

Jak wyjść cało z katastrofy



AGNIESZKA POPIEL

Wydział Psychologii
Szkola Wyzsza Psychologii Spolecznej, Warszawa
apopiel@swps.edu.pl
Dr n. med. Agnieszka Popiel jest psychiatrą, adiunktem w SWPS, gdzie kieruje podyplomową Szkoła Psychoterapii Poznawczo-Behawioralnej. Zajmuje się psychoterapią poznawczo-behawioralną - prowadzi badania nad skutecznością psychoterapii PTSD w Interdyscyplinarnym Centrum Genetyki Zachowania UW.



BOGDAN ZAWADZKI

Wydział Psychologii
Uniwersytet Warszawski
bogdan@psych.uw.edu.pl
Prof. dr hab. Bogdan Zawadzki zajmuje się psychologią różnic indywidualnych oraz badaniami traumatycznego stresu. Kieruje Interdyscyplinarnym Centrum Genetyki Zachowania UW.

W ostatnich latach co ósmy Polak był uczestnikiem różnego rodzaju wypadków drogowych. Dla wielu jest to doświadczenie wywołujące zaburzenia opisane przez psychologów i psychiatrów jako PTSD – pourazowe zaburzenie stresowe. Psychologowie nie tylko badają stan uczestników wypadków, lecz także stosują terapie umożliwiające im powrót do normalnego życia

Światowa Organizacja Zdrowia ocenia, że rokrocznie na świecie 1,24 mln ludzi ginie, a ponad 20 mln zostaje rannych w wypadkach drogowych. W ciągu najbliższych 15 lat udział w tych zdarzeniach stanie się jedną z głównych przyczyn śmierci i głównym powodem zaburzeń potraumatycznych w krajach nieobjętych wojną. W Polsce, wraz z postępującym rozwojem motoryzacji, częstość wypadków drogowych osiągnęła apokaliptyczny rozmiar. Każdego dnia ginie na drogach kilkanaście osób, a ponad 100 zostaje rannych. Uczestnicy wypadków wymagają pomocy medycznej, ale

także psychologicznej, niwelującej skutki wypadków.

Wojna na drogach

W ciągu roku od wypadku niemal u jednej czwartej ofiar można zdiagnozować różnego rodzaju problemy psychiczne. Do najczęstszych należą objawy ostrego zaburzenia stresowego (ang. ASD), które – jeśli utrzymują się dłużej niż miesiąc – są już określane jako pourazowe zaburzenie stresowe (ang. PTSD – Post-Traumatic Stress Disorder). PTSD charakteryzuje się takimi objawami jak ciągłe przeżywanie i rozpamiętywanie traumatycznego wydarzenia, unikanie bodźców skojarzonych z traumą, odrętwienie, zmieniony nastrój i negatywne myślenie o sobie i świecie, wreszcie – ciągłe wzbudzenie oraz nasiloną reaktywność emocjonalna. Ujęte w te cztery kategorie objawy wiążą się z cierpieniem, gorszym funkcjonowaniem zawodowym (a w przypadku dzieci i młodzieży z kłopotami z nauką) oraz pogorszeniem relacji społecznych, ujawniającym się np. w postaci konfliktów rodzinnych. PTSD trwa co najmniej miesiąc, a najdłużej... do końca życia (jak obserwowano to u wielu weteranów wojennych). U około połowy osób objawy PTSD ustępują samoistnie w ciągu 2 lat. Jeżeli to nie nastąpi, szansa na naturalną remisję radykalnie maleje. Pojawia się także ryzyko powstawania „wtórnych” zaburzeń, np. depresyjnych, osobowościowych czy problemów alkoholowych, które w konsekwencji komplikują prowadzenie późniejszej terapii i mogą negatywnie rzutować na jej skuteczność.

Zarówno światowe, jak i polskie badania wskazują, że przewlekłe PTSD dotyczy 10% uczestników wypadków drogowych (rzadziej sprawców wypadku). Jednak często problem pozostaje nierozpoznany. Osoby zgłaszające się do lekarzy zazwyczaj wybiórczo informują o trapiących ich dolegliwościach: zwracają uwagę na problemy ze snem czy niepokój, a pomijają – zgodnie z mechanizmem unikania wspomnień czy rozmów o urazie – inne objawy mogące naprowadzić klinicystę na rozpoznanie PTSD. Sprawia to, że obok naturalnego nie-

Terapia stresu pourazowego u uczestników wypadków komunikacyjnych

szukania pomocy przez osoby poszkodowane, związanego z mechanizmem unikania, występuje też zjawisko nierozpoznawania zaburzeń traumatycznych. W konsekwencji wiele osób poszkodowanych w wypadkach jest narażonych na długotrwałe zmaganie się z objawami PTSD. Dla psychiatrów i psychologów oznacza to nie tylko potrzebę rozwijania badań o charakterze podstawowym, ale przede wszystkim konieczność poszukiwania skutecznych metod terapii zaburzeń potraumatycznych.

TRAKT-em do życia

Z myślą o terapii osób poszkodowanych w wypadkach, na Uniwersytecie Warszawskim powstał program TRAKT. Bezpośrednim celem leczenia jest poprawa jakości życia pacjenta: zmniejszenie nasilenia objawów PTSD i związanego z nimi cierpienia. Celem pośrednim jest natomiast zapobieżenie odległym indywidualnym, społecznym i ekonomicznym skutkom długotrwałe utrzymujących się objawów zaburzenia. Stosowane współcześnie metody leczenia można podzielić na psychospołeczne, czyli różne formy psychoterapii, w tym przede wszystkim poznawczo-behawioralnej, oraz biologiczne – głównie leki z grupy selektywnych inhibitorów wychwyty zwrotnego serotoniny (SSRI). Remisja objawów dotyczy ok. 70% osób, które podjęły i ukończyły standardową terapię. Dostępne opracowania dotyczące standardów leczenia PTSD wskazują na konieczność kontynuacji badań nad skutecznością, użytecznością i wydajnością różnych rodzajów leczenia. Z tego względu program TRAKT miał zarówno charakter naukowy, dotyczący określenia skuteczności różnych form terapii, jak też praktyczny: zaferowania leczenia, którego skuteczność była już wstępnie sprawdzona w innych krajach.

Program TRAKT finansowany był ze środków Europejskiego Obszaru Gospodarczego (PL0088) i zakładał sprawdzenie stopnia skuteczności terapii farmakologicznej i psychoterapii oraz leczenia łączącego obie metody. Zastosowano psychoterapię poznawczo-behawioralną metodą Przedłużonej Ekspozycji (PE), opracowaną przez Ednę Foa, światowej klasy specjalistkę w zakresie leczenia zaburzeń potraumatycznych. Metoda ta zakłada wygaszenie reakcji lękowych poprzez wykorzystanie procesów warunkowania sprawczego oraz poznawcze i emocjonalne przetworzenie wspomnienia traumatycznego doświadczenia. Standardowy program

obejmuje 8-12 cotygodniowych półtoragodzinnych sesji i trwa zwykle ok. 3 miesiące. W badaniach farmakologicznych zastosowano paroksetynę (lek z grupy SSRI, rutynowo stosowany w leczeniu zaburzeń depresyjnych i lękowych), również przez 3 miesiące, a więc czas wystarczający dla uzyskania odpowiedniego efektu terapeutycznego i porównywalny z PE. Leczenie połączone oznaczało stosowanie w tym samym okresie zarówno leków, jak i psychoterapii.

Podobnie jak w klasycznych badaniach eksperymentalnych osoby poszkodowane w wypadkach drogowych, u których stwierdzono PTSD były kwalifikowane do trzech grup losowo. Procedura ta – odmienna od zwykle stosowanej w badaniach klinicznych – ujawniła „ukrytą stronę” leczenia farmakologicznego: prawie 50% osób przydzielonych do grupy farmakoterapeutycznej odmówiło przyjmowania leku i udziału w dalszych badaniach (dla porównania – w grupie psychoterapeutycznej – mniej niż 5%). Jak się okazało, główną przyczyną odmowy przyjmowania leków było deklaratowane przez osoby badane przeświadczenie o nieskuteczności tej formy leczenia. Sądzimy także, że wyniki te ujawniają dość typowe zjawisko rezygnowania z farmakoterapii pomimo zaleceń lekarskich, choć trudno jest przesądzić, czy jest ono częstsze w Polsce niż w innych krajach. W grupie osób, które ukończyły psychoterapię, ponad 80% uzyskało remisję (czyli cofnięcie się) objawów PTSD, w przypadku tych zaś, którzy ukończyli farmakoterapię, wynik to tylko ponad 55%. Nie wykazano też przewagi leczenia połączonego nad psychoterapią.

Kto ma większe szanse?

Głównymi czynnikami decydującymi o nieskuteczności terapii były (powiązane) zmienne takie jak: nasilenie objawów PTSD (w tym unikania), wiek (starszy, już od wieku średniego), nasilenie objawów zaburzeń osobowości, temperamentalna mała żywawość (plastyczność behawioralna) oraz czas od wypadku do momentu zgłoszenia się na terapię (kluczowy okres – powyżej pierwszego roku). Wiek, czas i ciężar zaburzenia są typowymi zmiennymi klinicznymi – szansa na remisję objawów jest mniejsza u osób starszych (obniżona plastyczność behawioralna), w gorszym stanie psychicznym i dłużej zwlekających z rozpoczęciem leczenia (nasilone współtowarzyszące PTSD objawy zaburzeń osobowości).



BENNY

Osobom, u których mimo pełnej terapii nadal stwierdzano PTSD, zaproponowano kontynuację leczenia metodą niewylosowaną pierwotnie, ale potencjalnie skuteczną (np. psychoterapia po farmakoterapii). W tej grupie niemal 2/3 osób zakończyło program z remisją objawów zaburzenia, co podniosło ogólny wskaźnik skuteczności do blisko 90%. Grupę bez remisji charakteryzowały te same zmienne, które decydowały o nieskuteczności w pierwszej turze.

Uzyskane wyniki wydają się przemawiać za stosowaniem psychoterapii w leczeniu PTSD. Jednak wbrew powszechnemu wśród terapeutów pogładowi nie metody „ogólnej”, ale dostosowanej do specyfiki i mechanizmów podtrzymujących zaburzenie.

Przesuwanie granicy

Dane dotyczące kontynuacji leczenia wskazują na możliwość uzyskania remisji objawów PTSD przez osoby, u których pierwsza terapia

była nieskuteczna. Niezbędna jest kontynuacja badań, w tym także nad znaczeniem czasu trwania oraz modyfikacji metod terapii ponad standardowe procedury. Jednym z kluczowych czynników skuteczności może być indywidualizacja terapii, tj. dobór metody czy jej czasu trwania do specyficznych cech i możliwości, a także preferencji pacjenta. Opracowanie odpowiedniego, symetrycznego do przedłużonej ekspozycji programu (mono) terapii poznawczej dla leczenia PTSD jest jednym z naszych najbliższych celów. Będzie on oferował możliwość doboru rodzaju psychoterapii. Rozpowszechnienie traumatycznych wydarzeń, w tym zwłaszcza wypadków drogowych, oznacza, że poszkodowanym trzeba proponować terapię o empirycznie wykazanej skuteczności. To zaś wymaga prowadzenia badań, których wyniki mogą być przeniesione do codziennej praktyki terapeutycznej. Efektem takich badań jest nie tylko przyrost wiedzy i doskonalenia metod leczenia, ale także udzielanie pomocy osobom poszkodowanym. W ramach programu TRAKT pomoc ta została udzielona ponad 300 pacjentom. Przeszkolono także w prowadzeniu psychoterapii metodą Przedłużonej Ekspozycji (o zweryfikowanej w naszych badaniach skuteczności w warunkach polskich) prawie 200 specjalistów, którzy mogą ją stosować u osób cierpiących na PTSD. Należy podkreślić, że metoda ta nie jest ograniczona do rodzaju traumy – my badaliśmy ją u ofiar wypadków, ale dane z badań na świecie dotyczą jej skuteczności w leczeniu PTSD u weteranów wojennych, ofiar gwałtów i przemocy. Świadomość konsekwencji wydarzeń traumatycznych dla życia psychicznego osób poszkodowanych powoduje, że badania te są nie tylko potrzebne, ale wręcz konieczne. Jest to zatem zadanie o podstawowym znaczeniu dla badaczy, efekty ich pracy naukowej poprzez upowszechnianie wyników i wdrażanie do praktyki klinicznej opracowanych metod terapeutycznych będą bowiem służyły szerszej społeczności. ■

Chcesz wiedzieć więcej?

- Strelau J., Zawadzki B., Kaczmarek M. (2009) (red.). *Konsekwencje psychiczne traumy: uwarunkowania i terapia*. Warszawa: Scholar.
- National Institute of Clinical Excellence (2005). *Posttraumatic Stress Disorder: The Management of PTSD in Adults and Children in Primary and Secondary Care*. London: National Collaborating Centre for Mental Health (<http://guidance.nice.org/CG26>).