myślach czy emocjach, które mogły zajść.
 - Ten proces powtarza się, aż pacjent przestanie doświadczać jakiegokolwiek dystresu w związku z traumatycznym wspomnieniem.
- Faza 5: przetworzone traumatyczne wspomnienie zostaje połączone z alternatywnymi pozytywnymi przekonaniami za pomocą bilateralnej stymulacji, w celu polepszenia powiązań sieci pozytywnych schematów poznawczych z pierwotnym wspomnieniem.
- Faza 6: skanowanie ciała. Zachęca się pacjenta, aby sam sprawdził, czy gdzieś w ciele odczuwa jeszcze jakieś napięcia, które mogą być związane z pierwotnym traumatycznym wspomnieniem. Jeśli są

jakieś napięcia, prosi się pacjenta o skoncentrowanie się na nich, podczas gdy prowadzona jest dodatkowa stymulacja bilateralna, póki napięcia nie ustąpią.

Brief Eclectic Psychotherapy (BEP)

Brief Eclectic Psychotherapy (BEP) w przypadku PTSD jest krótkoterminową, skoncentrowaną na problemie psychoterapią, opierającą się na kombinacji założeń teoretycznych zaczerpniętych z terapii psychodynamicznej, poznawczo-behawioralnej i dyrektywnej. Ma na celu zredukowanie u pacjenta symptomów PTSD, pomoc w zintegrowaniu traumatycznego doświadczenia z jego życiem i w odzyskaniu kontroli. Protokół BEP został opracowany przez Gersonsa w latach 80. i 90., aby leczyć cierpiących na PTSD funkcjonariuszy policyjnych (Gersons, 1989, 1992; Gersons i Carlier, 1994).

Skuteczność

Randomizowane badania kliniczne dowodzą skuteczności tej terapii w przypadku zarówno policjantów, jak i pacjentów cierpiących na PTSD w wyniku różnorodnych doświadczeń traumatycznych (Gersons i in. 2000; Lindauer i in., 2005). Odnotowano także znaczącą poprawę biologicznych wskaźników zdrowia (rytm serca, poziom kortyzolu, aktywność mózgu (Lindauer i in., 2003; Olf i in., 2007).

Czas leczenia

- 16 sesji po 45-60 minut

Sesje

Każda sesja realizuje dokładnie opisany krok w jednym z pięciu etapów terapii:

- Psychoedukacja (sesje 1-2):

Pacjent i jego partner/partnerka uczą się postrzegać symptomy PTSD jako dysfunkcje będące następstwem traumatycznego zdarzenia.

- Ekspozycja wyobrażeniowa oraz zastosowanie pamiętek (sesje 2-6):

Ekspozycja wyobrażeniowa koncentruje się na wypartych silnych uczuciach żalu. Ekspozycja w terapii BEP różni się od ekspozycji w skoncentrowanej na traumie terapii poznawczo-behawioralnej tym, że w terapii BEP nadrzędnym celem jest uwolnienie intensywnej emocji związanych z traumą. Ekspozycja dotyczy różnych aspektów traumy, przerabianych podczas odrębnych sesji.

Pamiętki wykorzystuje się do stymulacji wspomnień traumatycznego zdarzenia.

- Pisanie listu, integracja i poszukiwanie znaczeń (sesje 7-12):

List pisze się do osoby lub instytucji obwinianych o spowodowanie traumatycznego zdarzenia.

List jest szczególnie pomocny w wyrażeniu agresywnych odczuć.

Następnie pacjent może skoncentrować się na tym, w jaki sposób trauma wpłynęła na jego własne postrzeganie samego siebie i świata.

- Rytuał pożegnania (sesje 13-16):

Leczenie kończy się rytuałem pożegnania, podczas którego pacjent ze swym partnerem/partnerką, o ile to możliwe, palą list i/lub spisane wspomnienia, aby pozostawić traumatyczne zdarzenie za sobą i zwrócić się ku życiu i przyszłości. To, co się wydarzyło, nie zostaje zapomniane, ale nie utrudnia już pacjentowi prowadzenia normalnego życia.

Farmakologiczne leczenie PTSD

Farmakoterapia nigdy nie powinna być stosowana rutynowo jako metoda pierwszego rzutu w leczeniu PTSD u osób dorosłych; zamiast leków preferowane są psychologiczne terapie skoncentrowane na traumie (NCCMH, 2005). W sytuacji, kiedy dorośli z PTSD są leczeni farmakologicznie, zalecane są przede wszystkim takie antydepresanty, jak paroksetyna, mirtazapina, fenelzyna i amitriptylina (NCCMH, 2005). Leki nasenne (benzodiazepiny i inne) przepisuje się czasami w zaburzeniach snu związanych z PTSD.

Wskazania do farmakologicznego leczenia PTSD

Należy rozważyć farmakologiczne leczenie dorosłych z PTSD w przypadku, gdy:

- Pacjenci z PTSD nie chcą uczestniczyć w skoncentrowanym na traumie leczeniu psychologicznym
- Pacjenci z PTSD nie mogą rozpocząć psychologicznej terapii z uwagi na poważne bieżące zagrożenie kolejną traumą
- Skoncentrowane na traumie leczenie psychologiczne nie przyniosło oczekiwanych efektów
- Zdolność pacjenta do czerpania korzyści z psychologicznej terapii jest ograniczona z uwagi na współwystępującą poważną depresję lub silne objawy hiperpobudzenia (w takim przypadku farmakoterapia wspiera terapię psychologiczną)

- Leczenie powinno być prowadzone przez kompetentnych specjalistów z odpowiednim medycznym wykształceniem

Skuteczność

Jeśli chodzi o farmakologiczne interwencje, najlepiej przebadane zostały selektywne inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny (SSRI), zaś najbardziej przekonujące wyniki uzyskuje paroksetyna (NCCMH, 2005). Badania wykazały, że jest to dobrze tolerowany lek o umiarkowanej skuteczności w redukowaniu wszystkich trzech grup objawów PTSD (w porównaniu z placebo), zarówno u mężczyzn, jak i kobiet (Marshall i in., 2001, 2007; Stein i in., 2003). Wyniki kilku badań o mniejszych próbach sugerują, że mirtazapina, amitryptylina i fenelzyna też mogą dawać istotne klinicznie efekty (NCCMH, 2005).

Czas leczenia

Pozytywne efekty uzyskuje się już po kilku tygodniach, ale zwykle leczenie przedłuża się do 8-12 tygodni. Dalsze zmniejszenie symptomów odnotowuje po upływie do 6 miesięcy od rozpoczęcia leczenia (Marshall i in., 2007) z poprawą utrzymującą się 52 tygodnie (Kim i in., 2008; Davidson i in., 2001). Zaleca się kontynuowanie farmakoterapii przez co najmniej 6 miesięcy, a zwykle nawet przez co najmniej 12 w przypadku pozytywnych rezultatów. Leki nasenne (benzodiazepiny i inne) zaleca się stosować tylko krótkoterminowo.

Sesje

Zaleca się (NCCMH, 2005), co następuje:

- Pacjenci z PTSD o nasilonych tendencjach samobójczych powinni mieć wizyty wyznaczane częściej niż pacjenci, w przypadku których nie występuje zwiększone ryzyko samobójstwa
- Pacjenci powinni być poinformowani o możliwych skutkach ubocznych, ryzyku związanym z przerwaniem terapii i objawach odstawiennych
- Regularnie powinno sprawdzać się tolerancję na antydepresanty (np. objawy akatyzji, ideacje samobójcze)
- Odstawienie leku powinno odbywać się stopniowo przez zmniejszanie dawek przez okres czterech tygodni

Interwencje w stosunku do strauumatyzowanych dzieci i młodzieży

Dzieci i młodzież narażone na traumatyczne zdarzenia i katastrofy należy objąć specjalną troską i uwagą. Informacje, pomoc i leczenie powinny uwzględniać wiek i związane z nim ograniczenia i zasoby. Po traumie lub katastrofie rodzice lub opiekunowie powinni być poinformowani o możliwości rozwinięcia się u ich dzieci PTSD. Należy zachęcać ich do kontaktu z ich lekarzem rodzinnym, jeśli symptomy utrzymują się ponad miesiąc (NCCMH, 2005).

Zalecane leczenie w przypadku chronicznych objawów PTSD u dzieci

- Dzieciom z poważnym PTSD powinno się oferować skoncentrowaną na traumie terapię poznawczo-behawioralną, dopasowaną do okoliczności i wieku
- Terapię poznawczo-behawioralną skoncentrowaną na traumie powinno się także oferować starszym dzieciom z poważnymi potraumatycznymi symptomami lub poważnym PTSD w ciągu pierwszego miesiąca od traumatycznego zdarzenia (NCCMH, 2005)
- Terapię EMDR powinno się oferować raczej starszym dzieciom (powyżej 7 lat)

Skuteczność

Strukturyzowana terapia jest bardziej skuteczna w leczeniu dzieci z PTSD niż niedyrektywne wsparcie. Badania naukowe potwierdzają skuteczność skoncentrowanej na traumie terapii poznawczo-behawioralnej (TF-CBT) oraz EMDR (w przypadku terapii EMDR, protokół dotyczący dzieci przykładą większą wagę do stworzenia bezpiecznego miejsca, które sprzyja pozytywnym emocjom, niż do procedury).

Czas leczenia

- 8-12 spotkań po 90 minut regularnej terapii prowadzonej przez tego samego terapeuta
- Informacje o przebiegu leczenia powinny być dostępne zarówno dla rodziców, jak i dzieci

Sesje terapii psychologicznych (skoncentrowanych na traumie) dla dzieci

- Psychoedukacja dla dzieci i rodziców
- Sprawdzanie symptomów (np. dzienniczki nawracających wspomnień, koszmarów nocnych, dystresu)
- Ponowne ustanowienie codziennego porządku dnia
- Nauka umiejętności radzenia sobie ze stresem
- Stopniowa ekspozycja – aż nastąpi habituacja
- Trening tworzenia poczucia bezpieczeństwa i samokontroli

Typowy przebieg, rekonwalescencja i charakter objawów potraumatycznych u dzieci

- Niemal wszystkie dzieci przejawiają silny lęk, potrzebę stałej bliskiej obecności rodziców, oraz doświadczają objawów intruzji bezpośrednio po ekspozycji na traumę
- U większości (~75%) objawy potraumatyczne zmniejszają się w ciągu pierwszych miesięcy
- U ok. 13-25% dzieci PTSD rozwija się w ciągu 3-6 miesięcy po większej katastrofie, jeśli nie otrzymają pomocy
- Symptomy depresyjne mogą pojawić się później, np. 6-9 miesięcy po traumie
- Trauma wpływa na kompleksowy psychospołeczny rozwój, np. patologiczny żal, nadmierne lęki, fantazjowanie, zabawy i marzenia

Czynniki ryzyka dla rozwoju PTSD lub innych zaburzeń psychicznych

- Czynniki przedtraumatyczne: historia występowania zaburzeń psychicznych w rodzinie, problemy w relacjach interpersonalnych
- Wczesniejsza ekspozycja na poważną traumę
- Podczas traumy: zaniżona ocena, poczucie bezradności, silny lęk o bezpieczeństwo rodziny
- Czynniki potraumatyczne: zaburzone relacje z rodzicami, przeprowadzka, stosowanie strategii radzenia sobie o charakterze unikania lub zaprzeczania

Aspekty rozwojowe

- Dzieci mogą być narażone na PTSD i zaburzenia psychospołeczne w każdym wieku.
- Znaczenie traumy, sposoby jej przetwarzania i przejawiane symptomy różnią się w zależności od wieku:
 - o Niemowlęta: silne pobudzenie i trudności w jego osłabieniu

- o Dzieci dwu- i trzyletnie: trudności w regulacji emocji i nadmierne lęki, zaburzony sen
- o Przedszkolaki: odtwarzanie w zabawie, trudności w kontrolowaniu agresji, nocne lęki
- o Okres szkolny: problemy z koncentracją, objawy somatyczne, różne lęki
- o Młodzież: zawężone postrzeganie przyszłości, poszukiwanie niebezpieczeństw, symptomy

depresyjne

- Potrzeby przywiązania i poszukiwanie bezpieczeństwa ujawniają się w każdym wieku
- U dzieci silnie strauumatyzowanych może nastąpić regres w rozwoju psychofizycznym, np. jąkanie się u przedszkolaków czy utrata potrzeby niezależności u młodzieży

Bibliografia

Ajdukovic D., Ajdukovic M. (2000). Community based programme in meeting the psychosocial needs of children in resettlement process. W: L. van Willigen (red.) Health hazards of organized violence in children (II). Utrecht: Pharos, 169-177.

Ajdukovic D., Ajdukovic M. (2003). Systemic approaches to early interventions in a community affected by organized violence. W: R. Orner and U. Schnyder (red.) Reconstructing early interventions after trauma. Oxford: Oxford University Press, 82-92.

Committee on Treatment of Posttraumatic Stress Disorder, Institute of Medicine (2008). Treatment of Posttraumatic Stress Disorder: An Assessment of the Evidence. Washington, DC: National Academies Press.

Bisson J., Andrew M. Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD) (2007). Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 3.

Blanchard E.B., i Hickling E.J. (2004). After the Crash: Psychological Assessment and Treatment of Survivors of Motor Vehicle Accidents (2nd ed.) Washington DC: American Psychological Association.

Foa E.B. i Rothbaum B.O. (1998). Treating the Trauma of Rape; Cognitive Behavioral Therapy for PTSD. New York: Guilford Press.

Gersons B.P.R. (1989). Patterns of Posttraumatic Stress Disorder among Police Officers following Shooting Incidents; the Two-Dimensional Model and Some Treatment Implications. *Journal of Traumatic Stress*, 2 (3), 247-257.

Gersons B.P.R., Carlier I.V.E., Lamberts R.D. i Van der Kolk B.A. (2000). Randomized Clinical Trial of Brief Eclectic Psychotherapy for Police Officers with Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 13 (2), 333-347.

Kim Y, Asukai N, Konishi T, i in., (2008). Clinical evaluation of paroxetine in post-traumatic stress disorder (PTSD): 52-week, noncomparative open-label study for clinical use experience. *Psychiatry Clin Neurosci*. 62(6):646-52

Lindauer R.J.L., Gersons B.P.R., van Meijel E.P.M., Blom K., Carlier I.V.E., Vrijlandt I. i Olf M. (2005). Effects of Brief Eclectic Psychotherapy in Clients with Posttraumatic Stress Disorder: Randomized Clinical Trial. *Journal of Traumatic Stress*, 18 (3), 205-212.

Lindauer R.J.L., Vlieger E.J., Jalink M., Olf M., Carlier I.V.E., Majoie C.B.L.M., Heeten den G.J., i Gersons B.P.R. (2004). Smaller Hippocampal Volume in Dutch Police Officers with Posttraumatic Stress Disorder. *Biological Psychiatry*, 56 (5), 356-363.

Marshall R.D., Beebe K.L., Oldham M., Zaninelli R. (2001). Efficacy and safety of paroxetine treatment for chronic PTSD: a fixed-dose, placebo-controlled study. *Am J Psychiatry*, 158(12): 1982-8.

Marshall R.D., Lewis-Fernandez R., Blanco C. i in., (2007). A controlled trial of paroxetine for chronic PTSD, dissociation, and interpersonal problems in mostly minority adults. *Depress Anxiety*, 2007;24(2):77-84.

National Institute for Clinical Excellence (NICE) (2005). Post-traumatic Stress Disorder; the Management of PTSD in Adults and Children in Primary and Secondary Care. Gaskell and the British Psychological Society.

Norris H.H., Stevens S.P. (2007) Community resilience and the principles of mass trauma intervention. *Psychiatry*, 70 (4), 320-328.

Olf M., de Vries G.J., Güzelcan Y., Assies J., Gersons B.P. (2007). Changes in cortisol and DHEA plasma levels after psychotherapy for PTSD. *Psychoneuroendocrinology*. 32(6): 619-26.

Resick P.A., i Schnicke M.K. (1993). *Cognitive processing therapy for sexual assault victims: A treatment manual*. Newbury Park CA: Sage Publications.

Rooze M., De Ruyter A., Ajdukovic D., Fundter N., Hövels J. (2006) The healing community: the importance of community-based interventions. W: J. Griffiths and T. Ingleton (red.) *Real risk*. Leicester: Tudor Rose, 103-106.

Shapiro F. (2001). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Basic Principles, Protocols and Procedures* (2nd ed.). New York: Guilford Press.

Shapiro F. (2007) EMDR and Case Conceptualization from an Adaptive Information Processing Perspective. W: F. Shapiro, F. Kaslow, i L. Maxfield (red.), *Handbook of EMDR and Family Therapy Processes* (3-36). New York: Wiley.

Solomon R. M., i Shapiro F. (2008). EMDR and the Adaptive Information Processing Model. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2 (4), 315-325.

Somasundaram D., Norris F.H., Asukai N., Murthy R.S. (2003). Natural and technological disasters. W: B. L. Green, M. J. Friedman, J. V. M. T. de Jong, S. D. Solomon, T. M. Keane, J. A. Fairbank, B. Donelan and E. Frey-Wouters (red.) *Trauma interventions in war and peace*. New York: Kluwer Academic Plenum Publishers, 291-318.

Spates C.R., Koch E., Cusack K., Pagoto S. i Waller S. (2009).W: Foa E.B., Keane T.M., i Friedman M.J., (red.) *Effective treatments for PTSD: Practice Guidelines of the International Society for Traumatic Stress Studies* (279-305). New York: Guilford Press.

© **Prawa autorskie Academic Medical Center University of Amsterdam, luty 2009**