

Niezależnie od tego, czy jesteśmy terapeutami uzależnień, czy niesiemy pomoc osobom bezdomnym, zawodowo wspieramy osoby należące do społeczności LGBTQ+, czy też pracujemy z zagrożoną młodzieżą lub kobietami, które doświadczyły przemocy – w życiu wielu naszych klientów i pacjentów może wystąpić doświadczenie o charakterze traumatycznym.

ABC PRACY Z PACJENTEM TRAUMATYZOWANYM. PODSTAWY TEORETYCZNE I WSKAZÓWKI PRAKTYCZNE

Maria Banaszak

Uniwersytet Warszawski

Anna Woźniak

Uniwersytet Humanistycznospołeczny SWPS



trauma.
uzależnienia.
zdrowie psychiczne.

Mając na uwadze złożoną problematykę zaburzeń, jakie możemy spotkać w terapii, należy zwracać szczególną uwagę na zdarzenia, jakie mogły się pojawić w przeszłości naszego pacjenta. Ostatnie badania pokazują, że ze zdarzeniami o charakterze traumatycznym styka się właściwie każdy człowiek. Są to zdarzenia, które powodują znaczny dystres i są na tyle intensywne, że reakcja na tego rodzaju sytuacje znacznie wykracza poza zwykłą reakcję na stres dnia codziennego.

Zdarzenie traumatyczne może być zarówno problemem źródłowym, które przyczyniło się do obecnego stanu pacjenta, z którym pracujemy, jak również może się pojawić w efekcie bieżących doświadczeń pacjenta związanych z zachowaniami ryzykownymi.

Przykładowo, trauma rozwojowa może być wywołana przez doświadczenie przemocy w dzieciństwie. W innej sytuacji, doświadczanie dyskryminacji i/lub wykluczenia społecznego może podtrzymywać objawy wynikające z przeżytej wcześniej traumy. Natomiast nadużywanie substancji psychoaktywnych, prowadzące do wykluczenia społecznego, może być sposobem na radzenie sobie z przeżytą w przeszłości traumą. Dlatego tak ważne jest, abyśmy w codziennym kontakcie terapeutycznym umieli rozpoznawać zdarzenia potencjalnie traumatyczne, a następnie – na podstawie obserwowanych objawów – potrafili prawidłowo diagnozować i odpowiednio reagować.

Pominięcie możliwych zdarzeń traumatycznych w historii pacjenta i charakterystycznych zaburzeń z nimi związanych, może skutkować nieadekwatnym leczeniem, co w efekcie

może prowadzić do nawracania objawów źródłowych, z którymi zgłosił się pacjent.

Charakterystyka zdarzeń traumatycznych

Typologia zdarzeń traumatycznych obejmuje czas ich trwania, intencjonalność, powtarzalność w czasie, charakter udziału pacjenta w zdarzeniu (pośredni/bezpośredni), czy zdarzenie było następstwem działania człowieka, czy miało charakter przypadkowy i niezwiązany z działaniami ludzi. Traumy możemy podzielić na te przez duże „T” oraz przez małe „t”. Do pierwszej grupy należą zdarzenia nagłe, nieprzewidywalne, osadzone w krótkim czasie trwania, związane z bezpośrednim lub pośrednim zagrożeniem życia lub zdrowia, nadużyciem seksualnym lub zagrożeniem nadużycia. Do tego rodzaju zdarzeń traumatycznych zaliczamy również uzyskanie informacji o śmierci lub groźnym wypadku osoby bliskiej. Trauma przez małe „t” jest przede wszystkim traumą relacyjną. Obejmuje złe doświadczenia relacyjne, przede wszystkim zaistniałe w dzieciństwie – maltretowanie fizyczne, molestowanie seksualne, odrzucenie, zaniedbanie. Jest podstawą do tworzenia więzi pozabezpiecznych, które w dorosłości mogą mieć również wpływ na reakcję na zdarzenia traumatyczne jednorazowe.

Trauma – i co dalej?

Kiedy mamy zdefiniowane zdarzenie, które stało się udziałem naszego pacjenta, możemy dalej kontynuować proces diagnostyczny. W zetknięciu ze zdarzeniem

traumatycznym pacjent wykazuje szereg objawów, które można zakwalifikować do specyficznych zaburzeń, występujących w następstwie różnych zdarzeń. Do najczęstszych objawów należą: znaczne pobudzenie, charakterystyczne reakcje emocjonalne (lęk, poczucie zagrożenia, bezradność, złość, panika, smutek), problemy ze snem, pojawienie się myśli intruzywnych i ruminacji¹ dotyczących zdarzenia i jego następstw, zniekształcenia poznawcze oraz fałszywe przekonania na temat siebie, zdarzenia i objawów. Grafika na rys. 2 ułatwia osadzenie spectrum objawów pacjenta w czasie i dzięki temu określa, z jakim rodzajem zaburzeń mamy do czynienia. Określenie charakteru zdarzenia oraz jego następstw ułatwi pracę z pacjentem i pomoże w dobraniu odpowiedniego kierunku terapii.

Diagnoza Zespołu Ostrego Stresu – ASD (Acute Stress Disorder)

Zespół Ostrego Stresu może pojawić się bezpośrednio po przeżytym zdarzeniu traumatycznym. Jest to zbiór charakterystycznych objawów, bezpośrednio związanych ze zdarzeniem, które miało miejsce w ostatnim czasie – diagnozę ASD możemy postawić w ciągu 3 do 30 dni po zdarzeniu.

Ostre Zaburzenie Stresowe może przejść w Zaburzenie po Stresie Traumatycznym, ale nie musi – jeśli pozwolimy pacjentowi zrozumieć, co się z nim dzieje i pozwolimy przeżyć zdarzenie w bezpiecznych warunkach. Wówczas PTSD może w ogóle nie wystąpić.

W okresie następującym bezpośrednio po zdarzeniu traumatycznym nie tłumimy i nie staramy się „wyleczyć” objawów, które się pojawiają.

W czasie pracy z pacjentem ze zdiagnozowanym ASD:

1. normalizujemy stan pacjenta – przede wszystkim pracujemy ze zniekształceniami poznawczymi i emocjonalnym procesem decyzyjnym,
2. prowadzimy psychoedukację pacjenta w zakresie objawów, których doświadcza i ich epidemiologii,
3. stabilizujemy stan pacjenta, jeśli w trakcie pracy pojawiają się zbyt silne reakcje emocjonalne, zakłócające racjonalne postrzeganie jego obecnej sytuacji.

Na stronie 22 przedstawiamy kryteria diagnostyczne ASD – ich znajomość, w połączeniu z dobrze przeprowadzonym wywiadem, pozwoli na zrozumienie reakcji pacjenta i obranie odpowiedniego kierunku postępowania.

Diagnoza zaburzeń po stresie traumatycznym

Jeśli objawy występujące po zdarzeniu traumatycznym utrzymują się dłużej niż miesiąc, a od zdarzenia nie upłynęły jeszcze dwa lata, możemy postawić diagnozę PTSD (*posttraumatic stress disorder*). Objawami osiowymi dla PTSD są: ponowne przeżywanie zdarzenia, unikanie, nadmierne pobudzenie, zniekształcenia w sferze emocji i w sferze poznawczej pacjenta.

Charakterystyczna dla PTSD jest niemożność przeżycia zdarzenia w sposób adekwatny i zapamiętywanie go w sposób fragmentaryczny. W trakcie zdarzenia reakcje fizjologiczne i emocjonalne wychodzą poza okno afektywne pacjenta, nie mieszcząc się w jego naturalnej reakcji na stres dnia codziennego. Efektem tego są przedłużone w czasie, nienaturalne i nieadekwatne reakcje oraz sposoby radzenia sobie ze wspomnieniami i emocjami wywołanymi zdarzeniem. W tabeli na stronie 23 znajdują się kryteria diagnostyczne PTSD.

Uwagi praktyczne

W obliczu zdarzeń traumatycznych i ich następstw często mamy do czynienia z możliwą diagnozą towarzyszącą. U osób ze zdiagnozowanym PTSD najczęściej możemy rozpoznać również depresję lub uzależnienia od substancji psychoaktywnych.

W przypadku uzależnień, nadużywanie substancji ma na celu stłumienie trudnych do zniesienia reakcji emocjonalnych oraz objawów należących do podstawowych kryteriów diagnostycznych PTSD. W sytuacji podwójnej diagnozy w pierwszej kolejności należy pracować nad zaprzestaniem używania substancji, następnie skierować pacjenta na terapię traumy, gdzie będzie miał możliwość przepracowania i zrozumienia prezentowanych objawów.

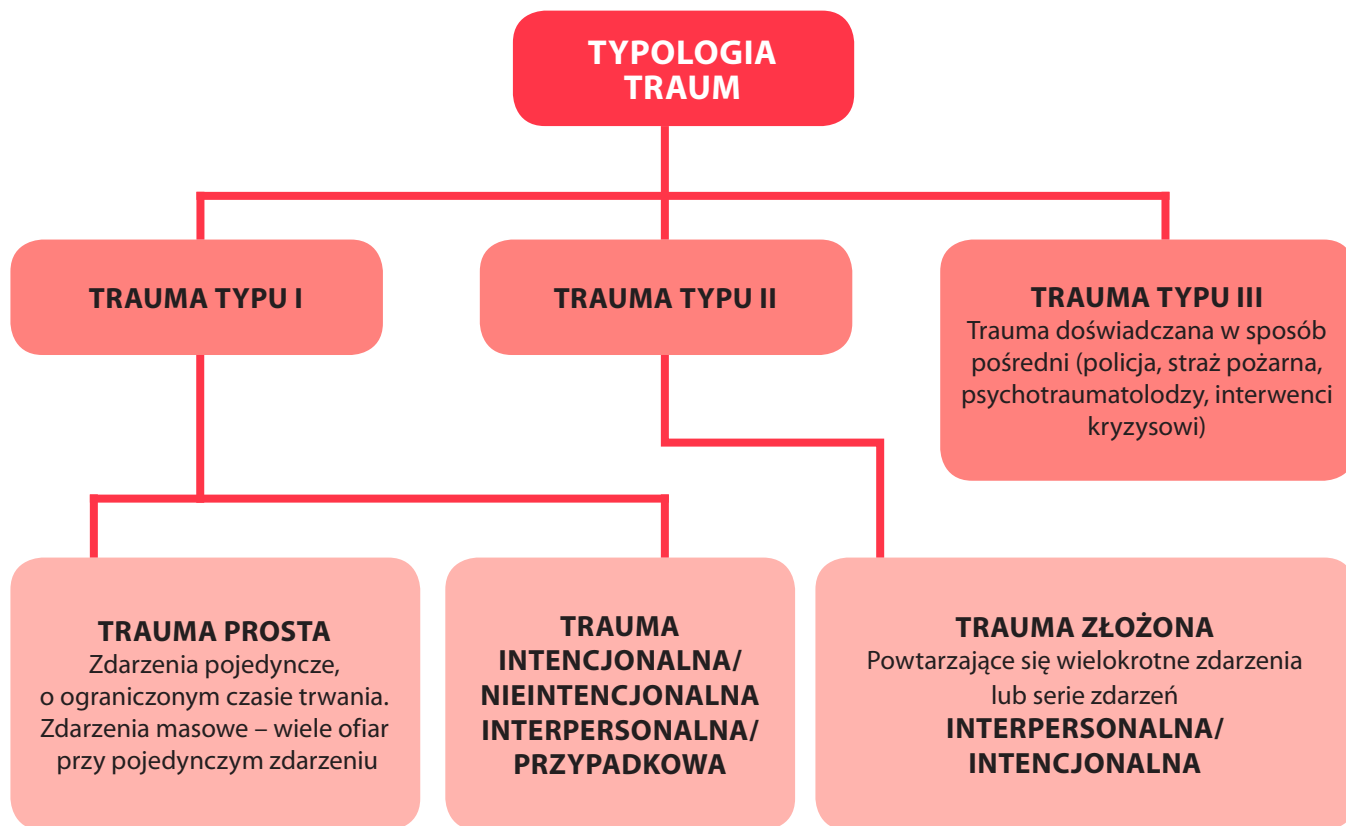
Formy terapii traumy o potwierdzonej skuteczności:

1. procedura przedłużonej ekspozycji,
2. terapia EMDR (*eye movement desensitization and re-processing*),
3. społeczność terapeutyczna (zalecana w szczególności w terapii pacjentów z podwójną diagnozą, przede wszystkim uzależnienie i PTSD jako zaburzenia współistniejące).

Przypisy

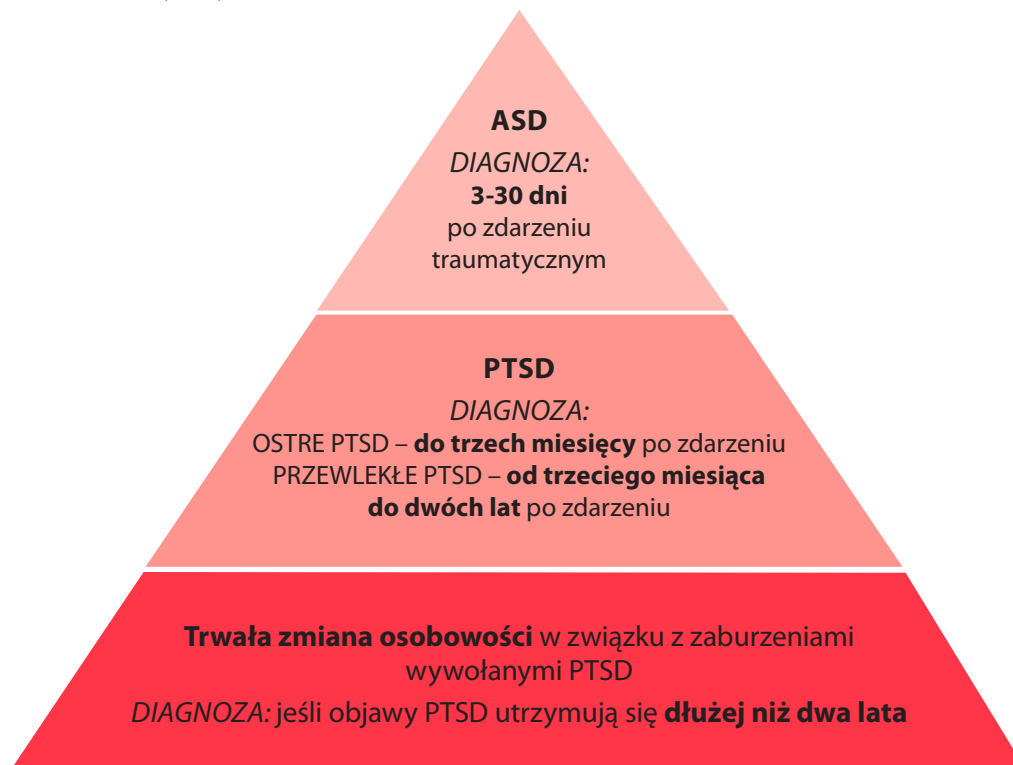
¹ Myśli intruzywne – nawracające poza świadomą kontrolą myśli, emocje i obrazy, związane ze zdarzeniem o charakterze negatywnym, powtarzalnym; ruminacje negatywne – ciąg negatywnych myśli i przekonań dotyczących zdarzenia oraz jego następstw.

Rys. 1. Podział zdarzeń traumatycznych na podtypy pozwalające zakwalifikować poszczególne zdarzenia do obecnie obowiązującej typologii traum.



Autor: Anna Woźniak, opracowanie własne na podstawie „Interpersonalna trauma. Mechanizmy i konsekwencje” A. Widera-Wysoczyńska, A. Kuczyńska.

Rys. 2. Główne założenia czasowe obowiązujące przy diagnozie PTSD, ASD oraz trwałej zmiany osobowości w obliczu zdarzeń traumatycznych.



Autor: Anna Woźniak, opracowanie własne.

Artykuł został opracowany na podstawie materiałów prezentowanych podczas konferencji „Trauma. Uzależnienia. Zdrowie psychiczne. Profesjonalizacja leczenia uzależnień i pomocy psychologicznej osobom z grup na-

rażonych na wykluczenie społeczne”, Warszawa, 19-20 listopada 2018 r.

Bibliografia dostępna w redakcji.

Kryteria diagnostyczne ASD według DSM-5

- A. Narażenie na śmierć lub groźbę śmierci, poważny uraz lub przemoc seksualną, w jeden (lub większą liczbę) spośród wymienionych sposobów:**
- A1. Bezpośrednie doświadczenie traumatycznego przeżycia (przeżyć).
 - A2. Bycie naocznym świadkiem traumatycznych dla innych osób wydarzeń.
 - A3. Uzyskanie informacji o tym, że członek bliskiej rodziny lub przyjaciel, doświadczył traumatycznego przeżycia (przeżyć). W przypadku narażenia na śmierć lub wystąpienia groźby śmierci dotyczących członka rodziny lub przyjaciela wydarzenie (wydarzenia) to musi wynikać z aktu przemocy lub być przypadkowe.
 - A4. Powtarzane lub bardzo duże narażenie na nieprzyjemne szczegóły danego wydarzenia/wydarzeń traumatycznego/traumatycznych (np. pierwsze osoby na miejscu zdarzenia po wypadku – policja, straż pożarna, ratownicy medyczni; policjanci/pracownicy socjalni narażeni na oglądanie powtarzającej się przemocy wobec dzieci).
- B. Obecność dziewięciu (lub większej ilości) spośród wymienionych objawów w każdej spośród pięciu kategorii: natręctw, obniżonego nastroju, objawów dysocjacyjnych, objawów unikania oraz zwiększenia pobudliwości, doświadczanych po raz pierwszy lub nasilających się po doświadczeniu traumatycznego przeżycia (przeżyć).**
- Objawy natrętne:**
1. Nawracające i natrętne, dręczące wspomnienia traumatycznego wydarzenia (wydarzeń).
 2. Nawracające, dręczące sny, których treść jest związana z traumatycznym wydarzeniem (wydarzeniami).
 3. Reakcje dysocjacyjne (*flashback*), które powodują, że dana osoba odczuwa lub zachowuje się, jakby ponownie doświadczała traumatycznego przeżycia (przeżyć).
(Nasilenie opisanych reakcji przyjmuje formę kontinuum, z całkowitą utratą poczucia rzeczywistości jako skrajną postacią).
 4. Nasilone i przedłużające się cierpienie psychiczne występujące w przypadku narażenia na wewnętrzne lub zewnętrzne sygnały, symbolizujące lub przypominające pewne aspekty traumatycznego wydarzenia (wydarzeń).
- Obniżony nastrój:**
5. Uporczywe trudności w wyrażaniu pozytywnych uczuć (np. niezdolność do wyrażania radości, miłości, zadowolenia).
- Objawy dysocjacyjne:**
6. Poczucie nierealności otoczenia lub samego siebie (np. oglądanie siebie z innej perspektywy, poczucie oszołomienia, spowolnienie płynącego czasu).
 7. Trudność w zapamiętaniu ważnych aspektów traumatycznego wydarzenia (wydarzeń) (zwykle z powodu amnezji dysocjacyjnej, a nie innego czynnika, takiego jak uraz głowy, leki, alkohol).
- Objawy unikania:**
8. Próby unikania dręczących wspomnień, myśli lub uczuć dotyczących traumatycznego wydarzenia (wydarzeń) lub blisko z nim związanych.
 9. Unikanie lub próby unikania czynników (ludzi, miejsc, rozmów, czynności, przedmiotów, sytuacji), które przywołują dręczące wspomnienia, myśli lub uczucia dotyczące traumatycznego wydarzenia (wydarzeń).
- Objawy nadmiernej pobudliwości:**
10. Problemy ze snem (np. trudności w zaśnięciu lub w utrzymaniu snu albo sen niedający odpoczynku).
 11. Drażliwość i wybuchy gniewu (bez bycia prowokowanym), zwykle wyrażane jako agresja słowna lub agresywne zachowania w stosunku do innych osób bądź przedmiotów.
 12. Nadmierna czujność.
 13. Problemy z koncentracją.
 14. Wzmószona reakcja na zaskoczenie.
- C. Objawy zakłócenia (z kryterium B) występują w ciągu 3-30 dni od wystąpienia narażenia na przeżycie traumatyczne.**
- D. Zakłócenie powoduje znaczące klinicznie cierpienie lub upośledzenie funkcjonowania w sferze społecznej, zawodowej i w innych ważnych obszarach.**
- E. Zakłócenie nie jest wywołane fizjologicznym działaniem substancji (np. nadużyciem leków, alkoholu) ani innym stanem ogólnomedycznym [...].**

PTSD (Posttraumatic Stress Disorder) wg DSM-5

- A. Narażenie na śmierć lub groźbę śmierci, poważny uraz lub przemoc seksualną, w jeden (lub większą liczbę) spośród wymienionych sposobów:**
- A1. Bezpośrednie doświadczenie traumatycznego przeżycia (przeżyć).
 - A2. Bycie naocznym świadkiem traumatycznych dla innych osób wydarzeń.
 - A3. Uzyskanie informacji o tym, że członek bliskiej rodziny lub przyjaciel, doświadczył traumatycznego przeżycia (przeżyć). W przypadku narażenia na śmierć lub wystąpienia groźby śmierci dotyczących członka rodziny lub przyjaciela wydarzenie (wydarzenia) to musi wynikać z aktu przemocy lub być przypadkowe.
 - A4. Powtarzane lub bardzo duże narażenie na nieprzyjemne szczegóły danego wydarzenia/wydarzeń traumatycznego/traumatycznych (np. pierwsze osoby na miejscu zdarzenia po wypadku – policja, straż pożarna, ratownicy medyczni; policjanci/pracownicy socjalni narażeni na oglądanie powtarzającej się przemocy wobec dzieci).
- B. Obecność jednego lub większej liczby spośród podanych niżej natrętnych objawów, związanych z traumatycznym wydarzeniem (wydarzeniami), występujących po raz pierwszy po doświadczeniu traumatycznego przeżycia (przeżyć).**
- B1. Nawracające i natrętne, dręczące wspomnienia traumatycznego wydarzenia (wydarzeń).
 - B2. Nawracające, dręczące sny, których treść jest związana z traumatycznym wydarzeniem (wydarzeniami).
 - B3. Reakcje dysocjacyjne (np. flashback), które powodują, że dana osoba odczuwa lub zachowuje się jakby ponownie doświadczała traumatycznego przeżycia (przeżyć). Nasilenie opisanych reakcji przyjmuje formę kontinuum, z całkowitą utratą poczucia rzeczywistości jako skrajną postacią.
 - B4. Nasilone i przedłużające się cierpienie psychiczne występujące w przypadku narażenia na wewnętrzne lub zewnętrzne sygnały, symbolizujące lub przypominające pewne aspekty traumatycznego wydarzenia (wydarzeń).
 - B5. Zaznaczona reakcja fizjologiczna występująca w odpowiedzi na wewnętrzne lub zewnętrzne sygnały, symbolizujące lub przypominające pewne aspekty traumatycznego wydarzenia (wydarzeń)
- C. Utrwalone unikanie bodźców związanych z traumą, niewystępujące przed traumatycznym wydarzeniem (wydarzeniami), zdefiniowane jako jedno lub oba z poniższych.**
- C1. Unikanie lub próby unikania dręczących wspomnień, myśli lub uczuć dotyczących traumatycznego wydarzenia (wydarzeń) lub blisko z nim związanych.
 - C2. Unikanie lub próby unikania czynników (ludzi, miejsc, rozmów, czynności, przedmiotów, sytuacji), które przywołują dręczące wspomnienia, myśli lub uczucia dotyczące traumatycznego wydarzenia (wydarzeń).
- D. Niekorzystne zmiany w zakresie zdolności poznawczych i w nastroju, związane z traumatycznym wydarzeniem (wydarzeniami), doświadczone po raz pierwszy lub nasilające się po nim, zdefiniowane jako jedno (lub większa liczba) spośród poniższych.**
- D1. Trudności w zapamiętaniu ważnych aspektów traumatycznego wydarzenia (wydarzeń) (zwykle z powodu amnezji dysocjacyjnej, a nie innego czynnika, takiego jak uraz głowy, alkohol, leki).
 - D2. Uporczywe i nadmierne negatywne przekonania lub oczekiwania dotyczące siebie, innych osób lub świata (np. „Jestem złą osobą”, „świat jest bardzo niebezpieczny”, „Mój układ nerwowy został trwale zniszczony”).
 - D3. Utrwalone, zniekształcone postrzeganie przyczyn i skutków traumatycznego zdarzenia (zdarzeń), prowadzące daną osobę do obwiniania siebie lub innych.
 - D4. Utrwalone stany negatywnych emocji (np. lęku, przerażenia, złości, winy lub wstydu).
 - D5. Znacząco zmniejszone zainteresowanie ważnymi czynnościami lub chęć udziału w nich.
 - D6. Poczucie bycia odseparowanym od innych osób, oziębienia stosunków z nimi.
 - D7. Uporczywe trudności w wyrażaniu pozytywnych uczuć (np. niezdolność do wyrażania radości, zadowolenia lub miłości).
- E. Wyraźne zmiany w zakresie pobudliwości związane z traumatycznym wydarzeniem (wydarzeniami), doświadczone po raz pierwszy lub nasilające się po nim, zdefiniowane jako dwa (lub większa liczba) spośród poniższych.**
- E1. Drażliwość i wybuchy gniewu (bez bycia prowokowanym), zwykle wyrażane jako agresja słowna lub agresywne zachowania w stosunku do innych osób bądź przedmiotów.
 - E2. Nieprzemyślane lub autodestruktywne zachowania.
 - E3. Nadmierna czujność.
 - E4. Wzmószona reakcja na zaskoczenie.
 - E5. Problemy z koncentracją.
 - E6. Problemy ze snem (np. trudności w zaśnięciu lub w utrzymaniu snu albo sen niedający odpoczynku).
- F. Czas trwania zakłócenia (kryteriów B, C, D, E) wynosi więcej niż miesiąc.**
- G. Zakłócenie powoduje znaczące klinicznie cierpienie lub upośledzenie funkcjonowania w sferze społecznej, zawodowej i w innych ważnych obszarach.**