

Małgorzata Machała

## SKUTECZNOŚĆ WYBRANYCH METOD WCZESNEJ INTERWENCJI KRYZYSOWEJ A ZAPOBIEGANIE PTSD — PRZEGLĄD BADAŃ I WSKAZÓWKI PRAKTYCZNE

### AN EFFICIENCY OF SELECTED EARLY INTERVENTION METHODS AND A PREVENTION OF PTSD — RESEARCH REVIEW AND PRACTICAL ISSUES

Poradnia Psychologiczno-Psychiatryczna PRO PSYCHE w Warszawie

Dyrektor: dr Agnieszka Ziolkowska

**crisis intervention  
PTSD  
debriefing**

*Artykuł, na podstawie przeglądu piśmiennictwa, zestawia opisy dwóch różnych metod zapobiegania PTSD: debriefingu oraz terapii poznawczo-behawioralnej. Analiza opublikowanych badań prowadzi do wniosku, że skuteczniejsza okazuje się interwencja poznawczo-behawioralna zastosowana kilka tygodni po traumatycznym wydarzeniu.*

**Summary.** Preventive function of early psychological intervention, offered after a traumatic event, is an important issue for researchers and practitioners from the mental health area. The most common form of early intervention is psychological debriefing, which aims to reduce the risk of posttraumatic stress disorder and other psychopathological consequences of trauma. Although it represents the most widely used method, there is little evidence supporting its continued use with individuals. It seems to be an appropriate initial intervention, but it does not serve a therapeutic or preventive function, as its authors assumed. Some studies have even shown its harmful impact on survivors. Basing on that, it is unclear what kind of psychological help should be offered in the aftermath of traumatic events, especially to prevent victims from developing chronic consequences. Similarly, there is a lack of clarity about the best way of identifying people who are unlikely to recover from early posttraumatic symptoms without intervention.

This article, inspired by the researches done by National Center for Post Traumatic Stress Disorder practitioners refers more and more to reports dealing with early cognitive-behavioral interventions. Conclusions from the collected researches are promising and seem to indicate a direction to those practitioners, who are interested in the preventive role of early psychological intervention. They show that evidence based Cognitive-Behavioural Therapy approaches are effective for people who are at risk of developing posttraumatic chronic psychopathology.

### Wstęp

Tematyka wczesnej interwencji psychologicznej, kierowanej do osób biorących udział w zdarzeniu traumatycznym, jest zagadnieniem istotnym zarówno dla badaczy, jak i praktyków zajmujących się problematyką zdrowia psychicznego. Najczęściej stosowana metoda wczesnej interwencji — *debriefing* (psychologiczna rekonstrukcja zdarzenia traumatycznego, prowadzona w postaci ustrukturalizowanego spotkania grupowego), stała się przedmiotem ożywionej dyskusji. Z jednej strony pojawiają się opinie zadowolonych beneficjentów *debriefingu* i badania potwierdzające skuteczność tej metody, z drugiej — coraz

więcej jest doniesień, że jej stosowanie nie zapobiega późniejszej psychopatologii, a nawet może zaostrzać problemy [1, 2]. Ta rozbieżność może być powodem do niezadowolenia dla praktyków poszukujących metod, które skutecznie przeciwdziałają wystąpieniu chronicznych konsekwencji zdarzeń traumatycznych, głównie zaburzeń stresowych pourazowych (posttraumatic stress disorder — PTSD).

### **Wzorzec reakcji na traumę**

Ryzyko wystąpienia zdarzeń traumatycznych jest bardzo wysokie, 60–90% zależnie od badań, rozpowszechnienie zaś zaburzeń stresowych pourazowych jest stosunkowo niskie, 8–9%, zależnie od badanej próby, metody oceny czy przyjętej metody diagnostycznej [3]. Wyniki badań prospektywnych pokazują, że większość ofiar zdarzeń traumatycznych prezentuje objawy charakterystyczne dla bardzo silnego stresu, jednak po upływie około 3 miesięcy od zdarzenia wracają oni do stanu względnej równowagi. Jeśli tak się nie stanie, z dużym prawdopodobieństwem rozwinię się u nich chroniczna postać zaburzeń pourazowych [4, 5, 6]. Z przytoczonych danych można wyciągnąć wnioski potwierdzające fundamentalny wzorzec odpowiedzi na traumę, zgodnie z którym większość uczestników potencjalnie traumatycznego zdarzenia ulegnie, ograniczonej czasowo, silnej reakcji stresowej i może wymagać wsparcia w radzeniu sobie z tą sytuacją. Natomiast bardziej utrwalone problemy, wymagające interwencji terapeutycznej (tj.: depresje, zaburzenia stresowe pourazowe, problemy w relacjach) pojawią się u znacznie mniejszej części osób doświadczających zdarzeń traumatycznych.

### **Identyfikowanie osób wymagających interwencji (wskaźniki i mechanizmy ryzyka rozwoju zaburzeń pourazowych)**

Autorzy *debriefingu* oraz stosujący go specjaliści pomagają uczestnikom zdarzenia traumatycznego dokonać jego emocjonalnej i poznawczej rekonstrukcji, mając nadzieję, że w ten sposób zapobiegą utrwaleniu się u ofiar jego negatywnych konsekwencji. Niestety, wychodząc z założenia, że każda osoba narażona na działanie zdarzenia krytycznego będzie miała zaburzenia pourazowe, oferują wszystkim ten sam „zestaw pomocowy”, co niesie ryzyko bagatelizowania wpływu czynników współwystępujących (osobowościowych czy społecznych zasobów), które indywidualizują odpowiedź na traumę [1, 2].

Model procesu adaptacji potraumatycznej, wypracowany przez McFerlane'a i Yehudę [za: 3], sugeruje, że PTSD nie rozwija się jako bezpośrednie następstwo zdarzenia traumatycznego, ale raczej wyłania się z silnej reakcji pourazowej uruchamianej przez to zdarzenie. Jeśli więc przyjmiemy, że chroniczne PTSD jest wynikiem braku możliwości poradzenia sobie z ostrą reakcją na traumę, a nie samej traumy, to nasza uwaga, w zakresie działań prewencyjnych, powinna kierować się bardziej na konieczność identyfikowania czynników zwiększających ryzyko utrwalenia się zaburzeń. Ich znajomość pomogłaby praktykom interwencji kryzysowej we wcześniejszej identyfikacji tych uczestników zdarzeń traumatycznych, którzy wymagają konsekwentnie prowadzonej interwencji terapeutycznej.

W dotychczasowych badaniach podkreślało się znaczenie 3 grup czynników, które mogą mieć wpływ na utrwalanie się zaburzeń pourazowych: czynników przedtraumatycznych, czynników występujących w trakcie zdarzenia oraz okoliczności życiowych po

zdarzeniu [za: 7]. Za istotne wskaźniki rozwoju PTSD uznawane są m.in.: reaktywność sercowo-naczyniowa, występujące wcześniej zaburzenia z osi I i II, wcześniejsze symptomy depresyjne, unikowe techniki radzenia sobie, cecha neurotyzmu, doświadczanie traumy w przeszłości [8, 9, 10]. Litz, Gray, Bryant i Adler [7], podsumowując przegląd badań z tego obszaru, dzieli je na dwie główne grupy: wskaźniki ryzyka i mechanizmy ryzyka.

**Wskaźniki ryzyka** to charakterystyki związane z osobą, które mogą świadczyć o mniejszej odporności na traumę. Jako najistotniejsze autorzy wymieniają:

- **Doświadczenie traumy w przeszłości** — wcześniejsza trauma zwiększa wrażliwość na kolejne zdarzenie traumatyczne i tym samym potencjalną siłę jego oddziaływania; ocena historii wcześniejszych przeżyć traumatycznych powinna być brana pod uwagę.
- **Wystąpienie ostrej reakcji na stres (acute stress disorder — ASD)** jest diagnozowane u osób doświadczających symptomów wyraźnego dystresu, tj.: ponowne przeżywanie, unikanie wspomnień i wzmożone pobudzenie w czasie 2 dni — 4 tygodni po wystąpieniu zdarzenia traumatycznego. Postawienie rozpoznania wymaga też wystąpienia przynajmniej trzech z następujących symptomów dysocjacji: odrętwienie, zmniejszona orientacja w otoczeniu, poczucie derealizacji, depersonalizacji i amnezja dysocjacyjna [11]. Brewin i wsp. [za: 7] zanotowali, że w prowadzonych przez nich badaniach z udziałem ofiar przestępstw najbardziej efektywnym predyktorem PTSD były symptomy ponownego przeżywania i nadmiernego pobudzenia, a nie powszechnie wskazywana dysocjacja.

Za **mechanizmy ryzyka** Litz i wsp. [7] uważają te cechy osoby bądź sytuacji około- i potraumatycznej, które tworzą niesprzyjające warunki do wyjścia z kryzysu. Zaliczają do nich:

- **Brak wsparcia społecznego** — wystąpienie silnej traumy powoduje u wielu osób zaburzenie relacji interpersonalnych bądź sposobów radzenia sobie przy pomocy osób z otoczenia (Charlton, Thompson; Riggs, Byrne, Weathers, Litz; Tarrier, Pilgrim, Sommerfield [za: 7]), zasady wczesnej interwencji powinny więc uwzględniać systematyczną ocenę wsparcia i umiejętności poszukiwania go oraz nakładać na służby kryzysowe konieczność pomocy uczestnikom zdarzeń traumatycznych w nabyciu umiejętności korzystania ze wsparcia społecznego.
- **Wzmożone pobudzenie** — badania Shaleva i wsp. [12] dowodzą, że u osób o zwiększonym rytmie uderzeń serca, mierzonym po wystąpieniu zdarzenia traumatycznego, znacznie częściej rozwijają się symptomy PTSD, niż u osób o niższym rytmie. Okazał się on lepszym predyktorem PTSD niż wiek, płeć czy historia wcześniejszej traumy. Wzmożona akcja serca wpływa negatywnie na zdolność jednostek do korzystania z odpoczynku i snu, prowadzi do nasilenia dystresu i pobudzenia.
- **Zasoby potraumatyczne** — zdarzenie traumatyczne pociąga za sobą utratę różnych zasobów (dóbr materialnych, warunków życiowych, zasobów własnych, tj. poczucia własnej wartości, percepcji własnej kompetencji). Propagowana przez Hobfolla, Dunahoo i Monnier [za: 7] teoria ochrony zasobów sugeruje, że taka utrata jest dla jednostki źródłem silnego stresu. Uczestnik zdarzenia traumatycznego może być niezdolny do odnoszenia korzyści z pomocy psychologicznej, jeśli jego głównym zmartwieniem jest konieczność zapewnienia poczucia bezpieczeństwa sobie i bliskim, potrzeba poszuki-

wania schronienia czy problemy finansowe. Do podobnych wniosków doszedł Orner [za: 13] podsumowując obserwacje praktyków wczesnej interwencji, niosących pomoc psychologiczną uczestnikom trzęsienia ziemi w Turcji. Ofiary przywiązywały znacznie mniejszą wagę do wsparcia o charakterze psychologicznym, gdyż ich uwaga skupiona była na aspektach praktycznych, tj.: zapewnieniu pożywienia, bezpieczeństwa, opieki dla dzieci czy schronienia. Płyną z tego praktyczne wskazówki dla osób zajmujących się interwencją — konieczna jest rzetelna ocena utraconych zasobów oraz nieprzystosowanych sposobów radzenia sobie, których wystąpienie znacznie zwiększa ryzyko powikłań ASD czy PTSD.

Litz, Gray, Bryant i Adler [7] sądzą, że kolejne zmienne, takie jak: wiek, płeć i poziom inteligencji, powinny być brane pod uwagę w modyfikowaniu procesu wczesnej interwencji, ale nie wydają się dobrymi wskaźnikami jeśli chodzi o identyfikowanie osób szczególnie narażonych na rozwinięcie się u nich chronicznych objawów. Sugerują, że dokładne zbadanie czynników zwiększających ryzyko PTSD pomoże wyłonić kryteria identyfikowania jednostek, u których wystąpienie długotrwałych problemów jest bardziej prawdopodobne.

### **Metody wczesnej interwencji psychologicznej stosowane po zdarzeniu traumatycznym**

Zgodnie z pierwotnym założeniem, wczesna interwencja miała przede wszystkim stabilizować stan uczestników zdarzeń traumatycznych i umożliwić im jak najszybszy powrót do normalnego funkcjonowania. Wzrost liczby katastrof w latach 80. spowodował skupienie uwagi specjalistów na prewencyjnej roli wczesnej interwencji i poszukiwaniu efektywnych metod przeciwdziałania długotrwałym negatywnym skutkom zdarzeń traumatycznych. W literaturze wymienia się wiele metod wczesnej interwencji: interwencję kryzysową, techniki redukcji stresu, krótkotrwałe interwencje poznawcze, *debriefing*, techniki ekspresyjne, farmakoterapię [14, 15].

Najpowszechniejszy obecnie jest *debriefing*, który wprowadzono jako metodę grupowego wsparcia psychologicznego dla personelu ratowniczego. Jest on elementem kompleksowego systemu wsparcia (Critical Incident Stress Management — CISM) kierowanego do szerszej grupy odbiorców (pracowników służb mundurowych i ratunkowych, świadków, pracowników linii lotniczych oraz rodzin ofiar) [16].

W ostatnich latach, jako formę wczesnej interwencji, stosuje się terapię poznawczo-behawioralną. Badania rozpatrujące jej zastosowanie w leczeniu uczestników zdarzeń traumatycznych przynoszą obiecujące rezultaty, jeśli chodzi o zapobieganie późniejszej psychopatologii.

### **Debriefing**

Tematyka, przebieg i cele istniejących form *debriefingu* różnią się znacznie. Ich wspólną cechą jest to, że mają charakter ustrukturalizowanego spotkania grupowego i prowadzone są w krótkim czasie po zdarzeniu traumatycznym [16]. Najbardziej rozpowszechnionym modelem *debriefingu* jest model Mitchella (Critical Incident Stress Debriefing — CISD) [17], choć znane są także inne [18].

Z uwagi na fakt, że sesja CISD przebiega wg określonego planu, spotkanie ma raczej charakter psychologicznej rekonstrukcji zdarzenia niż swobodnej dyskusji [16, 17]. W prawidłowo przeprowadzonej sesji powinno wystąpić siedem etapów:

- faza wprowadzenia — przedstawienie zasad spotkania przez facylitatora,
- faza faktów — opisanie zdarzenia traumatycznego przez uczestników,
- faza myśli — dzielenie się myślami pojawiającymi się w trakcie zdarzenia,
- faza reakcji — dzielenie się reakcjami emocjonalnymi w odpowiedzi na zdarzenie, emocjami pojawiającymi się w trakcie spotkania oraz przypisywanie znaczenia przeżytym doświadczeniom; normalizowanie symptomów oraz integrowanie doświadczeń,
- faza symptomów — dyskusja na temat indywidualnych reakcji stresowych,
- faza nauczania — uczenie uczestników metod radzenia sobie ze stresem,
- faza zakończenia — podsumowanie przebiegu sesji oraz poinformowanie o dodatkowych dostępnych źródłach pomocy.

Celem CISD jest zmniejszenie negatywnych konsekwencji zdarzenia traumatycznego poprzez: przekazanie wiedzy o stresie i metodach radzenia sobie, łagodzenie objawów stresu, zachęcenie do dzielenia się emocjami i doświadczeniami ze zdarzenia oraz dostarczenie informacji o dalszych dostępnych interwencjach, jeśli są one wymagane. Sesja CISD z reguły trwa około 3 godzin i prowadzona jest od 24 do 72 godzin po zdarzeniu.

Istnieje wiele powodów, dla których *debriefing* jest najbardziej popularną techniką wsparcia psychologicznego wykorzystywaną w trakcie wczesnej interwencji kryzysowej. Oto kilka z nich:

- prostota jego procedury, która może być wykorzystywana przez personel z minimalnym doświadczeniem w zakresie interwencji kryzysowej [19],
- atrakcyjność tej metody dla służb interwencyjnych, gdyż umożliwia dzielenie się trudnymi przeżyciami bez nazywania tego procesu interwencją kliniczną,
- pozytywne opinie uczestników, którzy podkreślają jego skuteczność w redukowaniu symptomów stresu oraz ogólną poprawę samopoczucia [16], możliwość wyrażenia emocji związanych ze zdarzeniem, odzyskania poczucia kontroli, przezwyciężenia poczucia bezsilności oraz winy [20].

Skuteczność *debriefingu* wielokrotnie poddawana była weryfikacji. Część badań wskazuje na jego przydatność jako metody wsparcia psychologicznego po zdarzeniach traumatycznych. Podkreślają one korzyści takie, jak: redukcję symptomów stresu, lepsze zrozumienie zdarzenia traumatycznego, zmianę postawy w kierunku dostrzegania pozytywnych aspektów zdarzenia, znaczne obniżenie wyników w skali IES (Impact of Event Scale) badającej siłę wpływu zdarzenia traumatycznego na uczestnika, oraz zmniejszenie nasilenia objawów depresji i lęku.

Istnieje też wiele badań, które podważają skuteczność *debriefingu*, a nawet wskazują na negatywne konsekwencje jego stosowania. Podkreślają one: nieskuteczność pojedynczej sesji *debriefingu*, zwiększanie poziomu intruzji i unikania u badanych osób po dłuższym czasie od zdarzenia oraz nasilenie dystresu, lęku i eliminację ochronnej roli mechanizmu unikania jako metody radzenia sobie, zwiększenie trudności adaptacyjnych czy wzrost ryzyka rozwoju PTSD w perspektywie długofalowej. Szczegóły powyższych badań dostępne są w przeglądach badań [7, 16, 21, 22, 23].

Niestety, wiele badań nad skutecznością *debriefingu*, zarówno potwierdzających, jak i negujących tę skuteczność, ma sporo nieścisłości metodologicznych. Potrzebne są zatem dalsze rozstrzygnięcia, w celu jednoznacznego określenia przydatności tej metody. Nie bez znaczenia pozostaje też kwestia właściwego stosowania procedury *debriefingu* (zdarzały się przypadki, w których prowadzący próbowali „wzbogacić” sesje elementami terapii, co przyniosło skutki odwrotne do oczekiwanych) [19].

Niezależnie od powyższych wniosków, warto jednak zwrócić uwagę na pewien aspekt, który wydaje się szczególnie niepokojący w świetle rozważań nad prewencyjną rolą wczesnej interwencji. Stosowanie *debriefingu* na skalę masową utrudnia uwzględnienie indywidualnych potrzeb osób po przeżytej traumie, wynikających ze zróżnicowanego tempa wychodzenia z kryzysu. Może to prowadzić do zaburzenia procesu powrotu do równowagi (*self-healing*) u poszczególnych uczestników. Biorąc pod uwagę ewentualne zagrożenia, warto rozważyć, czy *debriefing* spełnia swą rolę w zapobieganiu rozwojowi negatywnych skutków zdarzeń traumatycznych, oraz zastanowić się, co powinniśmy uwzględnić doskonaląc zasady wczesnej interwencji psychologicznej.

Ze względu na powyższe wątpliwości Litz, Gray, Bryant i Adler [7] poddali pod dyskusję kilka zagadnień.

Po pierwsze — jaka powinna być rola CISD? Udział w CISD może działać, jak swego rodzaju filtr identyfikujący osoby cierpiące na objawy ostrego stresu pourazowego albo mające niewystarczające zasoby do radzenia sobie. Biorąc jednak pod uwagę wyniki badań wskazujące na możliwość zaostrzenia objawów stresu po sesji *debriefingu*, nasuwa się sugestia, aby diagnoza taka była dokonywana wcześniej, przed przydzieleniem osób do grupy *debriefingowej*.

Po drugie — *debriefing* jako potencjalne źródło dodatkowego stresu. Jednym z prowadzących sesję jest zwykle osoba ze środowiska (miejsca pracy, lokalnej społeczności) uczestników, co wydaje się mieć swoje dobre strony ze względu na lepsze rozumienie kultury i zasad panujących w danym miejscu. U niektórych uczestników sesji obecność osoby z bliskiego otoczenia może jednak wywoływać poczucie dyskomfortu w obawie przed negatywną oceną.

Po trzecie — czy zachowane są procedury CISD? Zalecenia podkreślają dobrovolność udziału. Warto się zastanowić, czy zaproszeni na sesję rzeczywiście mają szansę odmówić, czy też presja kultury organizacji bądź przełożonego sprawiają, że niektórzy bywają zmuszeni do uczestnictwa, co może powodować frustrację, brak poczucia kontroli i wtórną wiktyimizację.

Po czwarte — kwestia doboru uczestników grupy. Formalnie jest to technika stworzona dla grup ratunkowych, jakkolwiek wskazuje się ją także jako technikę właściwą dla świadków zdarzeń traumatycznych i przypadkowych przechodniów. Dokonuje się rozróżnienia na bezpośrednie oraz pośrednie ofiary traumy, jednakże zasady podziału są niejasne. Model CISD zakłada, że bezpośrednie ofiary traumy nie są dobrą grupą docelową, ponieważ silne objawy mogą sprawiać, że proces będzie dla nich niewystarczający, a nawet niewłaściwy. *Debriefing* wystrzega się jednak formalnej oceny stanu psychicznego i podkreśla niekliniczną naturę interwencji, co w konsekwencji prowadzi do tego, że w grupie mogą się znaleźć zarówno osoby z bardzo niskim ryzykiem wystąpienia u nich objawów chronicznego PTSD, jak i osoby z ostrymi symptomami stresu.

### Terapia poznawczo-behawioralna jako metoda wczesnej interwencji

Warto przytoczyć kilka ostatnich badań dotyczących wczesnej interwencji poznawczo-behawioralnej, która jako metoda prewencyjna wydaje się metodologicznie lepiej uzasadniona niż *debriefing*.

Foa, Hearst-Ikeda i Perry [24] porównali rozwój symptomów w grupie kobiet, będących ofiarami gwałtu lub ciężkiego pobicia, które uczestniczyły w 4 sesjach interwencji poznawczo-behawioralnej, z grupą kontrolną, poddaną jedynie ocenie (*assessment*). Badane kobiety dobrano pod kątem intensywności symptomów, typu i ciężkości napadu, danych demograficznych i czasu, który upłynął od napadu. Podczas pierwszej sesji CBT ofiary były edukowane w zakresie typowej reakcji posttraumatycznej i tworzyły listę unikanych aktywności i sytuacji. Druga sesja skupiała się na wprowadzaniu argumentacji na rzecz terapii ekspozycyjnej oraz uczeniu technik relaksacyjnych. Trening nagrano na kasetę, aby pacjentki mogły odtwarzać go w domu pomiędzy sesjami. Na sesji trzeciej i czwartej przeprowadzono ekspozycję wyobraźniową oraz poznawczą rekonstrukcję zdarzenia. Ofiary zostały poproszone o zamknięcie oczu, możliwie wierne odtworzenie wspomnień z napadu i opisanie ich na głos w czasie terażniejszym. Powtarzały one tego rodzaju ekspozycję codziennie korzystając również z nagranej kasyety. Dodatkowo zachęcano je do konfrontowania się z wybranymi unikanyymi sytuacjami. Zapisywane w dzienniczku negatywne myśli, uczucia i zniekształcenia poznawcze pomagały śledzić proces terapeutyczny. Dwa miesiące po zdarzeniu kobiety z grupy CBT zgłaszały istotnie mniej symptomów PTSD niż osoby z grupy kontrolnej. W ponownej ocenie po pięciu i pół miesiącach u kobiet z grupy CBT stwierdzono znacznie mniejszą liczbę symptomów depresyjnych, choć nie było różnicy w liczbie symptomów PTSD. Bezwzględne wartości w kwestionariuszach symptomów PTSD były znacznie niższe u kobiet po interwencji poznawczo-behawioralnej, jednak mała liczebność badanej próby nie pozwalała na wyciąganie wniosków na odpowiednim poziomie istotności statystycznej.

Bryant i Harvey [za: 19] również odnotowali sukces w zastosowaniu terapii poznawczo-behawioralnej u osób, które doświadczyły traumatycznych zdarzeń. Interwencja skierowana była do osób ze zdiagnozowanym ASD. Uczestnikami badania były osoby po wypadku komunikacyjnym lub przemysłowym, które losowo przydzielono do grupy z terapią poznawczą i grupy z terapią wspierającą (*supportive counselling*). Każda z grup wzięła udział w pięciu cotygodniowych, trwających 1,5 godziny, spotkaniach. Osoby z grupy CBT zdobyły wiedzę o typowej reakcji posttraumatycznej, stosowały trening relaksacji, przeprowadziły ekspozycję wyobraźniową, stopniowaną ekspozycję *in vivo* oraz poznawczą rekonstrukcję zdarzenia. Każda z 4 ostatnich sesji zawierała około 40-minutową ekspozycję wyobraźniową. Ponadto pacjenci zachęcani byli do codziennego jej prowadzenia pomiędzy sesjami terapeutycznymi. Osoby, wobec których zastosowano terapię wspierającą, zdobyły wiedzę o reakcji posttraumatycznej oraz nauczyły się ogólnego treningu radzenia sobie w kontekście wsparcia interpersonalnego. Ocena dokonana po badaniu i ponowna ocena po 6 miesiącach wykazały, że grupa CBT wykazywała istotnie mniejszą liczbę symptomów PTSD, w porównaniu z grupą otrzymującą wsparcie. Po 6 miesiącach grupa CBT wykazywała dodatkowo znacznie mniejszą liczbę symptomów depresyjnych, podobnie jak w cytowanych badaniach Foa i wsp. [24].

W kolejnym badaniu przeprowadzonym przez Bryanta i Harvey [za: 19] porównano skuteczność różnych procedur wykorzystujących techniki poznawcze z terapią wspierającą. Przypisali oni losowo 45 badanych osób do 3 grup: z CBT (przedłużona ekspozycja, terapia poznawcza oraz radzenie sobie z lękiem *anxiety management*), z przedłużoną ekspozycją z terapią poznawczą oraz wyłącznie z terapią wspierającą. Po 6 miesiącach PTSD obserwowano u 20% osób poddanych obu rodzajom aktywnej terapii poznawczej i aż u 67% w grupie otrzymującej jedynie wsparcie.

Ehlers i wsp. [25] sprawdzili, która z metod: terapia poznawcza czy autoterapia za pomocą broszury (*selfhelp booklet*) jest bardziej skuteczna w zapobieganiu chronicznemu PTSD u osób po niedawno przeżytej traumie. Osoby badane były po wypadkach samochodowych, przejawiały symptomy PTSD w początkowych miesiącach po zdarzeniu oraz spełniały kryteria predykcyjne wystąpienia chronicznego PTSD. Pierwsze 3 tygodnie interwencji polegały na samoobserwacji. Osoby, które nie wróciły do równowagi psychicznej zostały losowo przydzielone do 3 grup: z terapią poznawczą, autoterapią (*selfhelp booklet*), opartą na terapii poznawczej ze wsparciem edukacyjnym i motywacyjnym klinicystów, oraz z powtarzaną oceną symptomów (*repeated assessment*). Terapia poznawcza okazała się efektywnym sposobem wczesnej interwencji w przypadku wystąpienia wczesnych symptomów posttraumatycznych. Z całej grupy poddanej badaniu w fazie samoobserwacji do równowagi powróciło 12% próby. U pozostałych osób zastosowanie terapii poznawczej spowodowało większą redukcję objawów PTSD, depresji, lęku i upośledzenia funkcjonowania niż stosowanie broszury czy powtarzana diagnoza. Po 9 miesiącach znacznie mniejszy procent osób badanych z grupy poddanej terapii poznawczej przejawiał symptomy PTSD (11%), w porównaniu z grupą, w której zaproponowano autoterapię na podstawie specjalnej broszury (61%) czy zastosowano powtarzaną diagnozę (55%). Samodzielna praca z broszurą okazała się techniką nieskuteczną. Kombinacja podwyższonych symptomów silnego stresu i braku sukcesu fazy samoobserwacji okazała się skuteczna w identyfikowaniu osób z wczesnymi symptomami PTSD, które mają małe szanse na dojście do równowagi bez zastosowania jakiegokolwiek interwencji terapeutycznej.

Bisson, Shepherd i Joy [26] sprawdzili skuteczność terapii poznawczo-behawioralnej zastosowanej krótko po wypadku samochodowym, w redukcji symptomów zaburzeń posttraumatycznych. Diagnoza dokonana w 13. miesiącu pokazała, że wczesna interwencja poznawczo-behawioralna spowodowała znaczącą redukcję symptomów PTSD mierzonych za pomocą IES (Impact of Event Scale), w porównaniu ze standardową opieką oferowaną pacjentom w trakcie hospitalizacji.

### Podsumowanie

Badania weryfikujące efektywność procedur poznawczo-behawioralnych w leczeniu osób po przeżyciach traumatycznych przynoszą obiecujące rezultaty, jeśli chodzi o zapobieganie rozwojowi zaburzeń posttraumatycznych. Co ciekawe, procedury CBT mają wiele wspólnych elementów z procedurą *debriefingu*. Oba podejścia zawierają element edukacyjny, uczą umiejętności radzenia sobie ze stresem i lękiem. Biorąc pod uwagę znaczne podobieństwo metodologiczne warto się zastanowić, skąd taka znaczna różnica w skuteczności obu podejść? Jak donoszą Litz i wsp. [7] sedno może tkwić w większym



nacisku kładzionym na systematyczne uwalnianie się od traumatycznych wspomnień oraz w stopniowanej ekspozycji na unikane sytuacje i czynności w przypadku CBT.

Wyniki badań nad skutecznością *debriefingu* wskazują, że jednorazowa ekspozycja na wspomnienia traumatyczne nie działa terapeutycznie. Powoduje podwyższenie pobudzenia i dystresu, nie daje wystarczająco dużo czasu na wygaśnięcie negatywnych emocji, co w konsekwencji może powodować zaburzenie naturalnego procesu wychodzenia z kryzysu. Przytoczone wyniki badań nie świadczą o nieskuteczności wczesnej interwencji jako takiej. Pozwalają raczej zrozumieć, że pośpiesznie prowadzona, bądź niekompletna, ekspozycja charakteryzująca tradycyjne podejście *debriefingu*, może być krzywdząca dla ofiar. W badaniach nad skutecznością interwencji poznawczo-behawioralnej znacznie większą wagę przywiązywano do systematycznej poznawczej rekonstrukcji zdarzenia, powtarzanej przez kilka sesji.

Drugim wyraźnym czynnikiem różnicującym *debriefing* i CBT jest czas zastosowania interwencji. W *debriefingu* kładzie się nacisk na jak najwcześniejszą reakcję. W terapii poznawczo-behawioralnej zaleca się szczegółową obserwację i rozpoczęcie terapii co najmniej po kilku dniach, a nawet tygodniach. Brewin [27] sugeruje nawet, że poza asystowaniem ofiarom w naturalnym procesie wychodzenia z kryzysu niewskazane są bardziej aktywne formy interwencji w ciągu nawet kilku tygodni po zdarzeniu. Jednocześnie kładzie nacisk na stałe monitorowanie procesu wychodzenia z kryzysu i wykrywanie utrzymujących się problemów adaptacyjnych. Podobne rozwiązania zakłada model psychologicznej pierwszej pomocy (*psychological first aid*) Freemana i wsp. [28]. Sugerują oni, by kłaść nacisk na zapewnienie bezpieczeństwa, potrzeb natury fizjologicznej i edukacji, a interwencję psychologiczną stosować dopiero, jeśli problem utrzymuje się nadal po 3–4 tygodniach od zdarzenia. Zastosowanie *debriefingu* wyłącznie wobec ofiar, u których objawy utrzymują się po tym czasie, zmniejszyłoby ryzyko zakłócenia procesu samoczynnego zdrowienia ofiar [14].

Kolejną różnicą jest sama forma: praca indywidualna versus interwencja grupowa. W przypadku zdarzeń traumatycznych o dużym zasięgu i sile rażenia, opieki wymagają duże społeczności, więc grupowa interwencja jest metodą z wyboru. Interwencja grupowa wykorzystująca procedurę *debriefingu* może natomiast stanowić doskonałe źródło wsparcia społecznego, którego znaczenie dla zapobiegania późniejszej psychopatologii podkreśla wielu badaczy, m.in. cytowani Litz i wsp. [7], a także Kaniasty [29], który pokazuje mechanizm i konsekwencje deterioracji wsparcia społecznego po katastrofach. Przewagą interwencji indywidualnej jest jednak znacznie lepsza możliwość dopasowania właściwych metod pracy do etapu wychodzenia z kryzysu w przypadku poszczególnych osób. Stąd tak istotne zwrócenie uwagi na mechanizmy pomagające w identyfikacji osób, które takiej interwencji szczególnie potrzebują.

Chcąc uwzględnić wnioski płynące z powyższych rozważań, specjaliści zajmujący się zdrowiem psychicznym ofiar zdarzeń traumatycznych powinni dołożyć większych starań, aby procedury stosowanych technik interwencyjnych były starannie przestrzegane. Powinni także doskonalić techniki pozwalające na lepszą identyfikację osób o zwiększonym ryzyku wystąpienia chronicznego PTSD i zapewnić im indywidualną pomoc, dostosowaną do indywidualnego tempa wychodzenia z kryzysu. Mechanizmem wyboru powinna być rzetelna ocena stanu psychicznego każdej osoby wystawionej na działanie potencjalnie

traumatyzującego zdarzenia, pod kątem ciężkości objawów, siły ekspozycji, posiadanych zasobów, a także poprzednich reakcji na traumę. Umożliwi to oferowanie osobom, szczególnie narażonym na utrwalenie się objawów, pomocy w postaci konsekwentnie prowadzonej, wczesnej interwencji terapeutycznej.

Dobór indywidualnych metod postulują też Everly i Mitchell [30] w CISM (*critical incident stress management*), czego zdają się nie dostrzegać ich krytycy. System ten zakłada działania kompleksowe: od psychologicznego przygotowania osób do funkcjonowania w warunkach kryzysu poprzez zapewnienie wsparcia w trakcie samego incydentu oraz *debriefingu* po jego zakończeniu, po działania następcze w postaci konsultacji z pracownikami/rodzinami oraz kierowanie osób szczególnie narażonych na wystąpienie zaburzeń posttraumatycznych do odpowiednich placówek ochrony zdrowia psychicznego. Everly i Mitchell podkreślają także, że aby zapewnić wysoką skuteczność interwencji kryzysowej, *debriefing* nie powinien być stosowany w oderwaniu od innych technik wsparcia psychologicznego, szczególnie wobec osób po silnej traumie. Osoby takie powinny być potraktowane indywidualnie i odesłane do placówek zdrowia psychicznego celem prowadzenia dalszej terapii [31]. Warto zwrócić uwagę na fakt, że tak rozumiany *debriefing* może być doskonałą metodą, umożliwiającą ocenę stanu psychicznego poszkodowanych. Dzięki udziałowi w sesji osoba zagrożona wystąpieniem ostrej reakcji na stres może być szybko zdiagnozowana oraz w razie potrzeby uzyskać łatwy dostęp do specjalisty.

Wnioski wynikające z niniejszego artykułu są zbieżne z wytycznymi proponowanymi przez NCPTSD [15, 31]. Podkreślają one, że wczesna interwencja powinna przebiegać zgodnie z charakterem reakcji uczestników na zdarzenie kryzysowe i uwzględniać kolejno:

- 1) konkretną pomoc, zapewnienie pożywienia, bezpieczeństwa, schronienia
- 2) łagodzenie skrajnych emocji i zwiększenie poczucia kontroli nad sytuacją
- 3) towarzyszenie w systematycznym przepracowaniu wspomnień związanych z traumą
- 4) leczenie konkretnych zaburzeń będących następstwem zdarzenia, tj. ASD, depresji, lęku.

Faberow i Gordon [za: 31] potwierdzają także, że każdy z tych etapów jest odzwierciedleniem modelu reakcji na katastrofę, a więc wymaga innego rodzaju wsparcia o charakterze psychologicznym. Jako metodę o charakterze terapeutycznym, zapobiegającą utrwaleniu się symptomów zaburzeń pourazowych, proponuje się interwencję poznawczo-behawioralną stosowaną po kilku tygodniach od zdarzenia. W przypadku braku tolerancji technik CBT, proponuje się zastosowanie terapii wspierającej do czasu aż ofiara będzie w stanie zmierzyć się z niektórymi, trudnymi emocjonalnie technikami CBT, tj. ekspozycją.

### Piśmiennictwo

1. Bisson JL, McFarlane A, Rose S. Psychological debriefing. W: Foa EB, McFarlane A, Friedman M, red. *Effective treatments for PTSD*. New York: Guilford Press; 2000, s. 39–59.
2. Gist R, Woodall S. There are no simple solutions to complex problems. W: Violanti JM, Douglas P, red. *Post-traumatic stress intervention*. Springfield, IL: Charles C Thomas; 2000.
3. Lis-Turlejska M. Stres traumatyczny. Występowanie, następstwa, terapia. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „Żak”; 2002.
4. Blanchard EB, Hickling EJ, Taylor AE, Loos W, Forneris C, Jaccard J. Who develops PTSD from motor vehicle accidents? *Beh. Res. Ther.* 1996; 34: 1–10.

5. Riggs DS, Rothbaum BO, Foa EB. A prospective examination of symptoms of posttraumatic stress disorder in victims on nonsexual assault. *J. Interper. Viol.* 1995; 10: 201–213.
6. Rothbaum BO, Foa EB, Riggs DS, Murdock T, Walsh W. A prospective examination of post-traumatic stress disorder in rape victims. *J. Traum. Stress.* 1992; 5: 455–475.
7. Litz BT, Gray MJ, Bryant R, Adler AB. Early intervention for trauma: current status and future directions. *Clin. Psychol. Science Pract.* 2002; 9(2): 112–134.
8. Barton KA, Blanchard EJ, Hickling EJ. Antecedents and consequences of acute stress disorder among motor vehicle accident victims. *Beh. Res. Ther.* 1996; 34: 805–813.
9. Harvey AG, Bryant RA. Acute stress disorder following mild traumatic brain injury. *J. Nerv. Ment. Dis.* 1998; 186: 333–337.
10. McFarlane AC. The longitudinal course of posttraumatic morbidity. *J. Nerv. Ment. Dis.* 1988; 176: 30–39.
11. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th edition). Washington DC: American Psychiatric Press; 1994.
12. Shalev AY, Sahar T, Freedman S, Peri T, Click N, Brandes D, Orr SP, Pitman RK. A prospective study of heart rate responses following trauma and the subsequent development of PTSD. *Arch. Gen. Psychiatry.* 1998; 55: 533–559.
13. The New South Wales Institut of Psychiatry, Centre for Mental Health. Disaster Mental Health Response Handbook. Sidney: NSW Health; 2000. [http://www.nswiop.nsw.edu.au/Resources/Disaster\\_Handbook.pdf](http://www.nswiop.nsw.edu.au/Resources/Disaster_Handbook.pdf)
14. Ehrenreich JH, McQuaide S. Coping with disasters. A guidebook for psychosocial intervention. Center for Psychology and Society, State University of New York; 2001.
15. Shalev AY. Treating survivors in the acute aftermath of traumatic events. W: Yehuda R, red. Treating trauma survivors with PTSD: Bridging the gap between intervention research and practice. Washington DC: American Psychiatric Press; 2003.
16. Urbaś P. Kontrowersje wokół debriefingu. *Studia Psychol.* 2004; 5: 333–343.
17. Mitchell JT. When disaster strikes: The critical incident stress debriefing process. *J. Emer. Med. Serv.* 1983; 8: 36–39.
18. The Professional Practice Board Working Party of British Psychological Society Psychological debriefing. Leicester: British Psychological Society; 2002. [www.bps.org.uk](http://www.bps.org.uk)
19. Bryant RA, Harvey AG. Zespół ostrego stresu. Warszawa: PWN; 2003.
20. Raphael B, Meldrum L, McFarlane A. Does debriefing after psychological trauma work? *Brit. Med. J.* 1995; 310: 1479–1480.
21. Everly GS. The debriefing „controversy” and crisis intervention: a review of lexical and substantive issues. *Int. J. Emer. Ment. Health* 2000; 2 (4): 211–225.
22. Kaplan Z, Julian I, Ehud B. Review of psychological debriefing after extreme stress. *Psychiatr. Serv.* 2001; 52: 824–827.
23. Wessley S, Rose S, Bisson J. A systematic review of brief psychological intervention (debriefing) for the treatment of immediate related symptoms and the prevention of posttraumatic stress disorder. The Cochrane Library Is. 3. UK: Oxford; 1998.
24. Foa EB, Hearst-Ikeda D, Perry KJ. Evaluation of a brief cognitive-behavioral program for the prevention of chronic PTSD in recent assault victims. *J. Cons. Clin. Psychol.* 1995; 63: 948–955.
25. Ehlers A, Clark DM, Hackmann A, McManus F, Fennell M, Herbert C, Mayou R. A randomized controlled trial of cognitive therapy, a self-help booklet, and repeated assessments as early interventions for posttraumatic stress disorder. *Arch. Gen. Psychiatry* 2003; 60 (10): 1024–1032.

26. Bisson J, Shepherd JP, Joy D. Cognitive-behavioural therapy modestly reduces posttraumatic stress symptoms resulting from physical injury. *Evidence-Based Mental Health* 2004; 7 (3): 74.
27. Brewin CR. A cognitive neuroscience account of post-traumatic stress disorder and its treatment. *Beh. Res. Ther.* 2001; 39: 373–393.
28. Freeman C, Flitcroft A, Weeple P. *Psychological first aid: replacement for psychological debriefing*. Edinburgh: The Rivers Centre; 2001.
29. Kaniasty K. *Kłęska żywiołowa czy katastrofa społeczna*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2003.
30. Everly GS, Mitchell JT. *Critical incident stress management: a new era and standard of care in crisis intervention*. Ellicott City: Chevron Publishing Corporation; 1999.
31. Everly GS. Five principles of crisis intervention: Reducing the risk of premature crisis intervention. *Int. J. Emerg. Mental Health* 2000; 2 (1): 1–4.

Małgorzata Machała, 5225 Fox Hunt Drive Apt C, Greensboro, NC 27407, USA  
adres mailowy: mmgosia@interia.pl