

Terapia poznawcza poczucia winy związanego z traumą u osób z PTSD

Cognitive therapy of trauma related guilt in patients with PTSD

Agnieszka Popiel

Interdyscyplinarne Centrum Genetyki Zachowania UW
Kierownik: prof. dr hab. B. Zawadzki

Katedra Neurorehabilitacji, Wydział Psychologii
Szkoły Wyższej Psychologii Społecznej w Warszawie
Kierownik: prof. dr hab. E. Szeląg

Summary

Various aspects of guilt are frequent problems of patients suffering from PTSD, though they have been included into the diagnostic criteria for PTSD just in the present version DSM-5. Some studies indicate limitation of effectiveness of exposure therapy in PTSD patients with predominant emotions of anger or guilt. The aim of this paper is to present cognitive conceptualization of guilt in PTSD proposed by Kubany, and a treatment protocol resulting from this conceptualization. The clinical application of the protocol is illustrated with preliminary results of systematic observation of 8 patients with moderate to severe PTSD who were treated with cognitive therapy for guilt followed by a standard prolonged exposure protocol. The cognitive therapy of guilt can be a valuable supplement for treatment of PTSD. This protocol can also be an inspiration for therapists working with patients with dysfunctional guilt as a problem in other than PTSD disorders – like depression or adjustment disorders. In discussion the place of guilt in treatment according to different (PE-Foa et al.; CPT-Resick et al.; CT-Ehlers and Clark) trauma focused therapy approaches is addressed, and the need for further studies is underlined.

Słowa klucze: PTSD, wina, trauma, terapia poznawcza, przedłużona ekspozycja

Key words: PTSD, guilt, trauma, cognitive therapy, prolonged exposure

Wstęp

W kolejnych wersjach klasyfikacji DSM pourazowe zaburzenie stresowe (PTSD) było konsekwentnie włączane do zaburzeń lękowych [1, 2]. Można to uznać za od-

Badanie zrealizowane w ramach programu „Czynniki warunkujące skuteczność psychoterapii poznawczo-behawioralnej zaburzeń potraumatycznych” – grant Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego N N106360937

zwierciedlenie stanu wiedzy klinicznej uwzględniającej wyniki badań podstawowych [3], a także uwarunkowań kulturowych, co ukazał Sullivan w tekście „Od kultury skupionej na poczuciu winy do kultury skoncentrowanej na niepewności...” [4]. Nie kwestionując lękowej natury PTSD, zwracano jednak uwagę na warianty obrazu klinicznego, w których – obok poczucia zagrożenia i unikania lękorodnych bodźców – dominującymi emocjami były gniew czy poczucie winy [5–7]. Doniesienia o ograniczeniach skuteczności „popartych danymi naukowymi” metod terapeutycznych dotyczą głównie tych pacjentów, u których obok lęku współwystępowało poczucie winy lub gniew [7]. Obwinianie siebie po przeżyciu traumatycznym jest częstym zjawiskiem, intuicyjnie oczywistym i opisywanym m.in. jako „wina ocalałego” [8]. Od wprowadzenia diagnozy PTSD do DSM-III poczucie winy było uwzględniane jako dodatkowa charakterystyka zaburzenia, a nie kryterium diagnostyczne. Wiązano je ze współwystępującą depresją i próbami samobójczymi w przebiegu PTSD [9, 10, 11]. Ostatnie lata przyniosły istotne zmiany w definiowaniu PTSD. W obowiązującej od 2013 roku piątej wersji DSM, pourazowe zaburzenie stresowe nie należy już do grupy zaburzeń lękowych, lecz znalazło się w odrębnej grupie – zaburzeń związanych z traumą i stresem. Wyodrębniono nie trzy, jak dotychczas, a cztery grupy głównych objawów PTSD [12]. Obok nawracających wspomnień, unikania i nadmiernego wzbudzenia pojawiło się kryterium obejmujące zmiany poznawcze oraz zmiany nastroju związane z traumą, które powstały lub nasiliły się po przeżytym urazie. Trzy z siedmiu objawów należących do kryterium D („Negatywne zmiany w strukturach poznawczych i nastroju związane z wydarzeniem traumatycznym...”) definiowane są następująco [12]:

D2. Utrwalone i przesadne negatywne przekonania dotyczące siebie, innych ludzi lub świata (np. „jestem złym człowiekiem”, „nikomu nie można ufać”, „świat jest absolutnie niebezpieczny” czy „mój układ nerwowy jest kompletnie zrujnowany”);

D3. Utrwalony i zniekształcony sposób myślenia o przyczynach lub konsekwencjach traumatycznego wydarzenia, który prowadzi do obwiniania siebie lub innych osób;

D4. Utrwalony, negatywny stan emocjonalny (np. strach, przerażenie, złość, poczucie winy lub wstydu)¹.

Ocena konsekwencji tej zmiany dla praktyki klinicznej wymaga czasu. Wyniki dotychczasowych badań nad terapiami PTSD wskazują na to, że obecne metody są skuteczne dla większości osób poddanych terapii. Średnia wielkość efektu dla badanych do roku 2005 terapii tego zaburzenia wynosiła 1,49. Wyniki metaanalizy Bradleya [13, por. 14] wskazują na to, że 67% osób nie spełnia kryteriów rozpoznawania PTSD po zakończeniu terapii. W polskich badaniach odsetek osób, które ukończyły psychoterapię bez PTSD, wynosił około 80% [15]. Formy leczenia zweryfikowane przez znaczną liczbę badań empirycznych to głównie terapie nurtu poznawczo-behawioralnego [16]. Wspólnym mianownikiem dostępnych wyników badań jest około 20–30% odsetek pacjentów, u których dostępne metody psycho- czy farmakoterapii okazały się niewystarczające [14, 16]. Jedną z najlepiej zbadanych, zarówno pod względem skuteczności, jak i efektów upowszechniania, jest terapia metodą przedłużonej ekspozycji (PE) [4,

¹ Tłumaczenie kryteriów i podkreślenia autorki na użytek niniejszego artykułu.

17]. Najliczniejszą grupą osób leczonych PE są ofiary gwałtów, działań wojennych i wypadków komunikacyjnych. Skuteczność sięga 70–80%, stąd pytanie o czynniki negatywnie wpływające na efekt tej terapii. Doniesienia o przeciwwskazaniach do stosowania PE u osób z poczuciem winy nie zostały potwierdzone w późniejszych badaniach [18, 19]. O ile poczucie winy nie musi być przeciwwskazaniem, może ograniczać skuteczność, wymagać dłuższego czasu terapii lub dodatkowych interwencji, jak w badaniu 630 dorosłych ofiar wypadków przemysłowych cierpiących na PTSD, gdzie terapia okazała się w pełni skuteczna u 65% osób, a pozostałe 35% badanych stanowiły w większości (85%) osoby, u których dominowały inne niż strach emocje związane z traumą (poczucie winy, gniew) [4, 7].

Wyniki przytoczonego wyżej badania mogą stanowić argument na rzecz konieczności modyfikacji metod o udokumentowanej skuteczności. U ofiar wypadków komunikacyjnych problem winy zwraca uwagę, ponieważ – w przeciwieństwie do katastrof naturalnych lub aktów przemocy – ofiary wypadków są często jednocześnie „sprawcami” lub sprawstwo pozostaje wątpliwe. Zachowanie istotne dla zaistnienia/przebiegu wypadku, choć najczęściej niezamierzone (niedostosowanie prędkości, spadek koncentracji uwagi itd.), przyczynia się do śmierci, urazów, strat materialnych, jest także przedmiotem postępowania prawnego. Poczucie winy jest często dominującym stanem emocjonalnym opóźniającym lub uniemożliwiającym powrót do prawidłowego funkcjonowania.

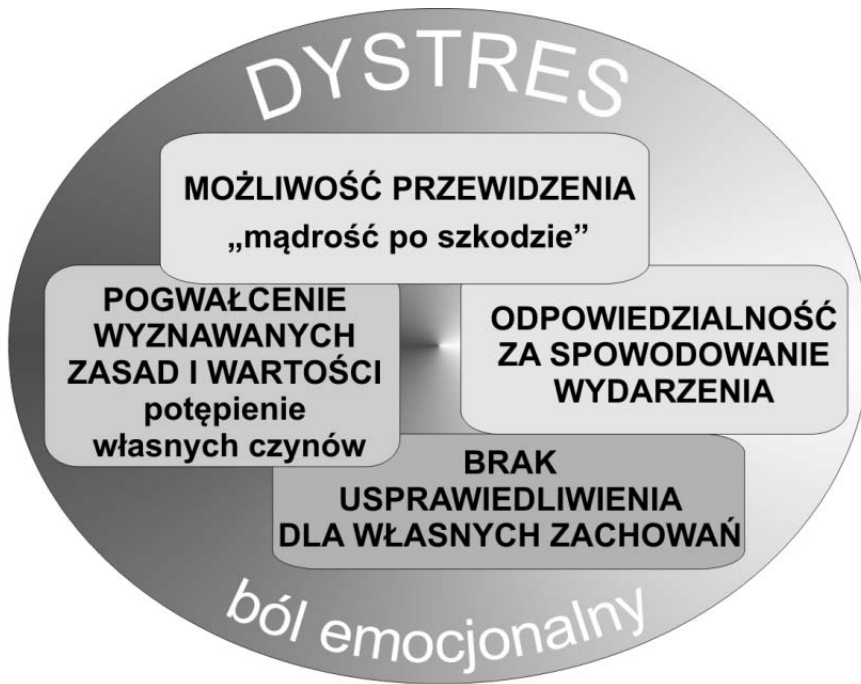
Celem niniejszego artykułu jest przedstawienie konceptualizacji oraz protokołu modułu terapii poznawczej poczucia winy oraz ilustracja kliniczna wyników terapii u kilku cierpiących na PTSD pacjentów.

Poczucie winy w PTSD

Poczucie winy jako objaw PTSD wynika z dysfunkcjonalnego przetwarzania informacji, a w konsekwencji przypisywania sobie odpowiedzialności za czyny niepopelnione [20, 21]. Jest to nieprzyjemne uczucie, dystres, któremu towarzyszy wiele myśli i przekonań na temat własnej roli w negatywnym wydarzeniu [20]. Kubany rozumie winę jako konstrukt wielowymiarowy, obejmujący składowe emocjonalne oraz poznawcze, i zniechęca do przyjmowania jednoznacznie emocjonalnej (guilt feelings) perspektywy. W języku polskim zróżnicowanie pojęć „uczucie” i „poczucie” pozwala na zasygnalizowanie złożoności poczucia winy. Kubany uważa, że na poczucie winy składają się: dystres/ból emocjonalny o różnej intensywności oraz zestaw dysfunkcjonalnych przekonań (ryc. 1).

Dysfunkcjonalne przekonania można rozumieć jako struktury poznawcze ukształtowane pod wpływem procesów percepcji, uczenia się, pamięci, obejmujące informacje o bodźcach, reakcjach i ich znaczeniu [22]. Typowe dla poczucia winy dysfunkcjonalne przekonania dotyczą (1) **możliwości przewidzenia** i zapobieżenia wydarzeniu (przekonanie, że wiedzieliśmy, co się wydarzy, zanim to się stało i mogliśmy użyć tej wiedzy, aby zapobiec negatywnym skutkom; rezultat zniekształcenia poznawczego zwanego „mądrością po szkodzie”), (2) **braku usprawiedliwienia** dla własnych zachowań, (3) pełnej **odpowiedzialności** za spowodowanie negatywnego, czasem tragicznego

Rycina 1. Poznawcze i emocjonalne składowe poczucia winy
(E.S. Kubany, 2004; opracowanie własne)



w skutkach wydarzenia, (4) pogwałcenia wyznawanych przez siebie zasad i wartości, czego skutkiem jest **potępienie własnych czynów** [19]. Na dysfunkcjonalność przekonań wpływa zniekształcanie w procesie interpretacji bodźców/zdarzeń. Kubany wyróżnia kilkanaście typowych dla poczucia winy zniekształceń poznawczych, w tym np. przekonanie, że odczuwanie jakiejś emocji podczas myślenia o czymś dowodzi prawdziwości myśli (uzasadnianie emocjonalne), niedocenianie „korzyści” związanych z podjętymi wówczas działaniami, przecenianie roli drobnych wskazówek i intuicji (wyołbrzymianie/minimalizacja) czy skupianie się wyłącznie na możliwych pozytywnych skutkach działań, które można było podjąć (selektywna uwaga).

Ten sposób rozumienia poczucia winy został potwierdzony empirycznie w badaniach z zastosowaniem Kwestionariusza Poczucia Winy (Trauma Related Guilt Inventory – TRGI)² [19].

Terapia poznawcza

W terapii poznawczej zakłada się, że zmienne poznawcze, tj. sposoby przetwarzania informacji i nadawania znaczenia bodźcom, są mediatorami powstawania

i utrzymywania się objawów psychopatologicznych (w PTSD występujących po przeżyciu traumatycznym). Poznawczo-behawioralne modele PTSD odwołują się do poznawczych lub informacyjnych koncepcji emocji [5, 6, 23]. Kubany zaprezentował sposób ujmowania poczucia winy, który jest zgodny z założeniami psychopatologii poznawczej. Logiczną konsekwencją jest opracowanie interwencji, które poprzez modyfikację dysfunkcyjnych przekonań wpłynęłyby na obniżenie intensywności cierpienia związanego z poczuciem winy [19–21]. Zasady terapii poznawczej (koncentracja na problemie, empiryzm oparty na współpracy, ograniczenie w czasie, pomiar efektów) zostały szczegółowo opisane w podręcznikach terapii [24, 25].

Terapia poznawcza poczucia winy – protokół interwencji

Protokół obejmujący do 5 sesji terapii poznawczej został opracowany, na podstawie literatury przedmiotu oraz doświadczeń z wcześniejszej pracy terapeutycznej z uczestnikami wypadków komunikacyjnych, jako odrębny moduł terapeutyczny w ramach badań prowadzonych w Interdyscyplinarnym Centrum Genetyki Zachowania Uniwersytetu Warszawskiego [20, 26, 27]. Moduł koncentruje się na psychoedukacji dotyczącej zjawiska winy, składowych poznawczych i emocjonalnych poczucia winy oraz roli zniekształceń poznawczych mających udział w formułowaniu przekonań o własnej odpowiedzialności i winie za zdarzenie traumatyczne. Główną interwencją jest restrukturyzacja poznawcza przekonań za pomocą technik terapii poznawczej, głównie dialogu sokratejskiego [19–21, 24, 25]. Zgodnie z duchem terapii zorientowanej na traumę, moduł poświęcony jest poczuciu winy związanemu z konkretnym wydarzeniem lub określoną sytuacją podczas traumy, która skutkowałą PTSD. Obejmuje 5 części, które w normalnych warunkach ambulatoryjnej psychoterapii odpowiadają pięciu 45-minutowym sesjom.

Początkiem terapii poznawczej jest określenie celu terapii. Jeżeli problem poczucia winy odgrywa istotną rolę w obecnym funkcjonowaniu pacjenta, celem kolejnych spotkań terapeutycznych będzie redukcja dyskomfortu przez uzyskanie obiektywnej i adekwatnej oceny własnej roli w traumatycznym wydarzeniu.

Kolejne fazy terapii obejmują: **(I)** szczegółową ocenę **nasilenia poczucia winy**, **(II)** wysłuchanie **relacji o wydarzeniu**, **(III)** edukację **o winie**, **(IV)** właściwą **terapię poznawczą poczucia winy**, **(V)** **podsumowanie**.

Faza I (sesja 1), czyli ocena nasilenia poczucia winy, odbywa się na podstawie kwestionariusza postaw wobec winy oraz strukturalizowanego wywiadu AAGS (Attitudes About Guilt)² [20, 26]. Podczas wywiadu terapeuta stara się uzyskać informacje dotyczące tego, czy pacjent czuje się winny z powodu czegoś, co **zrobił** (podczas traumatycznego wydarzenia albo czegoś, co miało z nim związek) albo z powodu tego, czego wówczas **nie zrobił**. Terapeuta pyta także o odczuwane podczas zdarzenia **emocje**, z powodu których pacjent czuje się winny oraz o **myśli**, które wówczas przyszedły do głowy i mimo że teraz pacjent uznaje je za nieprawdziwe, czuje się winny. Terapeuta dąży do uzyskania informacji o sposobie, w jaki poczucie winy wpływa na obecne życie pacjenta (dyskomfort, zachowania itp.) oraz wprowadza wątek mo-

² Wersja polska TRGI i AAGS opracowana dla celów badawczych dostępna u autorki artykułu.

tywujący do dalszej terapii poprzez analizę tego, co według pacjenta zmieniłoby się, gdyby uwolnił się od poczucia winy (uwzględniając potencjalne zmiany na gorsze).

Następnie, podczas tej samej sesji, przechodzi do drugiej fazy terapii. Wysłuchanie **relacji o wydarzeniu** ma na celu uzyskanie szczegółowego opisu (rekonstrukcji) zdarzenia związanego z poczuciem winy. W przeciwieństwie do technik ekspozycji nie dąży się jednak do zaangażowania emocjonalnego pacjenta w opis wydarzenia.

Kolejna faza to edukacja o poczuciu winy. Terapeuta, dysponujący już informacjami z wywiadu AAGS, posiłkuje się przedstawionym w części teoretycznej rysunkiem (ryc. 1), podkreśla złożoność zjawiska poczucia winy jako nieprzyjemnego uczucia oraz jako **sposobu myślenia** obejmującego cztery główne wątki: przypisywanie sobie pełnej odpowiedzialności za negatywne, czasem tragiczne w skutkach wydarzenie, brak usprawiedliwienia dla własnych zachowań, pogwałcenie wyznawanych przez siebie zasad i wartości oraz przekonanie o dysponowaniu wiedzą, co się wydarzy przed samym wydarzeniem. Zakończeniem pierwszej sesji jest przedstawienie planu dalszej terapii oraz pracy osobistej pacjenta, która ma stymulować autorefleksję i zdobywanie nowych doświadczeń. Terapeuta zachęca do odnotowywania w najbliższym tygodniu sytuacji, podczas których mimowolnie pojawią się myśli „powinna była to przewidzieć” lub „mogłem wtedy” itp. Pacjent otrzymuje broszurę dotyczącą poczucia winy i charakterystycznych zniekształceń poznawczych z zachętą do przeczytania wstępu i zanotowania spostrzeżeń i wątpliwości. Ponieważ (jeśli) sesje są nagrywane, pacjent otrzymuje nagranie sesji z prośbą o ich wysłuchanie i sformułowanie wniosków.

Następne 2–4 sesje (IV faza) poświęcone są właściwej terapii poznawczej – czterem procedurom ukierunkowanym na każdy z aspektów winy oddzielnie. Główną techniką terapeutyczną, obok psychoedukacji, jest dialog sokratejski (szczegółowo omówiony w innych pozycjach poświęconych terapii poznawczej [24, 25]). Kolejno omawiane jest każde z dysfunkcyjnych przekonań i towarzyszących im zniekształceń poznawczych:

1. Analiza **możliwości przewidzenia i zapobieżenia** wydarzeniu – praca ze zniekształceniem poznawczym – „mądrością po szkodziu”;
2. Analiza przekonania o **braku usprawiedliwienia** dla własnych zachowań (rozważanie kwestii, że najbardziej uzasadnionym sposobem działania w danej sytuacji jest najlepszy wybór sposobu działania, jaki został dokonany, zważywszy na informacje, którymi pacjent WÓWCZAS dysponował. Podczas analizy bierze się więc pod uwagę ÓWCZESNE informacje jako podstawy decyzji podjętych przez pacjenta podczas traumy);
3. Analiza przekonania o pełnej **odpowiedzialności** (dyskusja, w której główną rolę pełni reatrybucja, w której podkreśla się, że osoby, które doświadczyły traumatycznego wydarzenia, odgrywały w nim nieskończenie małą rolę wśród wpływu innych ludzi, czynników, sił);
4. Analiza przekonania o pogwałceniu wyznawanych przez siebie zasad i wartości – potępienia **własnych czynów** (celem interwencji jest pomoc pacjentom, którzy myślą, że pogwałcili istotne wartości, zasady. Dyskusja skupia się na kwestii, czy zasady zostały pogwałcone, jeśli intencje były szlachetne, a rezultat okazał się nieprzewidziane niefortunne).

Terapeuta używa wielu metafor, przykładów i w interaktywny sposób odnosi się do doświadczeń pacjenta, co oddaje metodę dialogu sokratejskiego [25], którego celem jest modyfikacja przekonań nacechowanych zniekształceniami. Przejście do omawiania kolejnego aspektu poczucia winy następuje po wyczerpaniu poprzedniego (jeśli do końca sesji pozostało wystarczająco dużo czasu (ok. 20–30 minut), aby móc nowy wątek przeanalizować). Praca osobista po każdej sesji w tej fazie terapii to wysłuchanie nagrania sesji oraz przeczytanie odpowiadającej sesji części z broszury pacjenta, zanotowanie pytań i wątpliwości.

Podsumowanie (V faza) to ostatni etap każdej terapii poznawczej – konsolidacji wniosków. Na podstawie AAGS omówione są zmiany, jakie zaszły podczas analizowania poszczególnych aspektów poczucia winy. Kanwą rozmowy może stanowić ponownie wywiad AAGS.

Ilustracja kliniczna

Opisany wyżej moduł poczucia winy został opracowany w celu rozszerzenia możliwości terapeutycznych PE, a nie jako wyłączny rodzaj terapii PTSD, różni się on zatem od tej, którą badał i opisywał Kubany [28]. Ilustrację kliniczną zastosowania modułu może stanowić przebieg nasilenia objawów PTSD [29] i wyniki terapii ośmiu pacjentów z nasilonym poczuciem winy (AAGS) [20], zakwalifikowanych do terapii na podstawie rozpoznania przez niezależnego psychiatrę dokonanego według SCID-I [30] (rys. 2).

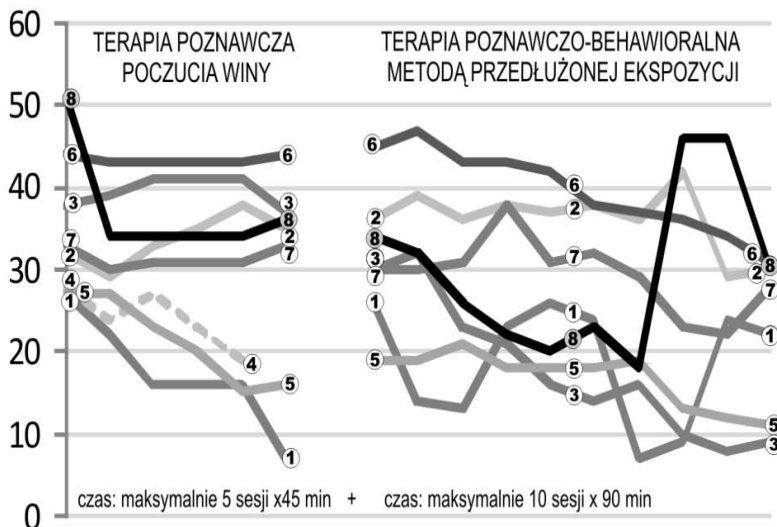
Sześciu pacjentów (85,7%) ukończyło pełną terapię z pojedynczymi objawami niespełniającymi kryteriów rozpoznawania PTSD. Wstępna ocena wielkości efektu dla zmiany w ogólnym poczuciu winy (AAGS) ($d = 0,84$) jest, używając terminologii Cohena, „duża” ($d > 0,8$).

Dyskusja

Celem artykułu było przedstawienie propozycji pracy z poczuciem winy, zgodnej z zasadami terapii poznawczej, ujętej w protokół oraz ilustracja zastosowania tego protokołu wstępnyimi wynikami terapii.

Prezentowany wyżej sposób rozumienia poczucia winy występującego często (ale nie wyłącznie) u osób po doświadczeniach traumatycznych stanowi podstawę interwencji terapeutycznych określonych mianem „Terapii poznawczej związanej z traumą poczucia winy”. Nie jest to model zaburzenia, a jedynie szczegółowa analiza zjawiska winy w PTSD. W świetle dostępnych badań nie można ustosunkować się do roli, jaką pełni samo poczucie winy w powstawaniu i utrzymywaniu się objawów PTSD. Jest ono obecne w poznawczych modelach tego zaburzenia stanowiących podstawę terapii zorientowanych na traumę. Terapia metodą przedłużonej ekspozycji zakłada, że dysfunkcyjne przekonania (w tym na temat odpowiedzialności za wydarzenie traumatyczne) są immanentną składową patologicznej struktury strachu, a mechanizmem uniemożliwiającym modyfikację patologicznej struktury strachu jest unikanie. Podstawą terapii jest zatem aktywizacja struktury strachu podczas ekspozycji i jej

Rycina 2. Przebieg nasilenia objawów PTSD, mierzony skalą PDS, podczas terapii poznawczej poczucia winy i następującej bezpośrednio po niej terapii metodą przedłużonej ekspozycji



PACJENCI:

- 1 K, l. 35. Kierowca.
Przed terapią: umiarkowane PTSD. St. po urazie głowy. Po terapii: nie spełnia kryteriów PTSD (częściowa remisja).
- 2 K, l. 18. Piesza potrącona przez samochód
Przed terapią: umiarkowane PTSD. St. po urazie głowy. Po terapii: nie spełnia kryteriów PTSD (częściowa remisja).
- 3 M, l. 40. Kierowca, potrącenie pieszej na przejściu dla pieszych.
Przed terapią: ciężkie PTSD. Po terapii: nie spełnia kryteriów PTSD (częściowa remisja).
- 4 K, l. 31. Pasażerka autobusu.
Przed terapią: umiarkowane PTSD. Przerwała terapię po module poczucia winy.
- 5 M, l. 23. Kierowca, w wypadku ciężkie obrażenia pasażera.
Przed terapią: umiarkowane PTSD. Po terapii: nie spełnia kryteriów PTSD (częściowa remisja).
- 6 M, l. 43. Kierowca, potrącenie pieszej
Przed terapią: ciężkie PTSD. Po terapii: nie spełnia kryteriów PTSD (częściowa remisja).
- 7 M, l. 31. Motocyklista.
Przed terapią: umiarkowane PTSD. Po terapii: nie spełnia kryteriów PTSD (pełna remisja).
- 8 M, l. 31. Pasażer.
Przed terapią: ciężkie PTSD. Po terapii: spełnia krytera – łagodne PTSD (uczestnik kolizji drogowej po 7 sesji).

modyfikacja w procesie uczenia się – poprzez doświadczenia zdobyte na podstawie ekspozycji. W myśl założeń PE praca z poczuciem winy odbywa się podczas przedłużonej ekspozycji wyobrażeniowej i przetwarzania traumatycznego wydarzenia [6, 31]. W terapii przetwarzania poznawczego (cognitive processing therapy – CPT) przekonania dotyczące winy, odpowiedzialności za traumatyczne wydarzenie analizowane są wspólnie z innymi dysfunkcjonalnymi przekonaniami utrwalonymi przez

to doświadczenie. Istnieją wyniki badań wskazujące na redukcję poczucia winy pod wpływem standardowo prowadzonej CPT [32]. W modelu poznawczym Ehlers i Clarka postrzeganie traumy i własnej roli w wydarzeniu stanowi „paliwo” dla centralnego w tym modelu poczucia zagrożenia i wynikających z niego strategii behawioralnych [5]. Praca z poczuciem winy w terapii poznawczej jest wpleciona w całość interwencji poznawczych. Ocena wpływu przedstawionej wyżej terapii poczucia winy na ostateczny rezultat terapii PTSD wymagałaby dalszych badań składowych terapii. W świetle wstępnych wyników i obserwacji zastosowanie modułu realizuje zasadę *primum non nocere* (choć wpływa na wydłużenie terapii o kilka spotkań), może mieć wpływ na zmniejszenie specyficznych dla poczucia winy przekonań, w tym poczucia odpowiedzialności. Obserwacja przebiegu nasilenia objawów wskazuje na zapoczątkowanie zmniejszania się nasilenia objawów PTSD. Nie wiemy, co by było, gdyby praca poznawcza była kontynuowana i nie nastąpiła integracja dwóch rodzajów interwencji – terapii poznawczej i PE. Czy uzasadniona jest modyfikacja istniejących protokołów terapii poprzez dołączenie pewnych technik, jak to uczyniliśmy, czy też bardziej uzasadnione byłoby zastosowanie pełnej terapii opartej na spójnych założeniach teoretycznych, na podstawie wstępnej diagnozy problemu? Te pytania podkreślają jedynie konieczność dalszych badań nad rolą specyficznych składowych terapii w ostatecznym efekcie leczenia.

Podsumowanie

Przedstawiony protokół terapii stanowi propozycję pracy z pacjentami, u których poczucie winy zajmuje ważne miejsce w obrazie klinicznym PTSD. O zasadności zwrócenia uwagi na tę grupę pacjentów przekonuje wyodrębnienie w DSM-5 objawów związanych z dysfunkcyjną winą jako kryterium diagnostycznego. Konceptualizacja poznawcza poczucia winy oraz odnoszące się do niej interwencje mogą także stanowić inspirację dla terapeutów pracujących z pacjentami, u których poczucie winy jest związane z dystresem, obniżonym nastrojem (np. w przebiegu depresji czy zaburzeń przystosowania), a nie wiąże się bezpośrednio z doświadczeniami traumatycznymi, lecz z negatywnymi wydarzeniami życiowymi.

Piśmiennictwo

1. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Fourth edition. Test revision (DSM-IV-TR). Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
2. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Third edition (DSM-III). Washington, DC: American Psychiatric Association; 1980.
3. Landowski J. *Biologiczne mechanizmy stresu*. W: Bilikiewicz A, Pużyński S, Rybakowski J, Wciórka J. red. *Psychiatria*. T. 1. Wrocław: Urban & Partner; 2002. s. 179–191.
4. Sullivan D. *From guilt-oriented to uncertainty-oriented culture: Nietzsche and Weber on the history of theodicy*. *J. Theoret. Phil. Psychol.* 2013; 33(2): 107–124.
5. Ehlers A, Clark DM. *A cognitive model of posttraumatic stress disorder*. *Behav. Res. Ther.* 2000; 38: 319–345.

6. Foa EB, Hembree EA, Olasov Rothbaum B. *Przedłużona ekspozycja w terapii PTSD. Emocjonalne przetwarzania traumatycznych doświadczeń*. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2014.
7. Grunert BK, Weis JM, Smucker MR, Christianson HF. *Imagery rescripting and reprocessing therapy after failed prolonged exposure for post-traumatic stress disorder following industrial injury*. J. Behav. Ther. Exp. Psychiatrii 2007; 38: 317–328.
8. Prot K. *Badania nad skutkami Holokaustu*. Psychoterapia 2009; 4: 65–76.
9. Ferrada-Noli M, Asberg M, Ormstad K, Lundin T, Sundbom E. *Suicidal behavior after severe trauma, part I: PTSD diagnoses, psychiatric comorbidity, and assessments of suicidal behavior*. J. Trauma. Stress 1998; 11: 103–112.
10. Hendin H, Haas AP. *Suicide and guilt as manifestations of PTSD in Vietnam combat veterans*. Am. J. Psychiatry 1991; 148: 586–591.
11. Marx BP, Foley KM, Feinstein BA, Wolf EJ, Kaloupek DG, Keane TM. *Combat-related guilt mediates the relations between exposure to combat-related abusive violence and psychiatric diagnoses*. Depress. Anxiety 2004; 27: 287–293.
12. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Fifth edition (DSM-5). Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
13. Bradley R, Greene J, Russ E, Dutra L, Westen D. *A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD*. Am. J. Psychiatry 2005; 162: 214–227.
14. Popiel A, Pragłowska E. *Terapia zaburzeń potraumatycznych*. W: Strelau J, Zawadzki B, Kaczmarek M. red. *Konsekwencje psychiczne traumy: uwarunkowania i terapia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar; 2009. s 334–365.
15. Popiel A, Zawadzki B, Pragłowska E, Teichman Y. (w recenzji). *A randomized controlled trial of prolonged exposure, paroxetine and combined treatment for PTSD following a motor vehicle accident – The “TRAKT” Study*.
16. National Institute of Clinical Excellence. *Post-Traumatic Stress Disorder: The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care*. London: National Collaborating Centre for Mental Health; 2005. (<http://guidance.nice.org/CG26>)
17. Foa EB, Gillihan SJ, Bryant RA. *Challenges and successes in dissemination of evidence-based treatments for posttraumatic stress: Lessons learned from prolonged exposure therapy for PTSD*. Psychol. Sci. Public Interest 2013; 14(2; supl.): 65–111.
18. Pitman RK, Altman B, Greenwald E, Longpre RE, Macklin ML, Poire RE i wsp. *Psychiatric complications during flooding therapy for posttraumatic stress disorder*. J. Clin. Psychiatrii 1991; 52: 17–20.
19. Van Minnen A, Harned M, Zoellner L, Mills K. *Examining potential contraindications for prolonged exposure therapy for PTSD*. Eur. J. Psychotraumatol. 2012; 3.
20. Kubany ES. *The Trauma Related Guilt Inventory (TRGI). Assessing and treating PTSD manual*. Los Angeles: Western Psychological Services; 2004.
21. Kubany ES, Manke FP. *Cognitive therapy for Trauma-Related Guilt: Conceptual bases and treatment outlines*. Cogn. Behav. Pract. 1995; 2: 27–61.
22. Huppert JD, Foa EB, Mc Nally RJ, Cahil SP. *Role of cognition in stress induced and fear circuitry disorders*. W: Andrews G, Charney DS, Sirovatka PJ, Regier DA. red. *Stress induced and fear circuitry disorders. Refining the research agenda for DSM-V*. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013. s. 175–194.
23. Lang PJ. *A bio-informational theory of information processing analysis of fear*. Behav. Ther. 1979; 8: 862–886.
24. Beck J. *Terapia poznawczo-behawioralna. Podstawy i zagadnienia szczegółowe*. Wydanie II. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2012.

25. Popiel A, Pragłowska E. *Psychoterapia poznawczo-behawioralna. Teoria i praktyka*. Warszawa: Wydawnictwo Paradygmat; 2008.
26. Popiel A, Pragłowska E. *Psychoterapia poznawcza poczucia winy – protokół modułu*. Broszura terapeuty i broszura pacjenta. Niepublikowany manuskrypt. Warszawa; 2013.
27. Popiel A, Zawadzki B. *Przedłużona ekspozycja w Polsce. Wstęp do polskiego wydania*. W: Foa EB, Hembree EA, Olasov Rothbaum B. *Przedłużona ekspozycja w terapii PTSD. Emocjonalne przetwarzanie traumatycznych doświadczeń*. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2014. s. 9–11.
28. Kubany ES, Hill EE, Owens JA, Iannce-Spencer C, McCaig MA, Tremayne KJ. *Cognitive trauma therapy for battered women with PTSD (CTT-BW)*. J. Consult. Clin. Psychol. 2004; 72: 3–18.
29. Dragan M, Lis-Turlejska M, Popiel A, Szumiał S, Dragan W. *The validation of the Polish version of the Posttraumatic Diagnostic Scale and its factor structure*. Eur. J. Psychotraumatol. 2012; 3.
30. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. *Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis I Disorders*. Research version. Patient edition (SCID-I/P). New York: Biometrics Research, New York State Psychiatric Institute; 2002. Wersja polska. Popiel A, Zawadzki B, Pragłowska E. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP; 2013.
31. Foa EB, Rauch SAM. *Cognitive changes during prolonged exposure versus prolonged exposure plus cognitive restructuring in female assault survivors with posttraumatic stress disorder*. J. Consult. Clin. Psychol. 2004; 72: 879–884.
32. Nishith P, Nixon RD, Resick PA. *Resolution of trauma-related guilt following treatment of PTSD in female rape victims: a result of cognitive processing therapy targeting comorbid depression?* J. Affect. Disord. 2005; 86(2–3): 259–265.

Adres: Agnieszka Popiel
Interdyscyplinarne Centrum Genetyki Zachowania UW
00-183 Warszawa, ul. Stawki 5/7 pok. 12

Autorka składa szczególne podziękowania Profesorowi Bogdanowi Zawadzkiemu i Doktor Ewie Pragłowskiej, bez których realizacja badań i programu terapii PTSD nie byłaby możliwa.

Otrzymano: 13.01.2014
Zrecenzowano: 17.02.2014
Otrzymano po poprawie: 1.03.2014
Przyjęto do druku: 11.04.2014