

# Zespół stresu pourazowego i ostre zaburzenie stresowe

# 37

Douglas C. Johnson, PhD, John H. Krystal, MD, Steven M. Southwick, MD

TŁUMACZENIE: Jolanta Grzywa

## Zespół stresu pourazowego

### 🔍 PODSTAWY ROZPOZNANIA

#### Kryteria diagnostyczne DSM-IV

A. Osoba przeżyła traumatyczne wydarzenie, w którym wystąpiły następujące czynniki:

1. Doświadczenie, bycie świadkiem lub stanięcie w obliczu wydarzenia albo wydarzeń, które obejmowały śmierć, poważny uraz lub ich zagrożenie albo też zagrożenie fizycznej integralności danej osoby lub innych.
2. Reakcja obejmowała intensywne lęk, bezsilność lub przerażenie.

**Uwaga:** U dzieci może przejawiać się przez dezorganizowane lub pobudzone zachowanie.

B. Doświadczenie powodujące uraz jest uporczywie przeżywane ponownie w jeden (lub więcej) z następujących sposobów:

1. Powracające, natrętne i powodujące cierpienie wspomnienie zdarzenia, obejmujące obrazy, myśli i odczucia.

**Uwaga:** U małych dzieci mogą występować powtarzające się zabawy, w których przejawiają się tematy lub aspekty wydarzeń powodujących uraz.

2. Powracające, niepokojące sny na temat danego wydarzenia.

**Uwaga:** U dzieci mogą występować straszne sny bez rozpoznawalnej treści.

3. Działanie lub odczuwanie takich emocji, jakby wydarzenie powodujące uraz się powtarzało [obejmują poczucie ponownego przeżywania wydarzenia, złudzenia, omamy i dysocjacyjne epizody reminiscencji (*flashback*), te występujące przy przebudzeniu lub w stanie nietrzeźwym].

**Uwaga:** U małych dzieci może wystąpić ponowne odgrywanie roli specyficzne dla wydarzenia powodującego uraz.

4. Silny psychologiczny niepokój przy narażeniu na wewnętrzne lub zewnętrzne sygnały, które symbolizują albo przypominają traumatyczne wydarzenie.
  5. Psychologiczna reakcja na narażenie na wewnętrzne lub zewnętrzne sygnały, które symbolizują albo przypominają traumatyczne wydarzenie.
- C. Uporczywe unikanie bodźców związanych z wydarzeniem powodującym uraz oraz redukcja ogólnego reagowania (co nie jest zauważalne przed urazem) według wskazań trzech (lub więcej) następujących czynników:
1. Usiłowanie unikania myśli, uczuć lub rozmów związanych z wydarzeniem powodującym uraz.
  2. Usiłowanie unikania czynności, miejsc lub ludzi przywołujących wspomnienia urazu.
  3. Niezdolność do przywołania w pamięci istotnych aspektów urazu.
  4. Znaczne zmniejszenie zainteresowania lub uczestniczenia w istotnych czynnościach.

5. Poczucie oderwania lub wyobcowania w stosunku do innych.
  6. Ograniczony zakres odczuwanych emocji (np. niemożliwość odczuwania miłości).
  7. Poczucie braku perspektyw, jeśli chodzi o przyszłość (np. osoba nie oczekuje, że zrobi karierę, weźmie ślub, będzie miała dzieci lub długość jej życia będzie normalna).
- D. Uporczywe objawy wzmożonego pobudzenia (niewystępujące przed urazem) według wskazań dwóch (lub więcej) następujących czynników:
1. Trudności z zasypianiem lub kontynuowaniem snu.
  2. Nerwowość lub wybuchy gniewu.
  3. Trudności z koncentracją.
  4. Nadmierna czujność.
  5. Nadmierna reakcja na zaskoczenie.
- E. Długość utrzymywania się zaburzenia (objawów kryteriów B, C i D) wynosi ponad 1 miesiąc.
- F. Zaburzenie powoduje klinicznie znaczne cierpienie lub zaburzenie zawodowego, społecznego lub innych ważnych obszarów funkcjonowania.

(Przedrukowano za zgodą z: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edn., Text Revision. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000).

## Uwagi ogólne

Mimo wielu dowodów na występowanie długotrwałych i często upośledzających funkcjonowanie psychologicznych następstw narażenia na ekstremalne czynniki stresowe ewolucja zaburzenia stresowego pourazowego (*posttraumatic stress disorder* – PTSD) jako nowoczesnego rozpoznania nastąpiła stosunkowo niedawno. Zaburzenia podobne do PTSD były opisywane w czasie wojny secesyjnej w USA (zespół DaCosty, „żołnierskie serce”), w związku z wypadkami kolejowymi w późnych latach XIX wieku (wstrząs kręgosłupa – *railway spine*) oraz w czasie I i II wojny światowej (szok artyleryjski, nerwica traumatyczna, neurastenia, zespół ocalałych).

W latach 50. i 60. XX wieku debata koncentrowała się na kwestii, czy jest coś charakterystycznego w objawach psychiatrycznych pojawiających się po wyjątkowo stresujących wydarzeniach, które są wyrażane w kontekście stresów życia codziennego. Stąd też rozpoznanie znacznej reakcji stresowej pojawiło się we wstępnej wersji „Diagnostycznego i statystycznego podręcznika zaburzeń psychicznych” (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* – DSM), ale zostało wykluczone z DSM-II. W latach 80. XX wieku w ślad za zebraniem istotnych danych klinicznych z badań nad żołnierzami

z wojny w Wietnamie, badań ofiar molestowania seksualnego i fizycznego znęcania się oraz ofiar katastrof naturalnych, Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (*American Psychiatric Association*) wprowadziło kryteria diagnostyczne PTSD w formie, która jest zasadniczo zgodna z obecnie stosowanym schematem diagnostycznym. W przeciwieństwie do innych zaburzeń psychicznych PTSD jest orzekany na podstawie wystąpienia co najmniej jednego pojedynczego wydarzenia zewnętrznego, które spowodowało uraz. W DSM-III zdefiniowano uraz jako „przeżycie zdarzenia, które jest poza zakresem zwykłych doświadczeń ludzkich”. Jednak kolejne badania epidemiologiczne odkryły, że zdarzenia powodujące uraz są powszechne oraz że ponad połowa populacji w ciągu życia doświadczała takich zdarzeń, jak również, że czasem nawet tylko bycie świadkiem urazu może zapowiadać PTSD. W DSM-IV-TR określono dwa podkryteria – jedno obiektywne i jedno subiektywne – które muszą być spełnione, aby można było dokonać rozpoznania PTSD: A1) osoba doświadczyła, była świadkiem lub stała w obliczu zdarzenia lub zdarzeń, które obejmowały śmierć lub poważny uraz albo zagrożenie śmiercią lub poważnym urazem albo zagrożenie fizycznej integralności danej osoby lub innych; oraz A2) reakcja osoby obejmowała intensywny lęk, bezsilność lub przerażenie. Zmiana definicji zaburzenia powodującego uraz z tej używanej w DSM-III do używanej w DSM-IV poskutkowało w większym odsetku występowania PTSD w wielu badaniach epidemiologicznych. Raport z administracji zasiłków dla weteranów w roku fiskalnym 2005 wskazywał, że PTSD jest najdroższym dla administracji rozpoznaniem i trzecim pod względem częstotliwości wnioskiem o uznanie niepełnosprawności, obejmującym 4,2% wszystkich wniosków.

#### A. EPIDEMIOLOGIA

**Ogromne narażenie na stres** – Dane z największego do dziś badania epidemiologicznego dotyczącego zdrowia psychicznego wskazują, że większość Amerykanów jest narażona w ciągu życia co najmniej na jedno zdarzenie, które może spowodować uraz (kryterium A). Wyniki Narodowego Badania Współwystępowania (*National Comorbidity Study – NCS*), które obejmowało ankietę przeprowadzoną wśród 5877 Amerykanów (2812 mężczyzn i 3065 kobiet) w wieku 15-54 lat wykazały, że 60,7% mężczyzn i 51,2% kobiet stwierdziło, że doświadczyli co najmniej jednego niezwykle stresującego wydarzenia w ciągu życia. Spośród osób, które przeżyły co najmniej jedno takie zdarzenie większość mężczyzn (56,3%) i znaczny odsetek kobiet (48,6%) potwierdziły przeżycie wielu takich niezmiernie stresujących zdarzeń w ciągu życia.

Występowanie narażenia na ekstremalny stres było również przedmiotem badań w obrębie konkretnych populacji, takich jak mieszkańcy centrów miast, kobie-

ty i weterani wojenni. Na przykład w próbie obejmującej 4008 Amerykanek 69% respondentek doświadczyło co najmniej jednego takiego zdarzenia w ciągu życia. W innym badaniu stwierdzono występowanie narażenia na ogromny stres w populacji zamieszkującej centra dużych miast, które dotyczyło 92,2% u mężczyzn i 87,1% u kobiet.

Ostatnio w związku z atakami terrorystycznymi i wojennymi operacjami militarnymi w Iraku i Afganistanie w Stanach Zjednoczonych skoncentrowano więcej uwagi na występowaniu narażenia na ekstremalne bodźce stresowe. W badaniu przeprowadzonym na 3671 żołnierzach wojsk armii i marynarki amerykańskiej po 3-4 miesiącach po ich powrocie z Iraku i Afganistanu występowanie zagrażającego życiu zaangażowana militarnego było częstsze u wojsk rozmieszczonych w Iraku niż w Afganistanie: 30% żołnierzy z Afganistanu relacjonowało, że „widzieli martwych lub ciężko rannych albo zabitych Amerykanów”, podczas gdy 70% weteranów z Iraku miało te same przeżycia; 12% weteranów z Afganistanu zgłosiło „dotykanie lub odkrywanie szczątków ludzkich”, podczas gdy ponad połowa (54%) badanych weteranów z Iraku potwierdziła bezpośrednie obcowanie ze śmiercią w czasie wojny.

**Częstość występowania PTSD** – Mimo wszechobecności niezwykle stresujących wydarzeń życiowych jedynie u mniejszości osób, które je przeżywają, rozwija się PTSD. Na przykład w Narodowym Badaniu Powojennego Przystosowywania się Weteranów Wojny Wietnamskiej (*National Vietnam Veterans Readjustment Study – NVVRS*) połączono dane zebrane od 3016 osób, obejmujących 1632 weteranów pola bitwy, 716 weteranów z okresu wojny w Wietnamie, którzy nie walczyli na polu bitwy, oraz grupę ludności cywilnej ( $n = 668$ ) (Kulka, Schlenger, Fairbank, Hough, Jordan, Marmar i Weiss, 1990). Występowanie PTSD w ciągu całego życia w grupie weteranów wynosiło 31% u mężczyzn i 27% u kobiet; częstość występowania zaburzenia 20-25 lat po wojnie wynosiła odpowiednio 15% i 9%. Ogólnie spostrzeżenia te wskazują, że większość weteranów wojny w Wietnamie *nie* cierpiało z powodu nieprzystosowania lub PTSD, nawet pomimo faktu, że większość żołnierzy naznaczonych piętnem wojennym przeżyło powtarzający się i długotrwały stres. Niedawno przeprowadzona ponowna analiza NVVRS poprawiła pierwotną częstość występowania PTSD u weteranów wojny wietnamskiej z 30,9% na 18,7% w ciągu życia i 15,2-9,1% w danej chwili (Dohrenwend i wsp., 2006). Dla porównania, częstotliwość występowania PTSD w ciągu całego życia wśród dorosłych Amerykanów wynosi 7,8% pomimo 60,6% stopy narażenia u mężczyzn i 51,2% u kobiet. U weteranów wojennych pozostających jeszcze na służbie, częstotliwość występowania PTSD była zgodna z różnicą w narażeniu na

działania wojenne, 12,5% weteranów z Iraku i 6,2% weteranów z Afganistanu spełniało kryteria PTSD.

Częstotliwość występowania PTSD różni się w zależności od natury urazu. Na przykład przeżycie gwałtu skutkuje wysokimi wartościami występowania PTSD zarówno u mężczyzn (65%), jak i kobiet (46%), podczas gdy przeżycie wypadku drogowego jest związane z niższym wskaźnikiem PTSD (mężczyźni 25%, kobiety 13,8%). Częstotliwość występowania PTSD u weteranów wojennych bardzo różni się w zależności od tego, czy byli ranni (u 20% występuje PTSD), czy nie (u 3% występuje PTSD).

## B. ETIOLOGIA

Etiologia PTSD wydaje się obejmować wiele czynników psychologicznych, biologicznych i środowiskowych. W ramach prób zrozumienia nerwowych i behawioralnych mechanizmów należących do etiologii PTSD naukowcy wyróżnili cztery cechy PTSD.

**1. Warunkowanie strachem i uczenie** – *Dwuczynnikowy model* (Mowrer, 1947) jest kombinacją warunkowania klasycznego (Pawłowa) i operacyjnego (wzmocnienia). Warunkowanie klasyczne jest procesem łączenia w parę lub kojarzenia dwóch bodźców: wydarzenia powodującego uraz (bodziec bezwarunkowy, *unconditioned stimuli* – UCS) i związanego bodźca zmysłowego (bodziec warunkowy, *conditioned stimuli* – CS). Wskutek tego łączenia w parę wcześniej neutralny CS teraz wywołuje taką samą reakcję lękową [reakcja warunkowa, *conditioned response* – CR (i automatyczne pobudzenie)] jak UCS.

W przypadkach PTSD mogą wstępować bodźce specyficzne dla danego zmysłu (tj. klasyczne warunkowanie), jak również angażujące wiele zmysłów (tj. warunkowanie kontekstowe/instrumentalne) połączone z CR. Ponadto neurologiczne badania behawioralne wykazały, że warunkowanie klasyczne i kontekstowe są częściowo przenoszone przez różne rejony mózgu. Wiadomo, że warunkowanie klasyczne angażuje ścieżki wzgórza wzrokowego-jądra migdałowatego, podczas gdy warunkowanie kontekstowe następuje przez sygnał wejściowy do hipokampa i jądra migdałowatego z wyższych obszarów korowych. W przypadku warunkowania kontekstowego łączone są wielorakie i często złożone bodźce środowiskowe, które występują w momencie narażenia na bodziec wywołujący lęk (UCS). Na przykład po narażeniu na improwizowany ładunek wybuchowy (*improvised explosive device* – IED) na poboczu drogi w Iraku weteran może odczuwać lęk i automatyczne pobudzenie w czasie prowadzenia samochodu w USA, gdy odbiera specyficzne bodźce zmysłowe (np. głośny strzał tłumika) lub kontekstowe (np. gorąca droga gruntowa, śmieci na jej środku i zapach ropy naftowej), które wcześniej byłyby dla niego obojętne.

Według klasycznego modelu warunkowania wyuczona reakcja warunkowa w PTSD powinna zniknąć w okresie braku występowania narażenia na oryginalne wydarzenie powodujące uraz (UCS). Jednak unikanie lub zachowania i myśli o ucieczce często wywołują pożądaną przez pacjenta złagodzenie pobudzenia, tworząc przez to silne wzmocnienie (warunkowanie operacyjne) kontynuowanego unikania. Niezamierzoną konsekwencją u osób cierpiących na PTSD jest ograniczenie funkcji nowego uczenia się (zanik pobudzenia opartego na lęku).

**2. Przetwarzanie informacji** – Chociaż model bodziec (*stimulus* – S) → reakcja (*response* – R) wystarczająco wyjaśnia nabywanie warunkowania opartego na lęku, to jest nieadekwatny w tym, że bodziec nie zawsze wywołuje taką samą reakcję. Na przykład model S → R nie zawsze tłumaczy fakt, że dwoje ludzi doświadczających tego samego urazu reaguje w inny sposób. Model S → R został zmodyfikowany w celu wyjaśnienia rozbieżności reakcji na dany bodziec na model w postaci S → O → R (Eysenck, 1967), w której reakcja na dany bodziec jest zależna od cech organizmu. Głównym elementem modelu przetwarzania informacji jest ocena informacji związanych z wydarzeniem wywołującym uraz. Ocena urazu obejmuje złożone obszary przetwarzania informacji obejmujące odczuwaną przewidywalność wydarzenia, możliwość kontrolowania wydarzenia powodującego uraz, intensywność odczuwanych emocji, wartościowość emocji i osobiste znaczenie przypisane zdarzeniu. Na przykład osoby, które przypisują bardziej pozytywne znaczenie wydarzeniu powodującemu uraz zazwyczaj wykazują reakcje bardziej adaptacyjne.

Przetwarzanie emocji związanych z urazem jest szczególnie istotne w przypadku wspomnień unikających i niepożądanych. Według teorii przetwarzania emocji (Foa i Kozack, 1986) wspomnienia wydarzeń powodujących uraz są przechowywane wraz z powiązanymi (tj. warunkowanymi) sygnałami w sieciach informacyjnych zwanych „strukturami lęku”. Osoba z PTSD unika napotykania lub myślenia o urazie albo bodźcach z nim związanych w ramach próby unikania uaktywnienia skojarzeniowej sieci wspomnień związanych z urazem. Wierzy się, że niepożądane wspomnienia występują jako skutek niejawnego narażenia na jeden lub więcej sygnałów wywołujących strukturę strachu.

**3. Systemy neurobiologiczne** – W ramach prób wyjaśnienia PTSD lub konkretnych aspektów PTSD stworzono wiele neurobiologicznych modeli. Wśród nich najważniejsze są te obejmujące genetyczny polimorfizm związany z podatnością na stres (np. polimorfizm genu przenoszącego serotoninę). Dodatkowo wiele modeli obejmuje szkodliwe zmiany w zakresie obwodów lękowych, uczenia się i pamięci. Na przykład