

## ZŁOŻONY ZESPÓŁ STRESU POURAZOWEGO (DESNOS) — STUDIUM PRZYPADKU

### DISORDERS OF EXTREME STRESS NOT OTHERWISE SPECIFIED (DESNOS) — A CASE STUDY

SP ZOZ Centrum Profilaktyki i Terapii Uzależnień w Rzeszowie  
Dyrektor: Barbara Łukasik

**chronic trauma  
Complex-PTSD  
DESNOS  
domestic violence  
therapy**

*Autorka zwraca uwagę na specyfikę funkcjonowania osób po doświadczeniach wielokrotnej traumy przejawiającego się pod postacią Złożonego Zespołu Stresu Pourazowego (DESNOS). Przedstawia kryteria diagnostyczne tej nowej jednostki klinicznej oraz koncepcje leczenia poparte analizą przypadku.*

**Summary:** The examination of people who experienced frequent trauma has shown that their psychophysical problems are much more complex than those described in the diagnostic criteria for PTSD. This resulted in the creation of a new diagnostic concept of Disorders of Extreme Stress Not Otherwise Specified (DESNOS). The diagnostic criteria for DESNOS comprise changes in personal activity after frequent traumatic events within six areas of functioning: alteration in regulation of affect and impulses; attention or consciousness; self-perception; relations with others; systems of meaning; somatisation. The main purpose of the presented paper was to focus on the specific functioning of persons who have experienced frequent trauma, a characteristic that could be diagnosed as DESNOS. The first part of the paper is the diagnostic criteria for DESNOS and the concept of its treatment. The second part is the case presentation and the description of the therapeutic approach in a patient with domestic violence history, diagnosed as DESNOS.

### Wstęp

Geneza złożonego zespołu stresu pourazowego wiąże się ściśle z historią PTSD. Liczne badania nad stresem pourazowym pokazały, że kryteria diagnostyczne PTSD nie w pełni obrazują całe spektrum problemów psychologicznych osób, które doświadczyły długotrwałej i wielokrotnej traumy. Zwróciło na to uwagę wielu badaczy, m.in. Briere [1, 2] oraz Courtoise [3]. Wyciągnięte z badań wnioski doprowadziły do stworzenia koncepcji Złożonego Zespołu Stresu Pourazowego (DESNOS — Disorders of Extreme Stress Not Otherwise Specified). Obraz kliniczny DESNOS jest adekwatny do opisu funkcjonowania kobiet po doświadczeniu traumy przemocy domowej. Pokazuje to piśmiennictwo i praktyka kliniczna. Poniższy artykuł jest opisem Złożonego Zespołu Stresu Pourazowego (DESNOS) na przykładzie pacjentki po doświadczeniach przemocy w rodzinie.

### Koncepcja DESNOS

Koncepcja DESNOS pozwala na opis zmian w funkcjonowaniu osób doświadczających długotrwałej traumy. Judith Herman [4] nazwała nowo stworzoną jednostkę kliniczną Zło-

zonym PTSD (Complex PTSD) i przyjęła, że Złożony Zespół Stresu Pourazowego dotyczy osób, które w przeszłości doświadczyły długotrwałej traumy, w tym m.in. maltretowanych kobiet, i obejmuje zmiany w sześciu obszarach. Są to: zmiany w sferze emocjonalnej, w świadomości, w postrzeganiu siebie, w postrzeganiu prześladowcy, w obrębie systemu wartości i przekonań, zakłócenia w relacjach z innymi. Dalsze badania nad Złożonym Zespołem Stresu Pourazowego doprowadziły do rozwoju tej koncepcji. Zaczęto używać zamiennie nazwy Złożony Zespół Stresu Pourazowego (Complex-PTSD) i nazwy DESNOS (Disorders of Extreme Stress Not Otherwise Specified).

Pelzovitz i wsp. [5] skonstruowali ustrukturyzowany wywiad składający się z 48 pytań, mierzący zmiany w siedmiu obszarach na przestrzeni życia oraz w obecnym funkcjonowaniu jednostki, określone jako Disorders of Extreme Stress Not Otherwise Specified (DESNOS) i nazwali go SIDES (Structured Interview Disorders of Extreme Stress) [5].

Ocenia się, że koncepcja DESNOS obejmuje wiele symptomów nie występujących w PTSD [6]. W wyniku tych rozważań kryteria zmian określanych jako DESNOS włączono do części uzupełniającej DSM-IV [7]. W DSM-IV zaburzenia charakterystyczne dla DESNOS nie są osobną jednostką chorobową, ale figurują jako „niespecyficzne zaburzenia związane ze stresem pourazowym”. W klasyfikacji ICD-10 zaburzenia charakterystyczne dla DESNOS są określane jako kategoria diagnostyczna nazwana trwałą zmianą osobowości po katastrofach (po przeżyciu sytuacji ekstremalnej).

Rozważa się włączenie Złożonego Zespołu Stresu Pourazowego (C-PTSD) do przygotowywanej klasyfikacji DSM-V jako formalnie kodowanej jednostki diagnostycznej. C-PTSD ma być opisywany jako ciągłe trudności w wielu obszarach emocjonalnego i interpersonalnego funkcjonowania na skutek doświadczania chronicznej traumy.

Typowym przykładem pacjentki, u której zdiagnozowano DESNOS [8], jest kobieta, która jako dziecko nigdy nie doświadczyła opieki, była wykorzystywana seksualnie w dzieciństwie przez swojego ojca, który także stosował przemoc fizyczną w stosunku do matki. Jako nastolatka była świadkiem poważnych obrażeń swoich przyjaciół w wypadku spowodowanym jazdą pod wpływem alkoholu. Jako dorosła kobieta została zgwałcona i miała paru partnerów, którzy krzywdzili ją psychicznie i fizycznie.

### Objawy DESNOS

Kryteria diagnostyczne DESNOS obejmują [8]:

zmiany w regulacji emocji:

- nieadekwatnie gwałtowne do sytuacji reakcje emocjonalne,
- autodestrukcyjne zachowania, takie jak: zaburzenia jedzenia, samouszkodzenia,
- myśli samobójcze,
- kompulsywność lub skrajne zahamowanie w sferze seksualnej,
- problemy w ekspresji i modulacji złości;

zmiany w zakresie uwagi i świadomości:

- dysocjacje,
- amnezję lub hipermnezję w związku z traumatycznymi przeżyciami,
- zmiany w percepcji siebie,
- negatywny obraz siebie,

- poczucie bezradności, bezsilności,
- wstyd, poczucie winy i samoobwinianie,
- poczucie skalania albo napiętnowania (stygmatyzacji);  
zmiany w relacjach z innymi, w tym:
- trwałe brak zaufania,
- rewiktymizację,
- wiktymizację innych;  
somatyzacje:
- przewlekły ból,
- objawy ze strony układów pokarmowego, krążenia, oddechowego,
- objawy konwersyjne,
- zaburzenia seksualne;  
zmiany w systemie wartości:
- utratę dodającej otuchy wiary,
- poczucie beznadziejności i rozpacz.

### Leczenie DESNOS

Obraz kliniczny, opisywany jako DESNOS, jest wieloaspektowy i dotyczy prawie wszystkich obszarów funkcjonowania człowieka. Z tego względu w projektowaniu pracy terapeutycznej należy wziąć pod uwagę wielowątkowość oddziaływań.

W piśmiennictwie [8, 9] podkreśla się, że dla dobrego zaplanowania oddziaływań terapeutycznych szczególnie ważne jest właściwe zdiagnozowanie obszarów zmian opisywanych jako DESNOS. Leczenie DESNOS koncentruje się na nieco innym podejściu niż leczenie PTSD. Podczas gdy terapia PTSD koncentruje się bezpośrednio na psychologicznych konsekwencjach traumatycznego doświadczenia, na specyficznych traumatycznych wspomnieniach, to terapia DESNOS oprócz koncentracji na traumatycznych doświadczeniach obejmuje leczenie takich problemów, jak: utrata zdolności do regulacji emocji, dysocjacje, problemy interpersonalne [6].

Terapeuci zajmujący się leczeniem chronicznej traumy powinni w swoich oddziaływaniach zwrócić uwagę na to, w jaki sposób ujawnia się ona na co dzień w życiu pacjentów. Powinni pomóc pacjentom ocenić ich bieżącą sytuację, fizyczną i emocjonalną odpowiedź na terażniejszość, oraz unikanie konfrontacji z rzeczywistością z powodu przeszłej traumy. Opisywana w piśmiennictwie [9, 10, 11] koncepcja terapii DESNOS obejmuje ustalenie problemów obecnych w życiu pacjenta i wypracowanie realistycznego planu leczenia składającego się z trzech faz: 1) stabilizacji stanu, 2) odtworzenia i odreagowania traumatycznych wspomnień oraz 3) reintegracji ze światem.

Faza stabilizacji stanu pacjenta to oddziaływania psychoedukacyjne. Terapeuta przekazuje pacjentowi podstawowe informacje na temat wpływu traumy na człowieka, zwraca uwagę zarówno na bezpośrednie, jak i odległe skutki urazu. Psychoedukacja pomaga pacjentowi rozpoznać skutki urazu w jego życiu. W tej fazie leczenia trzeba pamiętać o konieczności przywrócenia dobrego samopoczucia fizycznego oraz regulacji takich aspektów funkcjonowania, jak sen czy jedzenie. Terapeuta zajmuje się także zewnętrznym

środowiskiem, w którym funkcjonuje pacjent. Powinien dokładnie sprawdzić, czy w chwili podejmowania terapii osoba, która przychodzi po pomoc, jest bezpieczna. W tej fazie oddziaływań terapeutycznych należy zwrócić uwagę na takie aspekty relacji terapeutycznej, jak: zaufanie, bezpieczeństwo, tworzenie granic, wypracowanie odpowiedzialności pacjenta oraz wytwarzanie zdolności do udzielania sobie samemu wsparcia i znajdowania ukojenia.

Faza druga obejmuje głęboką eksplorację traumatycznych wspomnień w celu przekształcenia ich w spójną narrację, zmierzającą jednocześnie do osłabienia intensywności negatywnych emocji związanych z tymi doświadczeniami. Ważnym elementem procesu terapeutycznego jest odkrycie pełnej historii przemocy. Klinicysta musi pamiętać, że najczęściej na pierwszych spotkaniach pacjent odkrywa jedynie jej fragment. Na początku tajemnicą pozostają najbardziej traumatyczne przeżycia, np. doświadczenia molestowania seksualnego w dzieciństwie. W tej fazie klinicysta powinien zwrócić szczególną uwagę na możliwość pojawiania się u pacjenta dysocjacji. Podczas odtwarzania traumatycznych wspomnień pacjent może odszczepiać pewne aspekty doświadczeń i izolować je od emocji, przekonań i objawów somatycznych. Zadaniem terapeuty jest odkrywanie dysocjacji i ugruntowanie pacjenta w jego obecności w aktualnej rzeczywistości. Pomocne są pytania: Co się teraz z tobą dzieje? Gdzie teraz jesteś? Pacjenci na sesjach powinni się uczyć technik opanowywania dysocjacji poza gabinetem terapeutycznym.

Faza trzecia nastawiona jest na przeniesienie pacjenta do świata relacji międzyludzkich. Obejmuje budowanie poczucia sensu życia w oparciu o świat zewnętrzny, nastawienia na różne formy aktywności w nim.

### Opis przypadku

Pacjentka X zgłosiła się na terapię, podając jako główny problem doświadczanie przemocy fizycznej i psychicznej ze strony męża. Miała 29 lat, 3-letnie dziecko i od 5 lat żyła w związku małżeńskim. Przemoc męża zaczęła się tuż po ślubie, ale — jak twierdziła pacjentka — już wcześniej zauważyła u niego symptomy agresji i nieadekwatne zachowania, np. nadkontrolę, bezkompromisowość, chwiejność nastrojów. Przemoc fizyczna występowała incydentalnie, mąż parę razy uderzył pacjentkę. Notorycznie ją wyzywał, wyśmiewał, poniżał przy każdej okazji, również publicznie. Od wielu lat planowała rozwieść się z nim, lecz powstrzymywał ją przed tym strach i groźby, że odbierze jej dziecko. W trakcie terapii przeprowadziła rozwód, uzyskała pełne prawa do wychowywania dziecka.

Pacjentka wyznała, że przemoc towarzyszyła jej od zawsze. Urodziła się, kiedy matka była na II roku studiów — oddała ją na wychowanie do dziadków, sama studiowała poza miejscem zamieszkania. Dziadek nadużywał alkoholu, często się awanturował. Mówiła, że do 3. roku życia dziadkowie odprowadzali ją do sąsiadki, u której była od rana do wieczora. Jej ojciec, od kiedy pamięta, był agresywny w stosunku do matki, do niej i rodzeństwa. Bił dzieci i żonę, wyzywał, poniżał. Matka ukrywała tę sytuację przed otoczeniem, stwarzała pozory, że wszystko jest w porządku. W okresie adolescencji pacjentka miała dwie próby samobójcze. Jak sama powiedziała: „próby były wołaniem o pomoc”. Parokrotnie uciekała z domu. W 17. roku życia wyprowadziła się do babci. Wróciła ponownie do domu w 18. roku życia, gdyż matka chciała, by wszyscy mieszkali razem, bo obawiała się reakcji miej-

scowego środowiska. Pacjentka w wieku 16 lat szukała pomocy — napisała list do rzecznika praw dziecka, opisując swoją historię przemocy. Gdy do domu przyjechali przedstawiciele Terenowego Komitetu Ochrony Praw Dziecka, matka zaprzeczyła informacjom przekazanym przez córkę i skrytykowała ją za ujawnienie tajemnicy. X traktowała zamążpójście jako sposób na odseparowanie się od dysfunkcyjnego domu rodzinnego.

### Diagnoza

Mimo odseparowania się od męża i ustania przemocy, stan pacjentki ponad pół roku po rozwodzie był niezadowolający. Analiza historii jej życia, objawów traumy, mierzonych za pomocą SIDES (narzędzie do pomiaru DESNOS) i Kwestionariusza Objawowego „O”, pozwoliła rozpoznać u niej Złożony Zespół Stresu Pourazowego. U pacjentki dało się zaobserwować zmiany we wszystkich wymienionych w kryteriach diagnostycznych obszarach DESNOS. Występowały zmiany w regulacji emocji, objawiające się przeżywaniem skrajnych stanów emocjonalnych, tendencją do obniżonego nastroju; okresowo nawiedzały ją myśli samobójcze, narastająca złość. W relacjach interpersonalnych pacjentka miała poczucie wykorzystania, nacisku ze strony innych. Cierpiała na zahamowania w sferze seksualnej, odczuwała niechęć do kontaktów z mężczyznami, wręcz paniczny lęk przed nimi, przewidywała zranienie w tych relacjach. Zmiany u pacjentki polegały na częstym ponownym przeżywaniu traumatycznych doświadczeń, obecnych w jej świadomości w postaci objawów wtargnięcia (w różnych codziennych sytuacjach doświadczała zmian o charakterze dysocjacyjnym). W sferze obrazu siebie przeżywała poczucie winy związane z traumatycznymi doświadczeniami, oskarżała się w związku z doświadczeniami z dzieciństwa („ja zdradziłam tajemnicę, niepotrzebnie szukałam pomocy, nienawidzę ojca, a nie powinnam”). Miała poczucie odmienności od otoczenia: „jestem inna, tyle przeszłam, nigdy nie będę normalna, nikt nie jest w stanie mnie zrozumieć, jestem gorsza od innych”. W sferze kontaktów z innymi występowało u niej izolowanie się od otoczenia, odczuwała jednocześnie tęsknotę i lęk przed związkiem. Pacjentka prezentowała wiele niekonstruktywnych przekonań („życie nie ma sensu, zawsze będę sama, wszyscy mężczyźni krzywdzą, zawsze będę nieszczęśliwa”). Często doświadczała objawów somatycznych: dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego, bólów głowy, miała obniżoną odporność.

### Przebieg terapii

Pacjentka zgłosiła się na terapię w czasie doświadczania przemocy ze strony męża. Była przepełniona lękiem rozwodem, w którym jednocześnie upatrywała jedynej możliwości wyzwolenia się z tej sytuacji. Powodem lęku były groźby męża, że gdy dojdzie do rozwodu — zabierze jej dziecko. Na tym etapie celem pomocy psychologicznej były działania interwencyjne: wsparcie, udzielenie koniecznych informacji, edukacja w związku z doświadczaniem przemocy. Kiedy pacjentka przeprowadziła rozwód (poszło to bardzo sprawnie) i przyznano jej opiekę nad dzieckiem, zaczęła skarżyć się na utrzymujące się przygnębienie, problemy w kontaktach z otoczeniem, ciągły lęk, obawy o to, że nie poradzi sobie sama z wychowaniem dziecka. Ustalono cele terapii, w których sama umieściła: dojście do równowagi „po tym, co się stało”, wzmocnienie poczucia własnej wartości, poradzenie sobie z doświadczeniami z dzieciństwa.

W I fazie terapii, obejmującej stabilizację stanu pacjentki, skoncentrowano się na przywróceniu jej poczucia bezpieczeństwa poprzez wsparcie w sytuacji odseparowania się od źródła przemocy. Następnie praca obejmowała eliminację katastroficznego myślenia odnoszącego się do bieżącej sytuacji („nie poradzę sobie po rozwodzie sama z dzieckiem”). Dążono do wyeliminowania u pacjentki myśli i zachowań autoagresywnych, takich jak: izolowanie się od otoczenia, epizody depresyjne, podczas których okresowo pojawiały się myśli samobójcze, koncentrowanie się na negatywistycznym myśleniu. Praca na tym etapie obejmowała również edukację na temat przemocy i jej skutków. Na spotkaniach terapeutycznych podjęto także próbę przeciwdziałania występującym u pacjentki somatyzacjom, stale bowiem czuła się zmęczona, zapadała na infekcje górnych dróg oddechowych, często bolała ją głowa. W trakcie terapii nauczyła się technik relaksacji, które samodzielnie stosowała w domu.

II faza terapii obejmowała odtworzenie i odreagowanie traumatycznych wspomnień. Przeanalizowanie historii życia ujawniło traumę z okresu dzieciństwa i pokazało problemy charakterystyczne dla DESNOS. Podjęto pracę z uczuciami, które towarzyszyły pacjentce w związku z tą traumą. Odkryto przy tym wiele przekonań wzmacniających przeżywane stany emocjonalne i utrwalających negatywny obraz siebie i mężczyzn. Pacjentka ujawniła wspomnienia i rozpoznała uczucia związane bezpośrednio z traumatycznymi doświadczeniami z przeszłości. Po pewnym czasie dała sobie przyzwolenie na przeżywanie uczuć i na własne potrzeby, których wcześniej, nawet w dzieciństwie, nikt dorosły nie zauważał, a potem ona sama im zaprzeczała. Odkryła i odtworzyła liczne przekazy z dzieciństwa stanowiące źródło cierpienia i osłabiających ją obecnie przekonania, takich jak: „nie poradzę sobie sama, przyciągam złych mężczyzn, jestem do niczego”. Pojawił się też lęk u niej wynikający z macierzyńskich przekazów: „jesteś taka sama jak ojciec, uparta jak osioł”. Poszukiwała pozytywnej konotacji cech odziedziczonych po ojcu, którego odrzucała i nie akceptowała z cechami, które dostrzegali w niej jej przyjaciele. W czasie terapii odkryła, że jest inaczej widziana przez ojca i matkę, niż przez swoich znajomych, którzy ją lubią i akceptują. Dokonała integracji tych dwóch obrazów siebie, odkrywając przy tej okazji manipulacje ojca — sprawcy przemocy, i matki — ofiary zidentyfikowanej ze sprawcą. Przyjęła, że negatywne opinie ojca służyły dyskredytowaniu jej osoby, by dalej bezkarnie mógł krzywdzić rodzinę, a przekazy matki — temu, by nadal utrzymywać tajemnicę i pozytywny obraz rodziny w percepcji lokalnego środowiska. To jednocześnie uzmysłowiło pacjentce wszystkie manipulacje męża, które wcześniej wzbudzały w niej poczucie winy, wstyd, a także niechęć do siebie.

Po jakimś czasie od rozwodu pacjentka poznała mężczyznę. Był to trudny moment w psychoterapii. Ta znajomość uaktywniła na nowo wszystkie doświadczenia traumatyczne w relacjach z mężczyznami: lęk przed zranieniem, nieufność, obawy, podejrzliwość. Na bieżące relacje z przyjacielem nakładały się wcześniejsze wspomnienia, niekiedy w postaci dysocjacji. W czasie spotkań z nowym mężczyzną czuła momentami, że „odpływa”, słyszy głos męża i jego obraźliwe komunikaty. Dzięki edukacji próbowała oddzielać traumatyczne wspomnienia od rzeczywistości. Pomogło jej w tym wcześniejsze dokładne odtworzenie traumy. Zrozumiała, że — paradoksalnie — dysocjacje służą jej do tego, by poczuć się bezpieczniej: „kiedy odpływam, nie jestem blisko z R. i dzięki temu jestem bezpieczna”.

W trakcie spotkań terapeutycznych poszukiwała innych sposobów na kontrolowanie sytuacji i odzyskiwanie poczucia wpływu na nie w relacji z mężczyznami.

W III fazie terapii, służącej integracji z otoczeniem zewnętrznym, pacjentka odkryła, że ma wiele konstruktywnych, wcześniej niezauważanych i niepielęgowanych wzmacniających relacji społecznych, których dawniej nie podtrzymywała z powodu swojej izolacji przez męża lub obaw o odrzucenie czy przeświadczenia o niechęci ludzi do niej. Ten etap to był wstęp do pracy nad budzeniem w pacjentce poczucia własnej wartości. Wcześniej budowała obraz siebie opierając się na komunikatach przekazywanych przez ojca, matkę, męża. Obecnie zaczęła budować obraz siebie na podstawie swoich umiejętności, kompetencji, życiowych ról (praca zawodowa, macierzyństwo). To pokazało jej inny obraz siebie i wzmocniło poczucie własnej wartości. Oczywiście jest, że internalizacja nowego obrazu nie była automatyczna, pacjentka wiele razy powracała w swoich przekonaniach do takiego obrazu, jaki pierwotnie zbudowali jej rodzice. Odtwarzanie traumy krok po kroku i pokazanie siły tkwiącej w niej jako dziecka, w nastolatce, która walczyła o życie, potem w kobiecie, która sama wychowuje dziecko, zarabia na życie i radzi sobie z bieżącymi problemami, było długie i żmudne.

W ostatniej fazie terapii położono nacisk na uruchomienie zasobów społecznych pacjentki, nawiązywanie nowych bezpiecznych relacji, aktywność zawodową. W trakcie procesu terapeutycznego pojawiały się kryzysy. Były one związane np. z wizytami pacjentki w domu rodzinnym i doświadczaniem tam ponownych zranień. Ojciec i matka ciągle ją dyskredytowali, obwiniali o rozpad małżeństwa, indukowali jej poczucie bezradności („nie poradzisz sobie sama, bez męża, z utrzymaniem dziecka i jego wychowaniem”). Pacjentka, choć wiedziała, że nie mają racji, emocjonalnie przeżywała te sytuacje negatywnie. Wykształciła w sobie jednak własne mechanizmy obrony — unikała wizyt w domu, stawiała granice w czasie takich rozmów. Jej związek z nowo poznanym mężczyzną rozpadł się. Ona sama tłumaczyła to tym, że rozpoznała u partnera niepokojące ją zachowania, świadczące o cechach, których nie akceptowała, takich jak: milczenie w sytuacjach konfliktowych, niedomówienia. Na jednej z konsultacji powiedziała: „nie wiem, czy kiedykolwiek zaufam mężczyźnie, może powinnam być sama”. Ta kwestia w terapii pozostała nierozwiązana. Być może trudności z zaufaniem mężczyźnie w przypadku tej pacjentki to problem nie do pokonania, mający po części uzasadnienie w jej realnych parokrotnych doświadczeniach. Może jest to efekt niedoskonałości warsztatu terapeuty? A może to jest właśnie konsekwencja wieloletnich traum, której nie da się skorygować czy całkowicie naprawić? Po półtora roku kontaktu terapeutycznego podsumowano zmiany, zweryfikowano wstępne oczekiwania i rozwiązano z pacjentką kontrakt terapeutyczny. Kontrolne badanie za pomocą SIDES i Kwestionariusza Objawowego „O” wykazało duży spadek objawów związanych z DESNOS. Sama pacjentka stwierdziła na koniec: „Chcę teraz spróbować sama”.

### Podsumowanie

Praca terapeutyczna opierała się głównie na technikach z nurtu poznawczo-behawioralnego. Jednocześnie w projektowaniu oddziaływań terapeutycznych uwzględniano takie aspekty funkcjonowania pacjentki, jak dotychczas stosowane nieprzystosowane mechanizmy obronne, utrwalone przekonania i konieczność ich zmiany. Analizowano także na

bieżąco procesy zachodzące w czasie spotkań: przeniesienie, przeciwprzeniesienie, opór pojawiający się okresowo u pacjentki. Analizując przebieg procesu terapeutycznego, warto też zwrócić uwagę na specyfikę relacji terapeutycznej. Pacjentka wiele razy podkreślała, że trudno jej zaufać terapeutce, wiele razy wprost wyrażała swoje wątpliwości w sens podejmowania terapii. Szczególnie ważnym zadaniem na początku procesu terapeutycznego było budowanie bezpiecznego przymierza terapeutycznego. Służyło temu niedyrektywne wysłuchanie pacjentki i jasne nazwanie doświadczanych przez nią krzywd.

Koncepcja DESNOS pomaga w rozumieniu psychopatologii pacjentów z doświadczeniem długotrwałej traumy, którzy zgłaszają się na psychoterapię. Analiza trudności w funkcjonowaniu pacjentów związanych z doświadczaniem zmian ujętych w DESNOS pozwala stworzyć koncepcję pomocy i ogniskuje uwagę terapeuty na możliwych trudnościach w przebiegu relacji terapeutycznej i w dochodzeniu do zmiany.

Na podstawie przedstawionych rozważań teoretycznych i analizy przypadku nasuwają się następujące refleksje, przydatne w ustalaniu i stosowaniu oddziaływań terapeutycznych u osób z długotrwałą traumą:

- Przeciwstawienie się przemocy w przypadku osób po długotrwałym urazie nie jest końcem ich problemów w funkcjonowaniu biopsychospołecznym.
- Konieczna jest szczegółowa diagnoza wpływu wieloletniej traumy na funkcjonowanie pacjenta na podstawie kryteriów DESNOS.
- Istnieją różnice w terapii PTSD o prostym przebiegu i terapii DESNOS, w której proces terapeutyczny obejmuje również konieczność odtworzenia historii życia, ze szczególnym uwzględnieniem urazów z przeszłości wpływających na kształtowanie się osobowości i prowadzących do wyczerpania się zasobów pomocnych w radzeniu sobie z traumą.
- W terapii DESNOS należy uwzględnić fazowość procesu terapeutycznego opisywaną w literaturze. Następujące po sobie fazy terapii, wynikające logicznie ze specyfiki dysfunkcji, nadają jej jasną strukturę.
- Pojawia się pesymistyczna refleksja: nie wszystkie konsekwencje długoletniej traumy są odwracalne, czasem terapeuta musi uznać, że „nie wszystko da się naprawić”, chociażby z uwagi na długoletnie, często wczesnorozwojowe zaburzenia więzi.

### Piśmiennictwo

1. Briere J. Child abuse trauma: Theory and treatment of the lasting effect. Newbury Park, Ca: Sage; 1992.
2. Briere J. Post-sexual abuse trauma: Data and implications for clinical practice. *J. Interpers. Viol.* 1987; 2: 367–379.
3. Courtoise ChA. Healing the incest wound: Adults survivors in therapy. New York: Norton; 1988.
4. Herman J. Przemoc, uraz psychiczny i powrót do równowagi. Gdańsk: GWP; 1998.
5. Pelzovitz D, van der Kolk B, Roth S, Mandel F, Kaplan S, Resick P. Development of a Criteria Set and a Structured Interview for Disorders of Extreme Stress (SIDES). *J. Traum. Stress* 1997; 10: 3–16.
6. Jongedijk R, Carlier I, Schreueder B, Gersons B. Complex posttraumatic stress disorder: An exploratory investigation of PTSD and DESNOS among Dutch war veterans. *J. Traum. Stress* 1996; 9(3).



7. Lis-Turlejska M. Psychologiczne konsekwencje traumatycznego stresu — współczesne kierunki badań. *Now. Psycholog.* 2000; 2. 25-38.
8. Luxenberg T, Spinazzola J, van der Kolk B. Complex Trauma and Disorders of Extreme Stress (DESNOS) diagnosis. Part one: Assessment. *Directions in Psychiatry* 2001; 21: 373–392.
9. Luxenberg T, Spinazzola J, Hidalgo J, Hunt Ch, van der Kolk B. Complex Trauma and Disorders of Extreme Stress (DESNOS). Part two: Treatment. *Direct. in Psychiatry* 2000; 21: 395–414.
10. van der Hart O, Steele K, Ford J. Introducing issues in the treatment of Complex PTSD. *Traumatic Stress Points* 2000; 15(4): 10–11.
11. van der Kolk B. The assessment and treatment of complex PTSD. W: Yehuda R. *Traumatic Stress.* Am. Psychiatr. Press; 2001.
12. van der Kolk B, Pelzovitz D, Mandel F, McFarlane A, Herman J. Dissociation, affect dysregulation and somatization: The complexity of adaptation of trauma. *Am. J. Psychiatry* 1996; 153: 83–93.

Adres autorki: Barbara Błaż-Kapusta  
35-111 Rzeszów  
ul. Sportowa 12/20