

PTSD

Post-Traumatic Stress Disorder
Zaburzenie po stresie traumatycznym

Marta Kocon
Anna Kłos

Kryteria diagnostyczne PTSD według DSM-IV

- A. Charakterystyka stresora
- B., C., D., Opis grup objawów
- E. Czas trwania objawów
- F. Warunek dodatkowy

- A. Osoba była narażona na zdarzenie traumatyczne, przy czym spełnione są dwa kryteria:
- ⦿ Osoba doświadczyła, była świadkiem lub została skonfrontowana ze zdarzeniem lub zdarzeniami, w których ktoś poniósł śmierć, doznał poważnych obrażeń lub istniała groźba śmierci, poważnych obrażeń albo utraty fizycznej integralności (własnej i innych).
 - ⦿ Reakcję osoby na to zdarzenie charakteryzuje intensywny strach, bezradność lub zgroza.

UWAGA!!!

U dzieci objawy te mogą być zastąpione dezorganizacją zachowania, niepokojem ujawniającym się w zachowaniu.

B. Traumatyczne zdarzenie uporczywie powraca i jest ponownie przeżywane w jeden (lub więcej) z podanych sposobów:

- ⦿ Powtarzające się i intruzywne stresogenne przypomnienia zdarzenia: obrazy, myśli lub wrażenia percepcyjne.

UWAGA! U dzieci młodszych mogą pojawiać się powtarzające się zabawy, w których wyrażane są tematy lub aspekty traumy.

- ⦿ Powracające przykre sny na temat zdarzenia.

UWAGA! U dzieci mogą występować przerażające sny bez dającej się rozpoznać treści,

- ⦿ działanie lub czucie się tak, jak gdyby traumatyczne zdarzenie miało miejsce ponownie (obejmuje poczucie ponownego przeżywania zdarzenia, złudzenia, halucynacje i dysocjacyjne epizody hipermnemnej napadowej – flashbacks – włącznie z tymi, które mają miejsce podczas budzenia się w lub w stanach intoksykacji).

UWAGA! małych dzieci mogą wystąpić zachowania specyficzne dla traumy odtwarzane przez zachowanie

- ⦿ intensywny psychologiczny dystres (stan dystresu) przy ekspozycji na wewnętrzne lub zewnętrzne sygnały (bodźce), które symbolizują lub przypominają jakiś aspekt traumatycznego zdarzenia.

- ⦿ reakcje fizjologiczne przy ekspozycji na wewnętrzne lub zewnętrzne sygnały symbolizujące lub przypominające jakiś aspekt traumatycznego zdarzenia.

- C. Utrzymujące się unikanie bodźców skojarzonych z traumą i zmniejszenie (stępienie) ogólnej reaktywności występujące na trzy (lub więcej) z poniższych sposobów
- ⊙ usiłowania uniknięcia myśli, uczuć lub rozmów skojarzonych z traumą,
 - ⊙ wysiłki w celu uniknięcia aktywności, miejsc lub ludzi powodujących przypomnienie traumy
 - ⊙ niemożność przypomnienia sobie ważnego aspektu traumy,
 - ⊙ wyraźne zmniejszone zainteresowanie i uczestniczenie w ważnych rodzajach działań

- ⊙ uczucie obojętności lub chłodu wobec innych
- ⊙ ograniczony zakres afektu (np. niezdolność do przeżywania serdecznych uczuć)
- ⊙ poczucie ograniczonej perspektywy czasowej (np. nie oczekuje, że będzie miał(a) sukcesy zawodowe, małżeństwo, dzieci, normalny czas trwania życia).

D. Utrzymujące się objawy zwiększonego pobudzenia (nieobecne przed traumą), występujące w postaci dwóch (lub większej liczby) spośród następujących

- ⦿ trudności z zasypianiem lub snem
- ⦿ drażliwość lub wybuchy gniewu
- ⦿ trudności z koncentracją
- ⦿ nadmierna czujność
- ⦿ nasilona reakcja (przestrachu) na bodziec

E. Czas trwania objawów (symptomy z kryteriów B, C i D) jest dłuższy niż 1 miesiąc.

F. Zakłócenie powoduje znaczący dystres lub upośledzenie w zakresie społecznego, zawodowego lub innych ważnych obszarów funkcjonowania

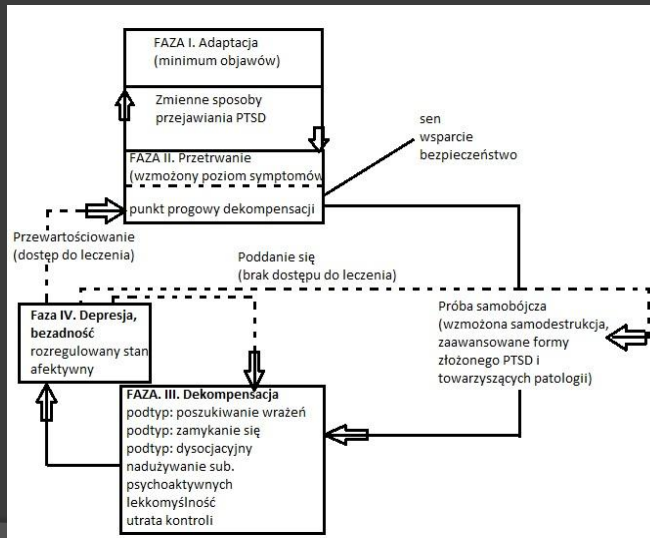
Wyróżnia się stan:

- Ostro: jeżeli objawy trwają krócej niż 3 miesiące
- Chroniczny: jeżeli objawy trwają 3 miesiące lub dłużej
- Z odroczonym początkiem: jeżeli objawy wystąpią przynajmniej 6 miesięcy po wystąpieniu zdarzenia

Zastrzeżenia do definicji

- Nie zawiera obiektywnych wskaźników, na których można by oprzeć diagnozę, przez co ułatwia możliwość symulowania zaburzenia.
- Ustalone w definicji kryteria mają charakter arbitralny.

PTSD jako zjawisko dynamiczne



Przejęciowe fazy dekompensacji i rekompensacji w przypadku ostrego PTSD związanego z walką (wg Wanga i in., 1996).

Faza I – adaptacja (dobry poziom funkcjonowania)

Pacjent wydaje się całkowicie normalny.

Nawiązuje odpowiednie kontakty z innymi osobami, rozwiązuje swoje problemy, potrafi wyrażać swoje uczucia. W minimalnym stopniu występują u niego intruzje, tendencje do unikania, nadmierne poburzenia, zaburzenia snu itp. Pacjent wchodzi w następną fazę na skutek bodźców wyzwalających.

Faza II – przetrwanie (pogorszenie się funkcjonowania)

- Obronna orientacja pacjenta
- Wracają wspomnienia traumy
- Nasilają się tendencje unikowe
- Wzrasta odrętwienie i pobudzenie
- Obronne interakcje z otoczeniem
- Wzrasta chęć do sięgania po substancje psychoaktywne
- Angażowanie się w ryzykowne sytuacje
- Wszystkie objawy wzmacniane są przez brak snu

Celem rehabilitacji jest utrzymanie pacjentów w stanie równowagi między fazą I i wczesną fazą II

Warunki konieczne, aby pacjent powrócił do fazy I:

- ⦿ Wystarczająca ilość snu
- ⦿ Wsparcie społeczne

Faza III – Dekompensacja –
załamanie funkcjonowania)

- ⦿ Utrata kontaktu z rzeczywistością
- ⦿ Odczuwanie obezwładniającego lęku
- ⦿ Zawężone zainteresowania
- ⦿ Brak planów na przyszłość
- ⦿ Nie zważanie na konsekwencje swoich działań
- ⦿ Ryzykowne zachowania

Dekompensacja może przyjmować dwie formy:

- 1) Poszukiwanie wrażeń przez ryzykowne czyny, agresję, przemoc, picie alkoholu, używanie narkotyków
- 2) Całkowite zamknięcie przez zerwanie kontaktów z ludźmi

Faza IV – Depresja/ bezradność
(bardzo złe funkcjonowanie)

- Pacjent dostrzega do jakiej dewastacji

Największe prawdopodobieństwo podjęcia próby samobójczej!!!

- Poczucie bezradności i upokorzenia
- Osłabienie sprawności psychomotorycznej
- Utrata apetytu
- Chęć dystansowania się

Pacjent może podjąć jedną z dwóch dróg:

- 1) Przewartościowanie
- 2) Poddanie się

Filmy ;-)

Współwystępowanie innych zaburzeń

Weterani wojenni:

75% osób z diagnozą PTSD spełniało kryteria co najmniej jeszcze jednego zaburzenia

- 73% - nadużywanie środków pobudzających
- 31% - antyspołeczne zaburzenie osobowości
- 26% - depresja

Ofiary przestępstw kryminalnych, które cierpiały na PTSD:

- 41% - zaburzenia seksualne
- 32% - depresja
- 27% - zaburzenia obsesyjno-kompulsywne
- 18% - fobia

Współwystępowanie zaburzeń

- 1) Komplikuje diagnozę
- 2) Utrudnia powrót pacjenta do zdrowia

Powody występowania PTSD z innymi zaburzeniami:

- 1) Nakładanie się symptomów w kryteriach diagnostycznych poszczególnych chorób
- 2) Wtórność innych zaburzeń wobec PTSD

Metody stosowane do diagnozy PTSD

- ◉ Ustrukturyzowane wywiady
- ◉ Kwestionariusze do samooceny

Ocena wybranej metody

- ◉ Czy treść pytań odnosi się do najnowszych kryteriów zawartych w DSM-IV?
- ◉ Czy informacje o trafności i rzetelności są wystarczające?
- ◉ Czy metoda umożliwia dokonanie dychotomicznego rozróżnienia występowania lub braku PTSD oraz spełnienie każdego kryterium zaburzenia przedstawionego w DSM-IV?
- ◉ Czy metoda umożliwia pomiar nasilenia i częstość występowania zarówno PTSD, jak i poszczególnych symptomów?
- ◉ Czy metoda jest na tyle prosta, że nie musi jej stosować specjalista?

Ustrukturyzowany wywiad (przykład *PTSD-Interview*)

- Pytania o to, czy badany doświadczył zdarzenia traumatycznego oraz prośby o jego opis.
- Siedemnaście pytań o częstość lub intensywność występowania symptomów charakterystycznych dla PTSD. Skala 1-nigdy/wcale; 7-zawsze; niezwykle silnie)
- Dwa pytania, które pozwolą stwierdzić, czy symptomy występowały przez okres przynajmniej 1 miesiąca, kilka razy w tygodniu.

CHARAKTERYSTYCZNE CECHY PTSD

1. Powszechnie występująca odpowiedź organizmu na nadmiernie stresujące wydarzenie
2. Ogólna, niespecyficzna reakcja
3. Długo trwająca i utrzymująca się odpowiedź na stresor traumatyczny
4. Natrętne powracanie myśli, obrazów, emocji i zachowań związanych ze zdarzeniem traumatycznym

5. Utrzymywanie się wzmożonego stanu wzbudzenia u jednostki
6. Charakter fazowy, fazy mogą się na siebie nakładać, z których można wchodzić i wychodzić w różnej kolejności.

MECHANIZMY ROZWOJU PTSD

- Teorie odnoszące się do nadwrażliwości neurologicznej
- Teorie odnoszące się do nadwrażliwości psychologicznej

- Obie teorie nie są wobec siebie konkurencyjne, a raczej uzupełniają się wzajemnie i pozwalają na lepsze zrozumienie rozwoju PTSD

NADWRAŻLIWOŚĆ NEUROLOGICZNA

- PTSD jako zaburzenie mechanizmu wzbudzenia, polegający na tworzeniu się neurologicznej nadwrażliwości i utrzymującym się wzbudzeniu w podkorowych strukturach systemu limbicznego (ciało migdałowe, hipokamp, miejsce sinawe)
- Ludzki system nerwowy jest podatny na zmiany poziomu napięcia i tworzenie się charakterystycznych wzorców paroksyzmalnej aktywacji
- Jeśli bodźce środowiskowe są bardzo silne albo następują po sobie w krótkich odstępach, to napięcie i reaktywność układu sympatycznego wzrastają

- Wzrost tonizacji i reaktywności sympatycznego układu nerwowego, zwany „nastrojeniem ergotropowym”, jest biologiczną podstawą tworzenia się zaburzeń lękowych
- Behawioralne uwrażliwienie – nadmierna stymulacja systemu limbicznego powoduje utworzenie się neuronalnego substratu, który sam się rozwija i podtrzymuje funkcjonalną nadwrażliwość

- W mózgu tworzą się neuronalne struktury (obwody), które uczestniczą w formowaniu się i utrzymywaniu skutków narażenia na stresor traumatyczny. Cechują się one:
- Obejmowaniem sensorycznych dróg wstępujących, pozwalających na dokonanie oceny zdarzenia pod kątem wzbudzenia przez niego lęku i przerażenia
- Zdolnością do wykorzystywania wcześniejszych doświadczeń jednostki, dokonywaniem poznawczej oceny zdarzenia
- Stwarzaniem możliwości przywiązywania afektywnego znaczenia określonym zdarzeniom i mobilizowaniem adaptacyjnej, behawioralnej odpowiedzi na nie
- Zdolnością pośredniczenia w neuroendokrynologicznej, autonomicznej i motorycznej odpowiedzi organizmu na zdarzenie traumatyczne i spowodowaniem patologicznej reakcji lękowej na kolejne bodźce, które przypominają traumę

- Istnieją badania kliniczne i eksperymentalne, udowadniające powiązanie pewnych struktur mózgowych z reakcjami lękowymi:
 - Ciało migdałowe
 - Miejsce sinawe
 - Wzgórze
 - Podwzgórze
 - Hipokamp
 - Kora mózgowia płatów czołowych okolicy nadoczodołowej
- Struktury te uczestniczą w formowaniu się mechanizmów warunkowania lęku, wygaszania i uwrażliwienia behawioralnego

NADWRAŻLIWOŚĆ PSYCHOLOGICZNA

- Teorie psychoanalityczne
- Teorie uczenia się
- Teorie poznawcze

TEORIE PSYCHOANALITYCZNE

- Bolesne wspomnienia traumy trwają w osobie jako niezasymilowane idee stanowiące ogniska w rozwoju zjawisk dysocjacyjnych (amnezje, chroniczne stany bezradności, depresja)
- Osoby, które przeżyły traumę przejawiają fiksację dotyczącą urazu i mają problemu z przyswojeniem kolejnych doświadczeń

- Symptomy nerwicy traumatycznej wystąpią gdy:
 1. Siła bodźców traumatycznych nadmiernie pobudza psychikę i przełamuje barierę bodźcową
 2. Wyparte urazy zostaną zaktywizowane
 3. Mechanizm modulowania napięcia będzie nieefektywny

TEORIA UCZENIA SIĘ

- Lęk powstaje na zasadzie warunkowania klasycznego – jeśli naturalny bodziec będzie występować w kontakcie z bodźcem, który ma tendencję do wywoływania lęku, to po jednym lub kilku powtórzeniach neutralny bodziec będzie wywoływał lęk
- Bodźce podobne do tych traumatyzujących zaczną wzbudzać lęk na zasadzie generalizacji i warunkowania wyższego rzędu

- ◉ Warunkowanie instrumentalne wyjaśnia proces nabywania symptomów unikania
- ◉ Reakcje, które sprawiają, że lęk znika lub redukuje się są silnie wzmacniane i utrwalane, tak że jednostka uczy się zachowań redukujących lęk przez ucieczkę od bodźca, który już nastąpił lub unikanie, gdy spodziewa się jego wystąpienia
- ◉ Unikanie może być niebezpieczne

TEORIE POZNAWCZE

- ◉ Do wyjaśnienia PTSD stosuje się m. in. teorie schematów poznawczych i teorie atrybucji.
- ◉ Informacje płynące ze zdarzenia traumatycznego nie pasują do informacji, które jednostka utrzymała w ciągu życia
- ◉ Ludzki umysł dąży do podtrzymania lub modyfikacji wewnętrznych schematów dotyczących świata, tak aby doprowadzić do zgodności między rozbieżnymi informacjami – tendencja do dokańczania

- ◉ W sytuacji, gdy nowe informacje płynące ze zdarzenia traumatycznego nie są zgodne z istniejącymi schematami, nie mogą być szybko zasymilowane przez jednostkę
- ◉ Rozbieżność, która się utrzymuje wywołuje silne i bolesne emocje
- ◉ W wyniku tendencji do dokańczania jednostka co jakiś czas będzie podejmować próbę przetworzenia informacji, do czego skłaniają intruzje i nawracanie informacji stresogennych
- ◉ Niemożność dopasowania do siebie nowych i starych informacji, natrętne powracanie obrazów i myśli traumatycznych wywołują odpowiedź emocjonalną, np. lęk, panikę, poczucie winy, gniewu czy silnego żalu

5 FAZ REAKCJI POTRAUMATYCZNEJ

1. Faza krzyku
2. Faza zaprzeczania
3. Faza wdzierania się (intruzji)
4. Faza przepracowania
5. Faza zakończenia

- Fazy 2. i 3. mogą się powtarzać, dopóki nie nastąpi pełne przyswojenie traumatycznego materiału

PODATNOŚĆ NA ROZWÓJ PTSD

- Najbardziej podatne są osoby o skrajnie pozytywnych i negatywnych schematach dotyczących świata i siebie
- Najbardziej odporne są osoby o plastycznych, realnych schematach dotyczących siebie i świata

CZYNNIKI WPŁYWAJĄCE NA ROZWÓJ CHRONICZNEGO PTSD

1. Schematy poznawcze ofiary zdarzenia traumatycznego przed traumą
2. Złożona struktura poznawcza będąca pamięciowym obrazem traumy
3. Pamięciowy obraz doświadczeń potraumatycznych

Zapobieganie rozwojowi PTSD wśród uczestników zdarzeń traumatycznych

Model zapobiegania PTSD w służbach ratowniczych - debriefing

Cele:

- Przygotowanie personelu służb ratowniczych do radzenia sobie ze stresem powstającym w pracy
- Udzielanie pomocy tym osobom, u których wystąpiły negatywne skutki narażenia na traumatyczne zdarzenie

Zespół debriefingowy (członkowie zespołu ratowniczego) w trakcie wykonywania działań rozpoznają najbardziej zestresowanych ratowników i udzielają im pomocy

W przypadku dużych katastrof pomocy udziela się w miejscu oddzielnym od akcji, w którym ratownicy wypoczywają.
(ok.10min)

Dodatkowo organizuje się spotkanie z zespołem po zakończeniu akcji (1-4h po zdarzeniu i trwa ok.. 30-45min)

Debriefing

- Spotkanie powinno być zorganizowane przez 24-72h
- Powinno być prowadzone przez psychiatrę/psychologa i kilku ratowników
- Trwa ok. 3h
- Cele: odreagowanie emocji, zrozumienie swoich reakcji.

Debriefing organizowany jest gdy:

- Wielu ratowników manifestuje stres
- Objawy stresu są silne
- Ratownicy przejawiają zmiany w dotychczasowym zachowaniu (np. błędy)
- Grupa prosi o pomoc
- Zdarzenie było nadzwyczajne
- Sygnały świadczące o przeżywanym dystresie trwają ponad 3h

Model interwencji kryzysowej Bravermana

1. Gotowość kryzysowa
2. Konsultacja z kierownictwem
3. Spotkania z grupami narażonymi na krytyczne zdarzenie
4. Oceny i porady osobom zagrożonym urazami
5. Oceny skutków podjętych działań zapobiegawczych i sformułowaniu zaleceń na przyszłość

1. Gotowość kryzysowa

Wcześniejsze przygotowanie planu, który powinien zawierać:

- Wskazówki dotyczące rozpoznawania zdarzeń, które będą wymagały interwencji
- Opis procedur obejmujących ciąg działań w sytuacji kryzysowej
- Szkolenie członków kierownictw i pracowników z różnych poziomów organizacji na temat stresu traumatycznego, jego charakteru i skutków.

2. Konsultacja z kierownictwem

- Ustalenie składu zespołu kryzysowego
- Określenie grupy pracowników, do których ma być skierowana pomoc
- Ustalenie sposobu komunikowania się

3. Spotkania z grupami narażonymi na krytyczne zdarzenie

Grupy 20-25 osób

Etap	Treść	Kto prowadzi
I	Wprowadzenie, omówienie planu zebrania Opis zdarzenia, podzielane emocje wprowadzenie konsultanta i innych osób uczestniczących w zebraniu oraz określenie ich ról	kierownik
II	Informacje najnowsze informacje, zapewnienie ciągłości informacji pytania i odpowiedzi	kierownik
III	Pogadanka na temat stresu traumatycznego Teoria stresu traumatycznego Symptomy i objawy stresu Sposoby radzenia sobie ze stresem	konsultant
IV	Dyskusja grupowa Przedstawienie zasad dyskusji i zapewnienie poczucia bezpieczeństwa Dobrowolne ujawnianie reakcji, myśli, emocji, odczuć itp.	pracownicy, kierownik konsultant
V	Podsumowanie Przegląd i uporządkowanie spraw nurtujących grupę Informacje na temat poradnictwa psychologicznego	kierownik, konsultant lekarz zakładowy

PODSTAWOWE ZASADY TERAPII PTSD

- Budowanie zaufania i bezpieczeństwa w relacji pacjent – terapeuta – pacjent musi czuć się bezpiecznie i mieć zaufanie do terapeuty, odczuwać jego akceptację, a także mieć przekonanie, że terapeuta jest gotowy i wystarczająco silny by znieść opis zdarzeń traumatycznych

- Normalizacja – podkreślanie, że doświadczane dolegliwości pacjenta są typowe dla osób, które przeżyły zdarzenia traumatyczne
- Edukacja – zapoznanie pacjenta z potencjalnym rozwojem sytuacji, przedstawienie możliwych trudności psychologicznych związanych ze zdarzeniem traumatycznym; przedstawienie jego konsekwencji dla różnych obszarów życia pacjenta; dyskusja z pacjentem

- Wzmacnianie – mobilizowanie pacjenta do aktywnego wysiłku, który zaowocuje powrotem do zdrowia, odbudowanie poczucia własnej wartości pacjenta
- Współpraca – dyskusowanie z pacjentem na temat propozycji terapeutycznych, potencjalnych wątpliwości, co daje poczucie współodpowiedzialności za przebieg terapii i podniesienie poziom bezpieczeństwa w relacji terapeutycznej

PODEJŚCIA I TECHNIKI TERAPEUTYCZNE

- Techniki ekspozycyjne
 - Bezpośrednia ekspozycja terapeutyczna
 - Systematyczna desensytyzacja
 - Technika „Zalewania”
 - Technika „przewijania” Mussa
 - Technika ograniczania traumatyzacji
 - Terapia przepracowywania poznawczego
 - Trening odporności na stres
- Techniki alternatywne
- Farmakoterapia