

Agnieszka Popiel

## AUTOREFERAT

przedstawiający opis osiągnięć naukowych,  
w szczególności określonych w art. 16 ust. 2 ustawy

Uniwersytet Humanistycznospołeczny SWPS  
Wydział Psychologii

Warszawa, 2019





## SPIS TREŚCI

<b>1. Imię i nazwisko</b>	3
<b>2. Posiadane dyplomy, stopnie naukowe</b>	3
<b>3. Informacje o zatrudnieniu w jednostkach naukowych</b>	3
<b>4. Wskazanie osiągnięcia</b>	4
4. 1. Wstęp: PTSD problem kliniczny i społeczny	5
4. 2. Wnioski z dostępnych przed rozpoczęciem badań przeglądów literatury nad skutecznością psychoterapii	7
4. 3. Plan badania TRAKT	9
4. 4. Przygotowanie i przeprowadzenie badań	11
4. 5. Wyniki dotyczące skuteczności PE w porównaniu z farmakoterapią i leczeniem skojarzonym	15
4. 6. Czynniki wpływające na skuteczność psychoterapii	16
4. 7. Rola temperamentu	18
4. 8. Rezygnacje, przedwczesne zakończenia terapii i niepowodzenia w terapii czyli wytyczne dla dalszych badań	21
4. 9. Główne wnioski z programów TRAKT	24
4. 10. Profilaktyka PTSD - wnioski z dostępnych przed rozpoczęciem badań przeglądów literatury	25
4. 11. Plan badania „Skuteczne działanie w stresie”	28
4. 12. Przygotowanie i przeprowadzenie badań	29
4. 13. Wyniki dotyczące skuteczności szkolenia	31
<b>5. Opis pozostałej działalności naukowej</b>	32
5.1. Psychopatologia, struktura objawów PTSD i diagnoza kliniczna	33
5.2. Uwarunkowania osobowościowe/temperamentalne PTSD	37
5.3. Zaburzenia osobowości	38
5.4. Psychoterapia poznawczo-behawioralna	39
<b>6. Podsumowanie i plan dalszych badań</b>	40
<b>7. Literatura</b>	42
<b>8. Dodatek: Skala oceny metodologii badań nad skutecznością terapii L.G Östa</b>	45

**1. Imię i nazwisko: Agnieszka Popiel****2. Posiadane dyplomy i stopnie naukowe:**

1993 – lekarz (Akademia Medyczna w Warszawie),

1997 – specjalizacja w psychiatrii

2003 – doktor nauk medycznych (Akademia Medyczna w Warszawie). Temat rozprawy doktorskiej „Zblednięcie emocjonalne a odczuwanie i modulacja emocji w schizofrenii” [Promotor prof. dr hab. Andrzej Kokoszka, recenzenci: prof. dr hab. Tomasz Maruszewski, prof. dr hab. Jadwiga Komender]

2002 - Certyfikat Psychoterapeuty Poznawczo-Behawioralnego Włoskiego Towarzystwa Terapii Behawioralnej i Poznawczej (Società Italiana di Terapia Cognitiva e Comportamentale) nr 1345.

2002 - Certyfikat Psychoterapeuty Poznawczo-Behawioralnego Polskiego Towarzystwa Terapii Behawioralnej i Poznawczej (PTTPB) nr 11.

2005 - Certyfikat Superwizora- Dydaktyka Polskiego Towarzystwa Terapii Behawioralnej i Poznawczej (PTTPB) nr 10.

2010 - Certyfikat Akredytacyjny European Association for Behavioral and Cognitive Therapies

**3. Informacje o dotychczasowym zatrudnieniu w jednostkach naukowych:**

1996 – obecnie: Uniwersytet Humanistycznospołeczny SWPS - obecne stanowisko: adiunkt (od 2005), kierownik Szkoły Psychoterapii Poznawczo-Behawioralnej SWPS – czteroletnich studiów podyplomowych w terapii poznawczo-behawioralnej, kierownik studiów podyplomowych w superwizji.

2016 – obecnie: Klinika Psychiatrii, Stresu Bojowego i Psychotraumatologii, Wojskowy Instytut Medyczny w Warszawie - superwizor psychoterapii.

**W przeszłości:**

2008 – 2018: Uniwersytet Warszawski: ICGZ UW oraz ISSUW – współpracownik, kierownik programu terapii PTSD „Trakt” i badań nad skutecznością terapii

1994 – 2003: II Klinika Psychiatryczna Akademii Medycznej w Warszawie początkowo w całodobowych oddziałach psychiatrycznych Szpitala Nowowiejskiego następnie w ambulatorium - Centrum Psychoterapii. Diagnoza kliniczna, farmakoterapia, psychoterapia indywidualna i grupowa. Udział w badaniach klinicznych II i III fazy nad skutecznością neuroleptyków i leków przeciwdepresyjnych. Dydaktyka: ćwiczenia i wykłady z psychiatrii klinicznej dla studentów VI roku medycyny (II Wydział Lekarski, oraz Wydział Nauczania w Języku Angielskim).

**Zatrudnienie związane z działalnością kliniczną.**

**2007 – obecnie:** prywatna specjalistyczna praktyka lekarska psychiatryczna i psychoterapeutyczna.

**2002 – 2007:** Centrum CBT ul Piękna 68 00- 672 Warszawa [www.cbt.pl](http://www.cbt.pl)

Praktyka kliniczna: pacjenci z zaburzeniami lękowymi, afektywnymi, osobowości – terapia indywidualna.

**1994 – 2004:** Szpital Nowowiejski w Warszawie – oddziały całodobowe i dzienne. Diagnoza kliniczna, farmakoterapia, psychoterapia indywidualna i grupowa.

**4. Osiągnięcie naukowe wynikające z art. 16 ust. 2 ustawy z dnia 14 marca 2003 r. o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki:**

Jako swoje główne osiągnięcie naukowe uważam badania nad skutecznością terapii oraz profilaktyki pourazowego zaburzenia stresowego (PTSD). Trzon badań stanowiło przeprowadzanie pierwszych w Polsce badań typu RCT nad skutecznością psychoterapii poznawczo-behawioralnej, farmakoterapii i leczenia połączonego w leczeniu PTSD (TRAKT). Wyniki tych badań, jako jednych z nielicznych opublikowanych na świecie badań bezpośrednio porównujących te trzy formy leczenia zostały uwzględnione w najnowszych wytycznych dotyczących leczenia PTSD opublikowanych przez National Institute of Care and Clinical Excellence (NICE, 2019).

Wnioski z badań posłużyły do sformułowania założeń kolejnych badań i oddziaływań praktycznych - protokołów psychoterapii i profilaktyki PTSD. Opracowanie metody i realizacja w podobnym planie badania nad skutecznością szkolenia profilaktycznego „Skuteczne działanie w stresie” stanowi wkład w wiedzę dotyczącą możliwości działań o typie profilaktyki pierwszego stopnia u osób narażonych na traumatyzację zawodową.

**A). Tytuł osiągnięcia naukowego**

**„Skuteczność terapii i profilaktyki pourazowego zaburzenia stresowego (PTSD)”**

**B). Prace wchodzące w skład osiągnięcia naukowego** są wymienione w załączniku nr 4 zatytułowanym „Wykaz prac naukowych oraz informacja o osiągnięciach dydaktycznych, współpracy naukowej i popularyzacji nauki”. Obejmują: dwa rozdziały w książkach krajowych, trzy artykuły (w tym dwa w czasopismach z listy JCR) poświęcone leczeniu PTSD oraz jedną monografię poświęconą profilaktyce.

Dodatkowo w załączniku ujęte są inne, opublikowane po uzyskaniu stopnia doktora, prace związane z problematyką PTSD i psychoterapii poznawczo-behawioralnej, lecz nie wchodzące w skład głównego osiągnięcia. Obejmują one 6 artykułów z listy JCR, 30 artykułów z listy B, trzy książki i 14 rozdziałów w książkach krajowych (w tym 3 w podręcznikach akademickich)

## C. OMÓWIENIE CELU NAUKOWEGO PRAC I OSIĄGNIĘTYCH WYNIKÓW

### 4.1. Wstęp: PTSD problem kliniczny i społeczny

Wystąpienie większości zaburzeń psychicznych poprzedzone jest zazwyczaj sytuacjami, które pacjent wskazuje jako trudne, szczególnie obciążające, a czasem traumatyczne. Niezależnie od określenia użytego przez pacjenta sformułowanie „stresor traumatyczny” jest w psychopatologii zarezerwowane do pewnej grupy wydarzeń, których rezultatem jest stan urazu – traumy. Rezultatem tego urazu mogą być utrwalone trudności w powrocie do poprzedniego funkcjonowania, czasem układające się w zespół objawów zwany pourazowym zaburzeniem stresowym (ang. *post-traumatic stress disorder* – PTSD) lub (synonim) zaburzeniem po stresie traumatycznym. Prototypowe dla myślenia o PTSD wydarzenia traumatyczne to takie, które swoim dramatyzmem przypominają doświadczenia wojenne. Czasy względnego pokoju przynoszą ofiary „wojny na drogach” – uczestników wypadków komunikacyjnych, osoby z doświadczeniem napaści, gwałtów, wszelkich stanów zagrożenia życia. Wydana w 2015 roku klasyfikacja DSM-5 uprawomocnia też wyodrębnienie grup z racji wykonywanego zawodu narażonych częściej niż inni na stresory traumatyczne - pracowników służb ratowniczych, strażaków (np. w badaniu, obejmującym całą populację strażaków zatrudnionych w Korei w momencie badania, liczącą ponad trzydzieści dziewięć tysięcy funkcjonariuszy, PTSD stwierdzono u 5,4% badanych; Kim i in., 2018). PTSD jest jedynym zaburzeniem psychicznym, poza zaburzeniami wywołanymi substancją, w którym czynnik etiologiczny (stresor traumatyczny) jest wyraźnie określony. Z powodu specyfiki pewnych objawów (np. nawracające wspomnienia) i reakcji na nie (unikanie) PTSD często nie zostaje rozpoznane i cierpiące na nie osoby nie otrzymują adekwatnego leczenia. Niezależnie od czynników ryzyka podstawowe znaczenie w etiologii PTSD odgrywa więc niespodziewany stresor o sile rażenia przekraczającej możliwości przetworzenia przez jednostkę informacji i emocji, które mu towarzyszą. Wspomnienie całego wydarzenia lub jego fragmenty zostają zakodowane i w niezmienionej formie upominają się o poznawcze przetworzenie. Wracają więc pod postacią wspomnień, snów czy przeżyć dysocjacyjnych. Naturalny odruch to próba uniknięcia tych wspomnień. Ten całkowicie naturalny w pierwszych dniach i tygodniach po wydarzeniu proces, opisywany jako ostra reakcja na stres w ICD-10 i ICD-11<sup>1</sup> i ostre zaburzenie stresowe w DSM-5, u większości osób wiąże się ze stopniowym ustępowaniem objawów. Gdy proces naturalnej remisji zostaje zablokowany, objawy i dyskomfort utrzymują się.

<sup>1</sup> WHO (Światowa Organizacja Zdrowia) opublikowała w czerwcu 2018 projekt zrewidowanej wersji klasyfikacji ICD-11, która prawdopodobnie zostanie obowiązującą po ostatecznej akceptacji w 2019 i zostanie przetłumaczona na języki narodowe w 2020.

W porównaniu z ICD-10 i DSM-IV (czas, gdy rozpoczynaliśmy badania nad PTSD) klasyfikacja DSM-5 (czas obecnych badań) proponuje dość daleko idące zmiany w definiowaniu PTSD. Nie jest już ono zaburzeniem lękowym, lecz znalazło się w odrębnej grupie – zaburzeń związanych z traumą i stresem. W zmianie kryteriów wyraźnie słychać echo badań i doświadczeń z różnymi grupami pacjentów po doświadczeniach traumatycznych, a przede wszystkim z osobami, dla których stresor był długotrwały (weterani, ofiary przemocy domowej, nadużyć seksualnych w dzieciństwie), co mogło owocować objawami dotychczas związanymi z problemami w regulacji emocji charakterystycznymi dla zaburzeń osobowości (agresja, autoagresja) oraz utrwalonymi zmianami poznawczymi. W kryterium A zawarta jest charakterystyka sposobu doświadczenia stresora – „bezpośrednie narażenie” na doświadczenie, co obejmuje uczestniczenie w wydarzeniu, bycie świadkiem, ale także uzyskanie informacji o zagrożeniu życia, gwałtownej śmierci lub zranieniu bliskiej osoby (dlatego w diagnozie różnicowej należy rozważyć występowanie depresji lub przedłużonej, patologicznej reakcji żałoby). Jednak tym, co stanowi o obecnym problemie pacjenta, są konsekwencje – objawy utrzymujące się przez co najmniej miesiąc, a często całe lata po zadziałaniu stresora oddające istotę klinicznego obrazu PTSD. Należą do nich objawy nawracających, niekontrolowanych intruzywnych wspomnień, wdzierających się do świadomości we śnie, na jawie (np. jako przebliski dysocjacyjne – poczucie, że trauma dzieje się znowu) czy jako dystres lub reakcja fizjologiczna – zlanie się potem, drżenie na bodziec przypominający uraz – uznaje się za patognomoniczne dla PTSD. Naturalnym, ale niestety nie pomagającym sposobem radzenia sobie z niechcianymi wspomnieniami jest unikanie rozmów, wspomnień, sytuacji kojarzących się z traumą. Od początku opisu zwracano uwagę na przewlekły stan wzbudzenia wegetatywnego przejawiający się nadmierną czujnością, drażliwością, kłopotami w koncentracji uwagi, zaburzeniami snu i przesadną reakcją zaskoczenia – wzdrygnięciem na najdrobniejszy przejaw zmiany w otoczeniu. Temu stanowi towarzyszą utrwalone negatywne emocje, niepamięć ważnych fragmentów wydarzenia, zmiana obrazu siebie i świata. Zaburzenie stresowe pourazowe znacząco obniża jakość życia dotkniętych nim osób – łączy się z pogorszeniem ogólnego stanu zdrowia, absencjami w pracy<sup>2</sup>, rozpadem rodzin, krótszą średnią długością życia i zwiększonym ryzykiem samobójstwa. PTSD trwa co najmniej miesiąc, a najdłużej... do końca życia (jak obserwowano to u wielu weteranów wojennych). U około połowy osób objawy PTSD ustępują samoistnie w ciągu 2 lat. Jeżeli to nie nastąpi, szansa na naturalną remisję radykalnie maleje. Pojawia się także ryzyko powstawania „wtórnych” zaburzeń, np. depresyjnych, osobowościowych

<sup>2</sup> Według danych statystycznych ZUS w roku 2018 liczba dni absencji chorobowej z powodu „Reakcji na ciężki stres i zaburzeń adaptacyjnych” wynosiła: 5 826 822, dla porównania z powodu schizofrenii: 691 439 i epizodu depresyjnego: 3 675 903. Należy uwzględnić fakt, że osoby chorujące na schizofrenie częściej otrzymują rentę i nie są zatrudnione.

czy problemów alkoholowych, które w konsekwencji komplikują prowadzenie późniejszej terapii i mogą negatywnie rzutować na jej skuteczność. Szacuje się, że występowanie PTSD w ciągu życia dotyczy 8,7 populacji ogólnej Amerykanów (mniejsze odsetki w Europie i Azji; APA, 2013).

Dane statystyczne Komendy Głównej Policji w roku 2008 podawały liczbę 49 054 wypadków, w których 5 437 osoby poniosły śmierć, a 62 097 doznały obrażeń. W roku 2017 miało miejsce 32 760 wypadków z 2 831 ofiarami śmiertelnymi i 39 466 zabitymi. W Polsce w roku 2017 na milion mieszkańców ginęło w wypadkach 75 osób co plasuje nasz kraj na czwartym od końca miejscu w całej UE (Symon, 2017).

Koncentrację na ofiarach wypadków komunikacyjnych planowanych w 2006 roku badaniach uzasadniały następujące dane:

- uznanie przez WHO wypadków drogowych, jako piątej przyczyny śmierci na świecie,
- liczba wypadków w Polsce (Polska na równi z Włochami i Ukrainą należy do krajów Europejskich o najwyższej bezwzględnej liczbie śmiertelnych wypadków drogowych przekraczającej 5000 ofiar rocznie),
- konfrontacja z zagrożeniem życia (własnego lub innych) lub śmiercią innych osób w wypadku stanowi podstawę dla rozwinięcia zespołu stresu pourazowego u około 10% uczestników (oraz bezpośrednich świadków, osób udzielających pomocy) wypadków drogowych,
- liczba wypadków sprawia, że wypadki drogowe są jedną z najczęstszych przyczyn zaburzenia stresowego pourazowego (PTSD) w krajach, w których nie toczy się wojna,
- niewielka liczba badań dotyczących terapii ofiar wypadków drogowych (w porównaniu z terapią PTSD będącego konsekwencją gwałtu, czy uczestnictwa w wojnie),
- skuteczność jakiegokolwiek formy leczenia PTSD nigdy nie została poddana ocenie w Polsce,
- brak systemu diagnozy i opieki psychologicznej dla ofiar wypadków w Polsce.

#### 4.2. Wnioski z dostępnych przed rozpoczęciem badań przeglądów literatury nad skutecznością psychoterapii

Przygotowanie teoretyczne do badań obejmowało przeglądy literatury dotyczącej psychopatologii i leczenia PTSD. Zebrane materiały przedstawiłam w kilku publikacjach poglądowych, z których dwa rozdziały w książce zaliczam do osiągnięcia głównego:

Popiel, A., Pragłowska, E. (2009). Psychopatologia reakcji na traumatyczne wydarzenia. W: J. Strelau, B. Zawadzki, M. Kaczmarek (red.). *Konsekwencje psychiczne traumy. Uwarunkowania i terapia* (s. 34-59). Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR [\[wykaz prac, I, pozycja 1\]](#)

Popiel A., Pragłowska, E. (2009). Terapia zaburzeń potraumatycznych. W J. Strelau, B. Zawadzki, M. Kaczmarek (red.). *Konsekwencje psychiczne traumy. Uwarunkowania i terapia* (s. 343-370). Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR [\[wykaz prac, I, pozycja 2\]](#)



Ogólne wnioski z dostępnych do roku 2006 badań nad metodami leczenia PTSD, wskazywały na to, że:

- a) najpopularniejsza w praktyce klinicznej pragmatyka łączenia leczenia farmakologicznego z psychoterapią nie ma zaplecza empirycznego - skuteczność leczenia skojarzonego psycho- i farmakoterapii była trudna do określenia z powodu **braku badań**;
- a) skuteczność przeprowadzonych zgodnie z protokołem, zorientowanych na traumę form psychoterapii poznawczo- behawioralnej zdecydowanie przewyższa placebo i odsetek samodzielną remisji – wynosiła około 70% (badania prowadzone głównie w krajach anglosaskich);
- b) skuteczność leczenia farmakologicznego wynosiła około 50% (głównie SSRI: sertralina i paroksetyna);
- c) **znikoma liczba bezpośrednich porównań farmakoterapii z psychoterapią** utrudniała sformułowanie bezpośrednich wniosków dotyczących skuteczności względnej;
- d) mimo pełnego leczenia około 30% osób nie osiągało remisji;
- e) odsetek przedwczesnego zakończenia terapii (drop out) sięgał 20-30%.

Wnioski te sformułowane były na podstawie badań zaliczanych do grupy A (uznanie metody za „opartą na danych naukowych”) (NICE, 2005). Dodatkowo, do roku 2005 nie opublikowano wyników przeprowadzonego w Polsce żadnego badania typu RCT badającego skuteczność psychoterapii poznawczo-behawioralnej w leczeniu PTSD. Zalecenia NICE dotyczące psychologicznego leczenia przewlekłego PTSD z roku 2005<sup>3</sup>, rekomendowały więc terapie, których skuteczność została potwierdzona badaniami empirycznymi i brzmiały następująco:

Leczenie objawów PTSD trwających krócej niż miesiąc powinno być prowadzone tylko wówczas, gdy objawy są bardzo nasilone. Rekomendowaną metodą jest wówczas zorientowana na traumę terapia poznawczo-behawioralna.

Gdy objawy PTSD trwają dłużej niż trzy miesiące, wszystkie osoby cierpiące na PTSD powinny skorzystać z psychoterapii zorientowanej na traumę (TF-CBT lub EMDR). Terapia powinna być prowadzona ambulatoryjnie, jako psychoterapia indywidualna, w czasie 10-12 sesji (należy rozważyć wydłużenie czasu leczenia powyżej 12 sesji, jeśli istnieje konieczność odniesienia się do wielu problemów pacjenta, np. na skutek wielokrotnych doświadczeń traumatycznych

Leczenie farmakologiczne nie jest leczeniem pierwszego rzutu w PTSD. Jeśli nie jest możliwe zastosowanie zorientowanej na traumę psychoterapii, zalecano stosowanie paroksetyny lub mirtazapiny.

Jeśli osoby z rozpoznaniem PTSD zwracają się z prośbą o inne formy psychoterapii (np. terapię wspierającą/niedyrektywną, hipnoterapię, terapię psychodynamiczną lub systemową), należy udzielić im informacji o tym, że do chwili obecnej nie ma danych empirycznych, które wskazywałyby na istotną klinicznie skuteczność tych oddziaływań w leczeniu PTSD.

<sup>3</sup> Zalecenia brytyjskiego National Institute for Care and Clinical Excellence (NICE) zostały uaktualnione w grudniu 2018 - odniosę się do nich w podsumowaniu autoreferatu.

Wobec pacjentów z PTSD, u których w wyniku leczenia terapią zorientowaną na traumę nie nastąpiła poprawa lub stopień osiągniętej poprawy jest niewielki, należy rozważyć inną formę zorientowanej na traumę psychoterapii lub dołączenie leczenia farmakologicznego do psychoterapii zorientowanej na traumę.

We tych wskazaniach autorzy NICE zalecali farmakoterapię jako leczenie drugiego rzutu lub w sytuacji gdy pacjent odmawiał bądź nie miał możliwości albo przeciwwskazane byłoby stosowanie psychoterapii zorientowanej na traumę, np. u ofiary przemocy wciąż narażonej na kontakt ze sprawcą. Autorzy algorytmów takich jak NICE czy nawet późniejszych przeglądów literatury w bazie Cochrane (Hetrick i wsp., 2010) wskazywali na obszary wymagające dalszych badań. W PTSD należą do nich bezpośrednie porównania skuteczności farmako- i psychoterapii, czy też badania nad leczeniem połączonym.

#### 4.3. Plan badania TRAKT

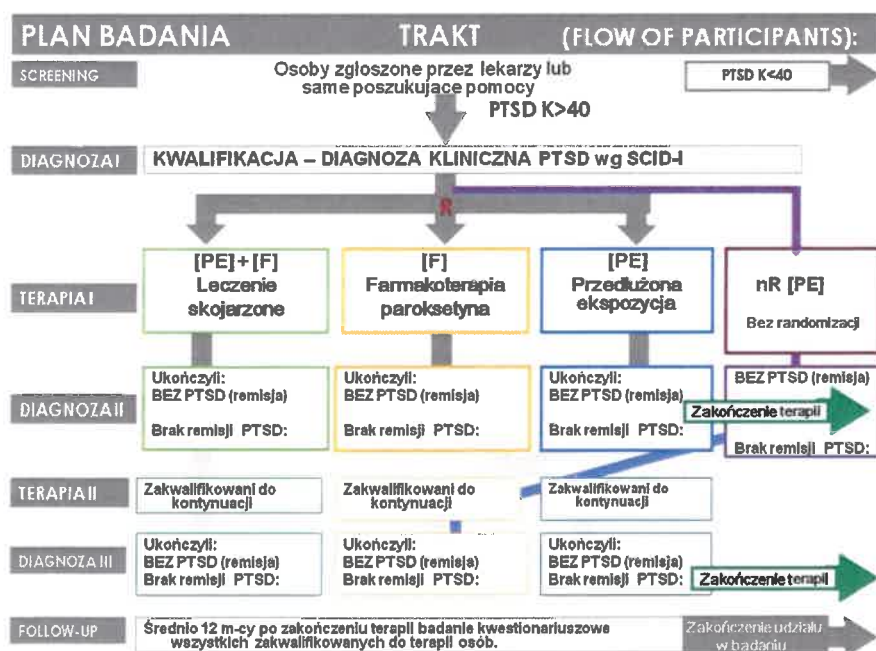
Celem zaplanowanego przeze mnie i podjętego przez nasz zespół badania było wypełnienie istotnej, podkreślanej przez badaczy luki w obszarze leczenia PTSD uzupełnienie brakujących w literaturze przedmiotu danych - porównanie skuteczności leczenia psychoterapią poznawczo-behawioralną, leczenia farmakologicznego i leczenia skojarzonego obiema metodami jednocześnie. Główne założenia i wyniki badania TRAKT zostały przedstawione w artykule stanowiącym trzon osiągnięcia głównego:

Popiel A., Zawadzki B., Pragłowska E., Teichman Y. (2015) A randomized controlled trial of prolonged exposure, paroxetine and combined treatment for PTSD following a motor vehicle accident – The "TRAKT" Study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 48, 17–26 [wykaz prac, I, pozycja 3]

W niniejszym autoreferacie przedstawiam bardziej rozległe omówienie procedury postępowania badawczego, ponieważ stanowiło ono podstawę kolejnych badań, wykraczających poza główny wątek publikacji. Dodatkowo, ponieważ w obszarze porównań skuteczności terapii PTSD było to pierwsze (i jak dotąd jedyne przeprowadzone w Polsce i opublikowane za granicą badanie) sama procedura wymagała opracowania, a kolejne kroki stanowiły źródło danych zaprezentowanych w publikacjach dodatkowych. Z tego powodu zakres „Autoreferatu” jest szerszy niż główne osiągnięcie, które koncentruje się na skuteczności terapii i profilaktyki PTSD oraz wybranych predyktorach.

Badania nad psychoterapią koncentrują się na określeniu skuteczności w warunkach klinicznych (*efficacy*) oraz użyteczności, czyli skuteczności w praktyce terapeutycznej (*effectiveness*). Inna grupa badań (*dismantling studies*), koncentruje się na analizie poszczególnych składowych terapii, (np. określeniu znaczenia poszczególnych technik terapeutycznych). Psychoterapia poznaw-

czo-behawioralna, traktowana jako psychologiczna metoda leczenia zaburzeń psychicznych i problemów emocjonalnych, zakłada stosowanie standardów oceniania skuteczności podjętych oddziaływań, podobnych do przyjętych w naukach medycznych, na przykład modelem PICO ( $P = \text{Patient}$ ,  $P = \text{Problem}$ ,  $P = \text{Population}$   $I = \text{Intervention}$ ,  $P = \text{Prognostic Factor}$ ,  $E = \text{Exposure}$   $C = \text{Comparison}$   $O = \text{Outcome}$ ) pozwalającym na syntezę danych z badań przeprowadzonych zgodnie ze standardami metodologicznymi przyjętymi dla badań typu RCT. Plan badania TRAKT zakładał zatem porównanie psycho- i farmakoterapii w planie badawczym typu RCT (*randomized controlled trial*) oraz uwzględnienie wytycznych zawartych w skali oceny metodologii badań nad skutecznością terapii L.G Östa (2008, załączona w dodatku do autoreferatu: pozycja 9,10] (Rys. 1). Od momentu zgłoszenia się do programu każdy z pacjentów potencjalnie zakwalifikowanych przechodził przez: badania przesiewowe – (w sumie około 3 godzin poświęconych na wypełnienie kwestionariuszy oraz testów poznawczych), wizytę diagnostyczną przed terapią trwającą 1-2 godziny, 10 do dwunastu półtoragodzinnych sesji psychoterapeutycznych odbywających się w ciągu trzech miesięcy, wizytę diagnostyczną po terapii trwającą około 1-2 godziny oraz badanie follow-up po 6-miesiącach do roku po zakończeniu terapii (około 2 godziny). Sam udział jednego pacjenta w badaniu to zatem około 16 miesięcy (i 24 godziny samej pracy diagnostycznej i terapeutycznej) zaangażowania pracy zespołu badawczego.



Rys1. Plan badania TRAKT

Nazwa badania pochodziła od słów Trauma Katastrofy Terapia. Zdawaliśmy sobie sprawę z praktycznego i etycznego aspektu badań – związanego z brakiem w Polsce jakiegokolwiek systemowej opieki dla pacjentów z PTSD po wypadkach i trudną sytuacją pacjentów, u których terapia okaza-

łaby się niewystarczająca lub którzy mając PTSD nie mogliby wziąć udziału w randomizacji (np. kobiety w ciąży, które nie mogłyby być leczone farmakologicznie lub osoby, które wcześniej były leczone paroksetyną lub przedłużoną ekspozycją). Plan badania zakładał randomizację do trzech potencjalnie skutecznych metod, dlatego nie chcąc pozbawiać pacjentów, u których wylosowana forma terapii okazałaby się nieskuteczna szanse ze skorzystania z drugiej – potencjalnie skutecznej metody stworzyliśmy im szansę skorzystania z drugiej formy terapii po zakończeniu pierwszej. Osobom, które nie mogły podlegać randomizacji zaproponowaliśmy psychoterapię metodą przedłużonej ekspozycji u kształcących się terapeutów (poza głównym nurtem badawczym programu TRAKT).

#### 4.4. Przygotowanie i przeprowadzenie badań

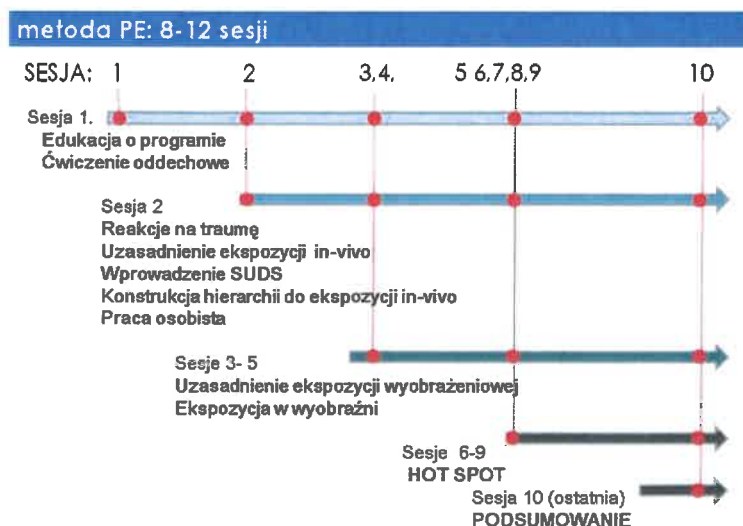
Przygotowanie do badań zakładało analizę mocy, wybranie protokołu z grupy psychoterapii poznawczo-behawioralnej zorientowanej na traumę, opracowanie protokołów diagnozy, farmakoterapii i leczenia połączonego, opracowanie narzędzi diagnostycznych i narzędzi monitorowania zmian, szkolenie diagnostów, szkolenie terapeutów, szkolenie supervisorów [por. Skala Östa]. Badana grupa miała z założenia [Skala Östa: pozycje 2, 3] składać się z osób cierpiących na (potwierdzone badaniem psychiatrycznym) PTSD jako zaburzenie dominujące w obrazie klinicznym i być reprezentatywna dla tego typu pacjentów czyli kryteria wyłączenia były ograniczone do minimum zapewniającego czystość planu badania (dominacja innego niż PTSD zaburzenia, leczenie farmakologiczne lub psychoterapeutyczne w trakcie terapii a w przeszłości leczenie którekolwiek z badanych form terapii, zagrożenie samobójcze, psychoza). Nie wykluczaliśmy zaburzeń współwystępujących, co jak pokazały wyniki zapewniło dużą reprezentatywność kliniczną grupy, zgodnie z postulatami badań typu *effectiveness*.

##### *a) Wybór i opracowanie protokołu psychoterapii*

Przytoczone wcześniej wytyczne National Institute for Clinical Excellence (NICE) z 2005 roku rekomendowały terapie, których skuteczność została potwierdzona badaniami empirycznymi. Analizując ex-post cechy skutecznych terapii, zauważono, że wiele programów terapeutycznych w obrębie terapii poznawczo-behawioralnej koncentruje się wokół przepracowania wspomnienia traumatycznego wydarzenia oraz znaczenia, jakie nadał mu pacjent. Są to terapie określane jako „zorientowana na traumę terapia poznawczo-behawioralna” PTSD (T-F CBT). Jedną z nich jest metoda przedłużonej ekspozycji (Foa, Hembree, Olasov-Rothbaum, 2007). Według jej założeń, zgodnie z bioinformacyjną teorią emocji Langa (za Barlow, 2002 str. 54) podstawę rozumienia funkcjonowania osoby przewlekłym PTSD stanowi model zakładający ukształ-

towanie w wyniku traumy nieprawidłowej sieci (struktury) strachu. Strach może być pojmowany jako obecna u każdego struktura poznawcza stanowiąca program ucieczki przed niebezpieczeństwem. Foa i Kozak (1980) twierdzą, że pod wpływem urazu struktura ta zostaje zmodyfikowana, prowadząc do powstania patologicznej struktury strachu - w której mają miejsce fałszywe skojarzenia bodźców neutralnych z wyzwalaniem reakcji ucieczki, fałszywe interpretacje bodźców („szpital znaczy śmierć”, „przejście przez jezdnię jest niebezpieczne”) i błędna interpretacja samych objawów wzbudzenia („skoro odczuwam lęk znaczy że zwariowałam”, „te koszmary mnie zabijają”) stanowiące wytyczne do zachowań unikowych. Terapia metodą przedłużonej ekspozycji zakłada modyfikację „patologicznej sieci strachu” poprzez wygaszanie reakcji warunkowych oraz restrukturyzację - przeformułowanie dysfunkcyjnych, związanych z traumą przekonań wskutek zastosowania technik ekspozycji (zarówno w wyobraźni jak też in-vivo). Przetworzenie emocjonalne i poznawcze unaocznionej podczas ekspozycji sieci strachu prowadzi do zmniejszenia intensywności wszystkich grup objawów PTSD: nawracających wspomnień, unikania i przewlekłego wzbudzenia.

Przedłużona ekspozycja (PE) została wybrana jako dobrze udokumentowana empirycznie metoda leczenia PTSD (Foa, Hembree i Rothbaum, 2007, NICE, 2005). W programie TRAKT PE była prowadzona w ciągu dziesięciu do dwunastu 90-minutowych cotygodniowych sesji. Schemat stosowania kolejnych sesji przedstawia rysunek 2 [por Skala Östa: pozycja 13].



Rys 2. Schemat terapii metodą przedłużonej ekspozycji (opracowanie własne)

#### b) Opracowanie protokołów farmakoterapii i leczenia połączonego

Paroksetynę wybrałam jako standardową formę leczenia farmakologicznego zalecanego wówczas w PTSD (NICE, 2005). Na podstawie dostępnych wówczas badań, zalecaną dawkę 20 mg/dobę osiągnięto w 3-7 dni. Zakładanym mechanizmem działania leków z grupy selektywnych



inhibitorów wychwyty zwrotnego serotoniny SSRI, do których należy paroksetyna było zwiększenie przekąźnictwa serotonergicznego co może powodować stabilizację w niektórych obwodach centralnego układu nerwowego, pełnić rolę mediatorów nadmiernego wzbudzenia układu autonomicznego i wyzwalania wspomnień traumatycznego wydarzenia przez bodźce warunkowe.

Protokół farmakoterapii zakładał wizyty trwające do 45 minut u lekarza psychiatry zatrudnionego w programie. Wypełnienie skal samoopisowych zajmowało 15 minut, a w pozostałym czasie (do 30 minut, co stanowi standard dla wizyty psychiatrycznej), psychiatra skupiał/a się na ocenie stanu psychicznego uczestnika, objawów PTSD, stosowania się do zasad leczenia (pacjenci zwracali zużyte listki po tabletkach), monitorowania możliwych skutków ubocznych i ogólnym wsparciu. Wizyty odbywały się w: 0., 2., 4., 8. i 12. tygodniu leczenia (utrzymanie standardowego planu wizyt w farmakoterapii miało na celu wyrównywanie 12-tygodniowego trwania wszystkich terapii przewidzianych w badaniu. Należy dodać, że skuteczność leczenia farmakologicznego może być – podobnie jak metody PE oceniona już po 12 tygodniach). Dawkę leku stopniowo zmniejszano w ciągu 2 tygodni następujących po 12. tygodniu, przed oceną wywiadem SCID przez niezależnego psychiatrę następującą po leczeniu.

Leczenie skojarzone prowadzili w większości psychiatry będący również psychoterapeutami poznawczo-behawioralnymi, którzy przedłużali sesje PE w 0., 2., 4., 8. i 12. tygodniu leczenia o ok. 15 minut rozmowy o stosowaniu się do zaleceń i ewentualnych objawach ubocznych. Problem równoważności czasu terapii porusza Öst (pozycja 22 skali) jednak w odniesieniu do porównywanych form oddziaływań psychologicznych. Nasz wybór czasu trwania i rozkładu sesji wynikał z potrzeby uwzględnienia specyfiki psychoterapii i farmakoterapii i zapewnienia jak najbardziej realistycznych warunków prowadzenia każdej z form terapii.

### *c) Opracowanie narzędzi diagnostycznych i narzędzi monitorowania zmian*

W toku przygotowania do badania niezbędne było opracowanie polskich wersji narzędzi umożliwiających porównywalność uzyskanych przez nas danych z wynikami innych badaczy na świecie. Były to narzędzia do diagnozy PTSD i zaburzeń współwystępujących SCID I (First, Spitzer, Gibbon & Williams, 1997) i SCID II (First, Gibbon, Spitzer, Williams, & Benjamin, 1997) [wykaz prac, II, pozycja Q2]. Skale samooceny służyły do pomiaru nasilenia objawów PTSD (PDS (Foa, Cashman, Jaycox & Perry, 1997) [wykaz prac, II A, pozycja 2]; depresji (BDI-II (Beck, Steer & Brown, 1996) [wykaz prac, II B, pozycja 36], oraz zmiennych poznawczych i osobowościowych: (PTCI (Foa, Ehlers, Clark, Tolin & Orsillo, 1999 w polskiej adaptacji Dragan i wsp. 2005), PBQ (Beck i wsp.) [wykaz prac, II B, pozycja 27], NEO-FFI (Costa & McCrae, 1992; Zawadzki, Strelau, Szczepaniak & Śliwińska, 1988). Cechy temperamentu były mierzone przed i po terapii kwestionariuszem FCZ-KT (Zawadzki & Strelau, 1997).

#### d) Szkolenie diagnostów

Diagnozę kliniczną prowadzili lekarze, specjaliści psychiatry. Niezależni diagnosty nie byli świadomi jakie leczenie wylosowała, a po terapii jakiemu leczeniu poddana była dana osoba badana i jakie miała oczekiwania dotyczące skuteczności proponowanych przez nas form terapii (kontrolowane podczas badań przesiewowych) dotyczące wyniku leczenia [metoda ślepej próby, por Skala Östa pozycje 2,4,7,8]. W uzupełnieniu wieloletniego doświadczenia klinicznego lekarze diagnosty uczestniczyli w przygotowanym przeze mnie szkoleniu *inter-rater training* (przygotowanym z uwzględnieniem oryginalnych materiałów szkoleniowych Biometrics Research) dotyczącym zastosowania strukturalizowanego wywiadu SCID, wykalibrowania procedur diagnozy przed i po terapii, oraz zgodności ocen [Skala Östa: pozycje 5, 6].

#### e) Szkolenie terapeutów

Psychoterapię prowadziło ponad 20 psychologów i psychoterapeutów poznawczo-behawioralnych o zróżnicowanym doświadczeniu klinicznym kształconych zgodnie ze standardami EABCT (2009). Główne zasady psychoterapii poznawczo-behawioralnej według których prowadzona była terapia opisałam, wraz z dr Ewą Pragłowską w pierwszym polskim podręczniku dotyczącym psychoterapii poznawczo-behawioralnej (zaliczam go do osiągnięć dodatkowych).

Popiel, A., Pragłowska E. (2008) *Psychoterapia poznawczo-behawioralna. Teoria i praktyka*. Warszawa. Paradygmat [wykaz prac, II B, pozycja 1]

Dodatkowo wszyscy psychoterapeuci przeszli 4-dniowe szkolenie ze stosowania oryginalnego protokołu leczenia. [por Skala Östa: pozycje 14,15]. Pierwsze szkolenie było prowadzone przez prof. Yonę Teichman (Tel Aviv University, Izrael), kolejne przez dr Ewę Pragłowską i przeze mnie. Ponieważ opublikowanie w języku polskim podręcznika Foa, Hembree, Olasov Rothbaum (2014 i 2018) było raczej następstwem programu TRAKT - w przygotowaniu badania korzystaliśmy z wersji anglojęzycznej oraz materiałów, które udostępniła Autorka, na których podstawie opracowałam protokół stanowiący dokumentację badania i prowadzonej terapii (Załącznik 4 do wniosku, punkt III C). Opublikowanie wersji polskiej podręcznika już po zakończeniu badań poprzedzone było jedynie naszą przedmową dotyczącą programu TRAKT.

Popiel A., Zawadzki B. (2014). *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 [wykaz prac, II B, pozycja 41]

Zgodność z protokołem i kompetencje terapeutów były sprawdzane na podstawie analizy nagrań sesji, a także comiesięcznych superwizji grupowych zespołu terapeutów oraz superwizji indywidualnych. Nie zanotowano zjawisk rażącego odejścia od protokołu co mogłoby zaowocować wykluczeniem danych pacjenta z analizy. Procedury i problemy superwizji psychoterapii prowadzo-

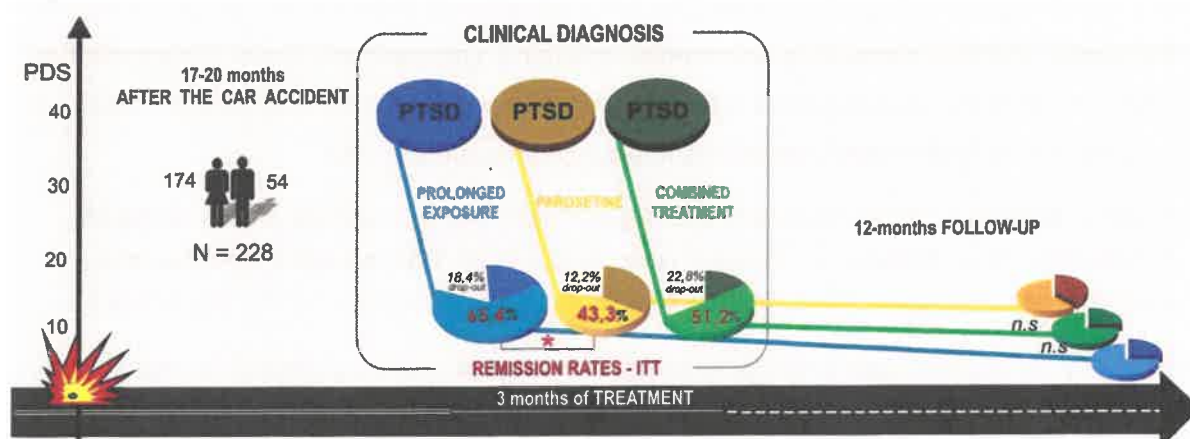
nej w badaniach naukowych opisałam w rozdziale pierwszego polskiego podręcznika poświęconego superwizji w psychoterapii, który został opublikowany w 2013 roku:

Popiel A. (2013). Niezbędnik superwizora. W: A. Popiel, E. Pragłowska (red.), *Superwizja w psychoterapii poznawczo-behawioralnej - koncepcje, procedury, narzędzia* (s. 285-320. Kraków Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego [wykaz prac, II B, pozycje 3 i 10]

#### 4.5. Wyniki dotyczące skuteczności PE w porównaniu z farmakoterapią i leczeniem skojarzonym

Problem istotności klinicznej zmiany w psychoterapii jest przedmiotem dyskusji w literaturze (Jacobson i Truax, 1991). Podstawową miarą skuteczności była remisja objawów PTSD, zdefiniowana jako niespełnianie kryteriów PTSD w ciągu ostatniego miesiąca (ocena SCID sprzed leczenia i po leczeniu) i według wskaźnika ciężkości w PDS (sprzed leczenia, po leczeniu, po 12-miesiącach). Analogicznie do oceny za pomocą SCID, remisja w PDS oznaczała brak minimalnej liczby objawów wymaganej do diagnozy PTSD skorygowanej o kryterium DSM-IV F. Użyliśmy także PDS do oszacowania zaostrzenia objawów podczas leczenia i oceny ewentualnego nawrotu. Nawrót został zdefiniowany jako wzrost o 1 SD lub więcej w liczbie objawów PTSD w porównaniu z wynikiem po leczeniu, zbadany za pomocą PDS w badaniu *follow-up*. Drugorzędną miarą rezultatów był poziom depresji badany za pomocą BDI-II przed leczeniem, po leczeniu i w badaniu *follow-up* [por Skala Œsta: pozycje 5, 6, 21]. Dane analizowano uwzględniając zamiar leczenia (*intent-to-treat*), w naszym przypadku były to zatem dane wszystkich pacjentów, którzy rozpoczęli leczenie, czyli zgłosili się na co najmniej jedną sesję psychoterapii lub wizytę farmakologiczną niezależnie od tego czy leczenie to ukończyli zgodnie z planem czy przerwali terapię (*drop-out*) [por Skala Œsta: pozycje 19, 20].

Abstrakt graficzny przedstawiający syntetycznie główne wyniki (zarówno odsetki remisji w badaniu SCID jak i zmiany w samoopisowej skali PDS) obrazuje Rysunek 3.



Rys 3. Odsetki remisji oraz zmiany w samoocenie PTSD pod wpływem terapii w programie TRAKT (opracowanie własne, abstrakt graficzny towarzyszący artykułowi w wersji online)



*a) Remisja objawów PTSD. Moduł F SCID-I P/R.*

Spośród wszystkich 110 pacjentów, którzy rozpoczęli terapię metodą przedłużonej ekspozycji (PE) 72 osoby (65,4%) ukończyły ją bez PTSD, w grupie otrzymującej paroksetynę odsetek ten wynosił 43,3% i 51,2% w grupie leczenia skojarzonego. Remisja była istotnie częstsza w grupie leczonej wyłącznie psychoterapią metodą przedłużonej ekspozycji niż w grupie leczonej wyłącznie paroksetyną. Różnice w odsetkach przypadków remisji nie były istotne w porównaniach leczenia skojarzonego (Comb) z paroksetyną, ani z przedłużoną ekspozycją. Wartość NNT (liczba pacjentów, których należy poddać danej interwencji przez określony czas, aby zapobiec jednemu niekorzystnemu punktowi końcowemu) wynosi 4,44 dla porównania PE z samą paroksetyną i 7,9 dla leczenia połączonego w porównaniu z F.<sup>4</sup>

*b). Zmiany w nasileniu objawów PTSD badanych skalą samoopisową PDS*

Zmiany w wartościach skali PDS były istotne statystycznie w każdej grupie, ale bez istotnych różnic między grupami. Różnice pomiędzy wynikami z ocen klinicystów i z samoopisu można wyjaśnić wpływem objawów depresyjnych na ocenę objawów skalą samoopisową PDS. W badaniu katamnetycznym po 12 miesiącach (*follow-up*; F-U), efekty leczenia utrzymywały się, zidentyfikowano też różne trajektorie funkcjonowania.

Nie było również znaczących różnic między rodzajami leczenia w klinicznej diagnozie współwystępujących schorzeń po zakończeniu leczenia (podtrzymanie lub zmiana diagnozy, ocenianej wyłącznie u osób, które ukończyły leczenie, za pomocą SCID-I i SCID-II). Analizując zmiany w PDS zależności od innych zmiennych (depresji) przedstawiam w głównym artykule.

**4.6. Czynniki wpływające na skuteczność psychoterapii.**

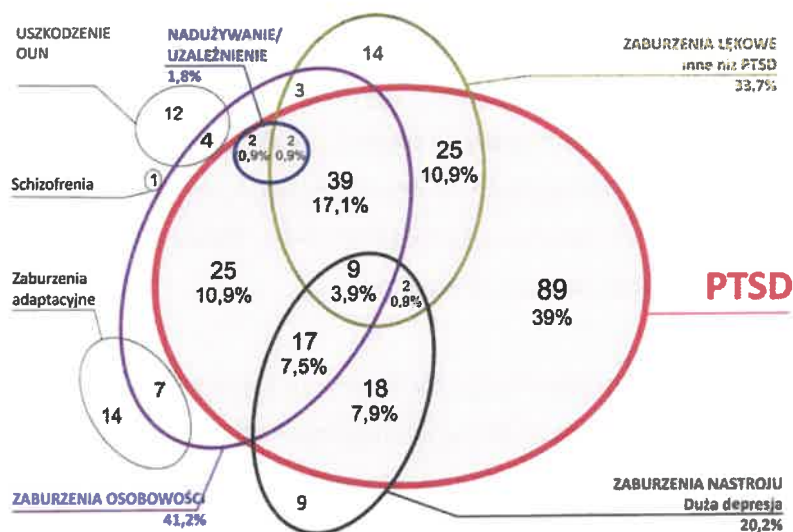
Duża reprezentatywność badanej grupy także pod względem zdiagnozowanych ustrukturalizowanym wywiadem diagnostycznym SCID zaburzeń współwystępujących (Rysunek 6) pozwoliła na analizę wpływu na skuteczność psychoterapii (liczebność grupy PE) zmiennych psychopatologicznych badanych przed terapią. Ostateczna skuteczność psychoterapii zależała od wyjściowego nasilenia objawów PTSD, natomiast inne zmienne kliniczne (rozpoznanie współwystępującego zaburzenia z osi I lub zaburzeń osobowości), ani wyjściowe charakterystyki demograficzne

<sup>4</sup> Warto, dla podkreślenia znaczenia wyniku dotyczącego psychoterapii wspomnieć, że np w leczeniu farmakologicznym depresji średnia wartość NNT w porównaniu z placebo wynosi 7 (Aroll, 2009, Cuijpers 2014)

nie wpłynęły znacząco na odsetek remisji objawów. Ten wynik wydaje się dość ważny w kontekście pragmatyki terapeutycznej. W przypadku rozpoznania zaburzeń współwystępujących lekarze i psychoterapeuci praktycy mają bowiem tendencję do deprecjonowania oczekiwań dotyczących powodzenia terapii prowadzonej według protokołu – zalecają lub prowadzą terapie eklektyczne o nieudokumentowanej skuteczności. Szczególnie ważny klinicznie wydaje się wątek zaburzeń osobowości współwystępujących z PTSD. Znacznie wcześniej niż początek programu TRAKT to zagadnienie poruszaliśmy w tekście teoretycznym (uwzględnionym w osiągnięciach dodatkowych).

Popiel, A., Staniaszek, K. (2005). Współwystępowanie PTSD i zaburzeń osobowości. *Psychologia Edukacji Społeczności*, 2,3, 199-220 [wykaz prac, II B, pozycja 31]

Obecność zaburzeń osobowości u 41% w badanej przez nas w programie TRAKT grupy osób stanowi potwierdzenie konieczności uwzględnienia problemu w pracy klinicznej i dalszych badaniach.



Rys. 4. Zdiagnozowane SCID współwystępujące zaburzenia psychiczne w badanej grupie (rysunek z artykułu: Popiel, Zawadzki, Pragłowska, Teichman, 2015)

W prowadzenie psychoterapii byli zaangażowani terapeuci o bardzo zróżnicowanym doświadczeniu klinicznym. Pierwszą i najliczniejszą grupę stanowili najbardziej doświadczeni psychoterapeuci poznawczo-behawioralni, z których kilkoro stanowiło pierwszą grupę założycieli PTPPB i pierwszą w Polsce grupę superwizorów. Oni byli też przeszkoleni przez prof. Yonę Teichman. Kolejne grupy terapeutów stanowili słuchacze studiów podyplomowych Uniwersytetu SWPS w Sopocie - kierowanej przez dr Pragłowską i przeze mnie Szkoły Psychoterapii. Szkoleni byli przez nas, w ten sam sposób, co grupa najbardziej doświadczonych psychoterapeutów. Jednak ich doświadczenie kliniczne było znacznie mniejsze. Wyniki wykazały, że ani miejsce prowadze-

nia terapii – gabinet prywatny vs uczelnia, ani długość doświadczenia terapeuty nie miały wpływu na odsetek remisji PTSD u pacjentów. Pozostaje zatem metodzie i przestrzeganiu protokołu przypisać powodzenie psychoterapii.

#### *a) Poczucie własnej skuteczności a ustępowanie objawów PTSD*

W metodzie przedłużonej ekspozycji uzasadnienie terapii przedstawiane pacjentowi w psycho-edukacji podkreśla wzrost poczucia własnej skuteczności jako rezultat zastosowania technik ekspozycji *in-vivo* i ekspozycji w wyobraźni. Albert Bandura uważa, że niezależnie od rodzaju terapii procedury terapeutyczne zmieniają poczucie własnej skuteczności. Badania przeprowadzone w naszym zespole na podstawie danych z terapii w programie TRAKT 1 potwierdzały tę tezę w odniesieniu zarówno do psycho- jak i farmakoterapii - wskazywały na wpływ ustąpienia objawów PTSD na ogólne przekonania o własnej skuteczności (GSE), w którym pośredniczą inne przekonania potraumatyczne co zostało opisane w publikacji (którą przytaczam w celu ukazania sposobu myślenia, natomiast zaliczam ją do innych, nie wchodzących w skład osiągnięcia prac):

Cyniak-Cieciura., M., Popiel, A., Zawadzki, B. (2015). Poziom uogólnionego poczucia własnej skuteczności a zmiany negatywnych przekonań potraumatycznych i objawów pourazowego zaburzenia stresowego (PTSD) u ofiar wypadków drogowych poddanych terapii PTSD. *Studia Psychologiczne*. 53(1), 18-29 DOI: 10.2478/V10167-010-0117-8 [wykaz prac, II B, pozycja 18]

#### **4.7. Rola temperamentu**

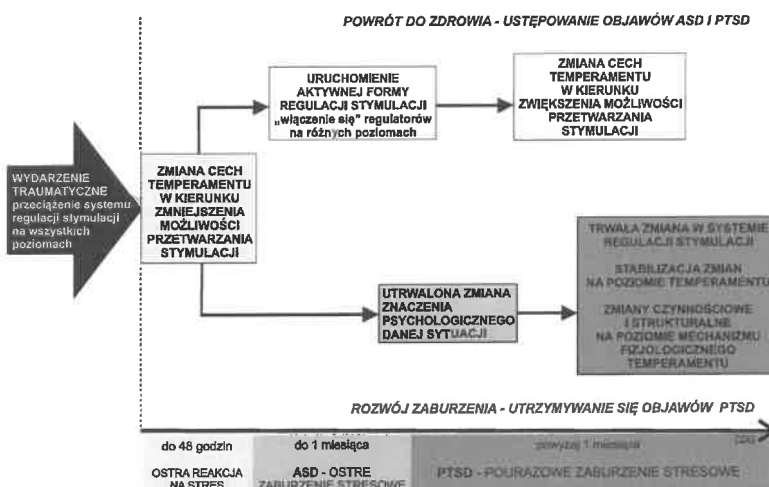
Wygaszanie reakcji lękowych jest podstawą terapii ekspozycyjnej, a PTSD bywa uważane za zaburzenie polegające na upośledzeniu naturalnego procesu wygaszania reakcji lękowych (AJP, 2007). W naturalny sposób pojawiło się pytanie dotyczące roli cech temperamentu w skuteczności terapii. Ten problem poruszyliśmy w kolejnym artykule (i nagrodzonym na konferencji EABCT w Hadze, w 2014 roku posterze pod tym samym tytułem):

Popiel, A., Zawadzki B. (2013). Temperamental traits as predictors of effectiveness of psychotherapy (prolonged exposure) for PTSD in a group of motor vehicle accident survivors. *Current Issues in Personality Psychology*, 1, 43-50 [wykaz prac, I, pozycja 3]

Dane uzyskane w tym badaniu (analizowaliśmy wyłącznie dane pacjentów korzystających z psychoterapii w programie TRAKT) wykazały, że remisja objawów PTSD po 12 tygodniach leczenia metodą przedłużonej ekspozycji zależy przede wszystkim od nasilenia zaburzenia przed terapią. Ocena cech temperamentu przed terapią może mieć jednak znaczenie prognostyczne, gdyż osoby o dużej *zwawości* mają większe szanse na ustąpienie objawów po 12 sesjach. Co istotniejsze jednak cecha temperamentu jaką jest *reaktywność emocjonalna* (o zasadniczym zna-

czeniu adaptacyjnym, konstytuująca główny czynnik osobowości; GFP: Zawadzki i Strelau, 2010 i będąca zasadniczym osobowościowym czynnikiem ryzyka PTSD; Zawadzki i Popiel, 2012, co zostało także potwierdzone w badaniach prospektywnych w grupie strażaków w monografii dotyczącej profilaktyki; Popiel i wsp., 2019) nie przewiduje skuteczności terapii. Uzyskany wynik wskazuje jednak na efekt interakcyjny związany z czasem utrzymywania się objawów - osoby wysokoreaktywne mają większą szansę na skuteczną terapię pod warunkiem wczesnego rozpoczęcia terapii. Zbyt długie oczekiwanie na terapię może nie mieć znaczenia u osób niskoreaktywnych, jednak skuteczność terapii metodą przedłużonej ekspozycji zmniejsza się w czasie u osób wysokoreaktywnych. Wyniki te wymagają jednak dalszej weryfikacji empirycznej.

Ważnym, kolejnym krokiem była praca doktorska dr Doroty Nowocin, w której miałam zaszczyt być promotorką pomocniczą. Autorka zaproponowała model rozumienia PTSD jako trudności w przetwarzaniu stymulacji, i zmian w temperamencie w zależności od czasu i nasilenia objawów PTSD. Model ten przedstawia rysunek 7.



Rys. 5. Model zmian temperamentu w PTSD (Nowocin, 2018)

Pytania, na które miało odpowiedzieć to badanie brzmiały: 1) Czy i na ile proces psychoterapii PTSD badany w programie TRAKT, prowadzący do remisji objawów tego zaburzenia, wpływa na zmianę cech temperamentalnych w kierunku zwiększenia możliwości przetwarzania stymulacji? 2) Czy zmiany temperamentalne występują tylko u osób, u których terapia doprowadziła do remisji objawów PTSD, a u osób, u których pomimo terapii utrzymują się objawy PTSD nie można zaobserwować podobnych zmian? 3) Czy rodzaj terapii (psychoterapia lub farmakoterapia) wpływa na wielkość zmian temperamentalnych (przy założeniu, że obie formy terapii prowadzą do remisji objawów PTSD)? Wyniki, poza pracą doktorską zostały opublikowane we wspólnym rozdziale książki:

Nowocin, D., Popiel, A., Zieliński, P., Zawadzki, B. (2018). Zmiany reaktywności emocjonalnej związane z ustąpieniem objawów PTSD po zastosowaniu psychoterapii poznawczo-behawioralnej, farmakoterapii albo leczenia skojarzonego. W: M. Skotnicka-Chaberek (red.) *Terapia poznawczo-behawioralna w Polsce i na świecie*. Warszawa, Polskie Towarzystwo Terapii Poznawczej i Behawioralnej im. Zdzisława Bizonia. (str. 39-50) [wykaz prac, II B, pozycja 4]

Ten wątek badań dotyczący zmian temperamentu pod wpływem terapii zaliczyłam do aktywności naukowej obejmującej inne, nie wchodzące w skład osiągnięcia prace. Przytaczam go (mimo, że nie łączy się z głównym osiągnięciem, a moja rola w tym aspekcie badań była drugoplanowa wobec działalności doktorantki) ponieważ pełniej ukazuje panujący w naszym zespole sposób myślenia o roli czynników osobowościowych w leczeniu (a w szczególności psychoterapii). Uzyskane w jego ramach wyniki wskazują, że w wyniku skuteczniejszej terapii (zarówno psycho- jak i farmakoterapii) następuje zmiana reaktywności emocjonalnej w kierunku zwiększenia możliwości przetwarzania stymulacji. Ten wynik jest również przykładem danych poddających w wątpliwość powszechny, nawet w środowisku profesjonalistów pogląd dotyczący podziału na terapie „głębokie” (odnoszące się do funkcjonowania osobowości) i „płytkie” (zorientowane na „poprawę objawową”)<sup>5</sup>. Tym bardziej wybrzmiewają słowa znakomitego badacza zaburzeń lękowych D. Barlowa (2016, 2002) zawarte w tytule jednego z ostatnich artykułów „*New approaches to diagnosis and treatment in anxiety and related disorders: A focus on temperament*” i jego nacisk na transdiagnostyczne ujęcie psychopatologii i leczenia zaburzeń psychicznych. Podkreślił to Profesor Jan Strelau mówiąc „*Moja teoria została istotnie rozwinięta kiedy włączono ją do badań nad skutecznością psychoterapii poznawczo-behawioralnej*”<sup>6</sup>.

Uzyskane wyniki stymulują jednak jedynie do dalszych pytań, zapoczątkowanych przez analizę niepowodzeń w terapii. Poszukiwanie odpowiedzi na te pytania można zaliczyć do nurtu *personalized psychotherapy* (Cuijpers, 2016), czy *personalized medicine*<sup>7</sup>.

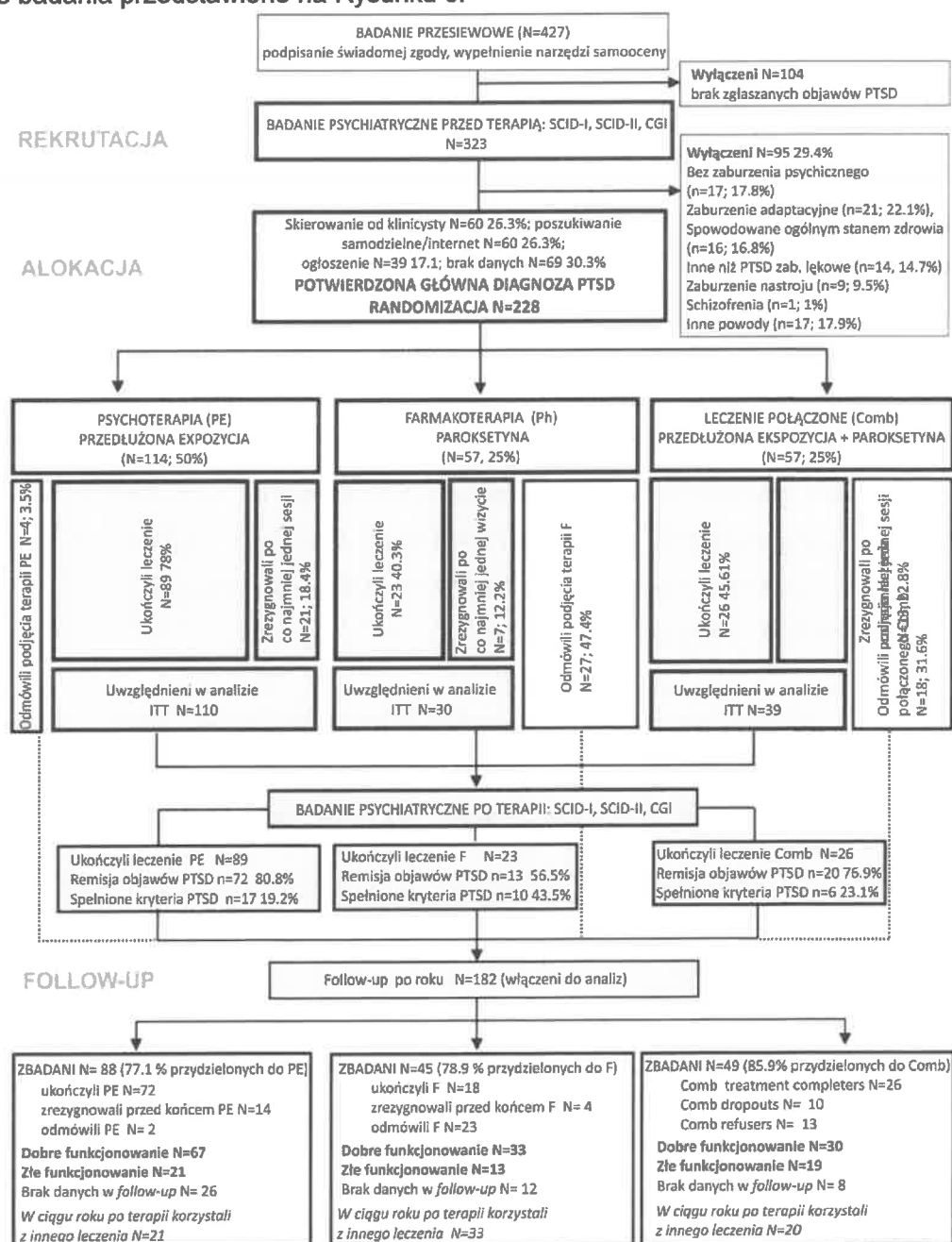
<sup>5</sup> Na stronie British Psychoanalytic Council można przeczytać „*[P]schoanalytic or psychodynamic psychotherapy differs from most other therapies in aiming for deep seated change in personality and emotional development*”. <https://www.bpc.org.uk/about-psychotherapy/what-psychotherapy>

<sup>6</sup> Wypowiedź podczas konferencji podsumowującej programy TRAKT 1-3 ( Uniwersytet Warszawski, 5. 04. 2018)

<sup>7</sup> Medycyna personalizowana różnicuje zarówno przyczyny, jak i przebieg choroby, biorąc pod uwagę indywidualną, dogłębnie przeanalizowaną charakterystykę pacjentów por Cuijpers, 2016 lub Polska Koalicja Medycyny Personalizowanej [www.pkmp.org](http://www.pkmp.org)

#### 4.8 Rezygnacje, przedwczesne zakończenia terapii (drop-out) oraz niepowodzenia w terapii, czyli wytyczne dla dalszych badań

Osoby, u których wynik przesiewowego badania testowego wskazywał na możliwość występowania PTSD podpisały formularz świadomej zgody i zostały zaproszone na badanie przez psychiatrę w celu określenia diagnozy klinicznej – i stwierdzenia PTSD jako zaburzenia dominującego w obrazie klinicznym [por Skala: Östa 1-3]. Uzupełniony o dane liczbowe przepływ pacjentów w trakcie badania przedstawiono na Rysunku 6.



Rysunek 6. Uzupełniony o dane liczbowe przepływ pacjentów w badaniu TRAKT  
(rysunek z artykułu: Popiel, Zawadzki, Pragłowska, Teichman, 2015).



Liczba osób, które odmówiły udziału w leczeniu (odrzucały przydzielone leczenie lub nie pojawiły się na żadnej sesji psychoterapii/farmakoterapii) wyniosła 49 i była istotnie największa w grupie farmakoterapii [Skala Östa: pozycja 19]. Kiedy zanalizowano *oczekiwania sprzed randomizacji* dotyczące skuteczności różnych interwencji (psychoterapia, leki, upływ czasu, wsparcie od członków rodziny) mierzonych podczas badań przesiewowych, nie było różnic między grupami. Jednak ci, którzy odmówili udziału w przypisanej im farmakoterapii, znacznie niżej oceniali potencjalne korzyści z leków niż ci, którzy rozpoczęli leczenie. Ci, którzy odmówili, nie zostali uwzględnieni w analizach ITT, ale podczas badań *follow-up* po roku dotarliśmy do 38 z nich. Dobre funkcjonowanie po roku od odmowy skorzystania z terapii zgłosiło 55% wszystkich osób rezygnujących z udziału, jednak tylko 5 przypadków można uznać za spontaniczne remisję, ponieważ 22 osoby (44%) w trakcie tego roku przeszło inne leczenie, głównie psychoterapię. Siedem osób (14,2%) próbowało innego leczenia, ale nadal nie funkcjonowało dobrze; cztery (8,1%) wyraziły ubolewanie z powodu odmowy, ale nigdy nie próbowały innego leczenia, natomiast 11 osób (22,4%) odmówiło udziału w F-U.

Spośród 179 uczestników, którzy rozpoczęli leczenie, 138 zakończyło je uczestnicząc w wizycie diagnostycznej prowadzonej przez niezależnego od terapii psychiatrę. W sumie 41 osób (22,9%) zrezygnowało z terapii (brak istotnych statystycznie różnic między rodzajami terapii) po co najmniej jednej sesji/wizycie. Uczestnicy badania F-U zgłosili kilka powodów rezygnacji z terapii: psychoterapia metodą przedłużonej ekspozycji była zbyt wymagająca (30% osób rezygnujących z PE i 30,8% osób rezygnujących z leczenia połączonego); problemy logistyczne (praca, przeprowadzka do innego miasta); lub skutki uboczne leków. Nie udało się dotrzeć do 7 osób, które przedwcześnie zakończyły terapię.

W programie Trakt zetknęliśmy się zatem z trzema rodzajami niepowodzeń w terapii – brakiem remisji (czyli w diagnozie po terapii u pacjenta nadal można było stwierdzić spełnianie kryteriów PTSD) oraz odmową skorzystania z potencjalnie skutecznej terapii i przedwczesną rezygnacją (drop-out). W artykule dotyczącym problemów związanych badaniami nad psychoterapią Kazdin (2008), analizując rozdzźwięk między danymi uzyskiwanymi z badań naukowych a danymi pochodzącymi z systematycznych obserwacji klinicznych wyodrębnił trzy stanowiska odnoszące się do badań nad terapią: metody leczenia oparte na danych naukowych (*evidence-based treatments*), praktykę opartą na dowodach z badań naukowych (*evidence-based practice*), ale i danych oparte na praktyce klinicznej (*practice-based evidence*) (Kazdin, 2008).

Program Trakt dostarczył obu rodzajów danych – zweryfikowanych metodami statystycznymi potwierdzających przynależność wszystkich form stosowanego przez nas leczenia do *evidence*

*based treatments*, podstawę do odniesienia wniosków do codziennej praktyki terapeutycznej w leczeniu PTSD *evidence based practice*. Dostarczył też anegdotycznych, ale często niepokojących obserwacji klinicznych stanowiących dla klinicysty i badacza zobowiązanie dla dalszych badań - *practice based evidence*. Źródło tych ostatnich informacji stanowiła analiza dostępnych w badaniu follow-up powodów odmowy lub przedwczesnego zakończenia terapii (drop-out), informacje dotyczące trudności w terapii pochodzące z superwizji klinicznej.

Na podstawie analizy danych w badaniu *follow-up* zakładaliśmy, że spośród pacjentów korzystających z psychoterapii (jako monoterapii lub w połączeniu z paroksetyną) siedem osób które odmówiły kontaktu, oraz jedenaście dla których terapia ekspozycyjna była zbyt trudna dodane do siedemnastu osób, które ukończyły terapię bez remisji, stanowiło grupę 35 osób dla których psychoterapia metodą przedłużonej ekspozycji nie okazała się pomocna. Analiza jakościowa treści poruszanych przez pacjentów podczas terapii oraz danych z superwizji klinicznych skłoniła nas do sformułowania trzech problemów dla dalszych badań. Pierwszy dotyczył pacjentów, którym przypisano odpowiedzialność za spowodowanie wypadku, albo którzy stracili bliskich w wypadku. Było nim dotkliwe poczucie winy zgłaszane już na początku terapii.

Drugim poważnym problemem byłoby stworzenie oferty dla pacjentów, którzy rezygnację z terapii na różnych etapach uzasadniali tym, że terapia ekspozycyjna jest zbyt obciążająca emocjonalnie ze względu na konieczność konfrontacji ze wspomnieniem traumatycznego wydarzenia i ich motywacja do pracy terapeutycznej przegrała z nasilonym unikaniem doświadczania dyskomfortu. Staraliśmy się odnieść do tych problemów w sposób, który mógłby stanowić podstawę dalszych badań nad psychoterapią.

#### *a) Poczucie winy*

Poczucie winy, jako immanentna składowa PTSD, w świetle dostępnej wówczas literatury powinno się zmniejszać się wskutek terapii metodą przedłużonej ekspozycji (Stapleton i wsp., 2006; Foa i Rauch, 2004). Jednak czym innym są dane, a czym innym wyrażne życzenie pacjentów aby problem ten zaadresować w bardziej bezpośredni (dialog) sposób niż ekspozycja w wyobraźni, (którą to technikę trudno, na poziomie psychoedukacji uznać za adresowaną do poczucia winy). poznawczego modelu poczucia winy sformułowanego przez. Na podstawie poznawczego modelu poczucia winy (Kubany i Manke, 1995) opracowałam protokół krótkiej interwencji zorientowanej na modyfikację przekonań składających się na poczucie winy, którą opisałam w artykule opartym na serii przypadków:

Popiel, A. (2014). Terapia poznawcza poczucia winy związanego z traumą u osób z PTSD. *Psychiatria Polska*, 48(3), 615–625. [wykaz prac, I, pozycja 4]



Przygotowaliśmy tak polską wersję narzędzi E. Kubany`ego do oceny nasilenia poczucia winy.

Popiel, A., Zawadzki, B. (2015). Właściwości psychometryczne polskiej wersji „Kwestionariusza Poczucia Winy Związanego z Traumą” (TRGI-PL). *Psychiatria Polska*, 49(5), 1089-1099 DOI: 10.12740/PP/36754  
[wykaz prac, II, A pozycja 3]

Systematyczna obserwacja pacjentów, u których zastosowano ten moduł wykazała, że ten rodzaj pracy realizuje zasadę *primum non nocere* (choć wpływa na wydłużenie terapii o kilka spotkań) i może mieć wpływ na zmniejszenie specyficznych dla poczucia winy przekonań, w tym poczucia odpowiedzialności. Obserwacja przebiegu nasilenia objawów wskazywała na zapoczątkowanie zmniejszania się nasilenia objawów PTSD.

Do problemu przerywania terapii z powodu nasilonego, osłabiającego motywację unikania zamierzaliśmy odnieść się za pomocą jednosesyjnej, dedykowanej PTSD interwencji opartej na dialogu motywującym (Rollnick, Miller i Butler, 2008) która mogłaby poprzedzać terapię ekspozycyjną lub inne formy psychoterapii poznawczo-behawioralnej. Inspiracją były nieliczne dostępne wówczas badania wskazujące na zasadność takiej interwencji badania (Murphy i wsp, 2009; Westra i Dozois, 2006). Interwencja ta mogłaby być włączona w ofertę dla pacjentów, którzy rezygnację z terapii na różnych etapach uzasadniali tym, że terapia ekspozycyjna jest zbyt obciążająca emocjonalnie ze względu na konieczność konfrontacji ze wspomnieniem traumatycznego wydarzenia i ich motywacja do pracy terapeutycznej przegrała z nasilonym unikaniem doświadczania dyskomfortu.

Program Trakt dostarczył wniosków i obserwacji które, ze względu na spójność z danymi światowymi mogły znaleźć niemal natychmiastowe przełożenie na praktykę w Polsce oraz tych które stanowiły inspirację dla kolejnych badań.

#### 4.9. Główne wnioski z programu TRAKT

Wnioski z przeprowadzonych badań, którymi dysponowaliśmy w 2012 roku, można ogólnie podzielić na 1) spójne z danymi z danymi z literatury, 2) (częściowo) sprzeczne z danymi z literatury i 3) nowatorskie brak danych w literaturze przedmiotu:

##### Wnioski spójne z danymi z danymi z literatury:

Ogólna dobra skuteczność psychoterapii metodą przedłużonej ekspozycji w leczeniu PTSD. Skutki terapii (wszystkimi trzema metodami) są trwałe – utrzymują się po roku; PE można upowszechniać – działa zarówno w rękach doświadczonych jak i początkujących terapeutów pod warunkiem przestrzegania protokołu;

Przedwczesne kończenie terapii jest jednym z podstawowych problemów ograniczających ogólną efektywność leczenia.

**Wnioski (częściowo) sprzeczne z danymi z literatury:**

Brak istotnych różnic w odsetku remisji pomiędzy psychoterapią metodą przedłużonej ekspozycji a leczeniem skojarzonym

**Wnioski nowatorskie, brak danych w literaturze przedmiotu:**

Skuteczność PE przewyższająca skuteczność farmakoterapii (paroksetyna) w bezpośrednim porównaniu obu metod.

Brak wpływu specyficznych zaburzeń osobowości na skuteczność leczenia PTSD.

Wpływ oczekiwań na odmowę leczenia, brak wpływu oczekiwań co do skuteczności danej formy leczenia na skuteczność leczenia PTSD;

Wpływ cech temperamentu - zasadniczo żwawości (i brak głównego efektu reaktywności emocjonalnej) na skuteczność psychoterapii;

Zmiany cech temperamentu (w tym zasadniczo reaktywności emocjonalnej) pod wpływem skutecznego leczenia (wątek dodatkowy, badania w ramach aktywności naukowej).

**4.10. Profilaktyka PTSD - wnioski z dostępnych przed rozpoczęciem badań przeglądów literatury**

W roku 2013 została opublikowana 5 wersja klasyfikacji DSM z istotnymi zmianami w rozumieniu PTSD. Główną zmianą było uwzględnienie „poznawczych” kryteriów rozpoznawania PTSD i zaproponowanie zamiast trzech – czterech kryteriów (grup objawów) wymaganych do rozpoznania PTSD.

Zmiany w rozumieniu struktury objawów PTSD proponowane przez klasyfikacje DSM-5 i ICD-11, ograniczenia terapii ekspozycyjnej zaobserwowane w programie TRAKT oraz dane z literatury mówiące o rozpowszechnieniu PTSD u służb ratowniczych przy braku skutecznych metod zapobiegania zaburzeniu stanowiły podstawę sformułowania założeń programu „PTSD: diagnoza-terapia-profilaktyka”<sup>8</sup>. Uczestniczyłam w tym programie w fazie opracowania i realizacji projektu, na który składały się trzy części. W części poświęconej diagnozie (PTSD-D) zostały opracowane narzędzia diagnostyczne dostosowane do zmian w systemach klasyfikacji zaburzeń (DSM-5), narzędzia do badania poznawczych i osobowościowych czynników ryzyka powstawania zaburzeń potraumatycznych. Do wyników tych badań odnoszę się w części poświęconej „pozostałej działalności naukowej”. Część dotycząca terapii (PTSD-T) obejmowała opracowanie terapii poznawczo-behawioralnej skoncentrowanej na budowaniu poczucia własnej skuteczności i odwołującej się podstawowych procesów transdiagnostycznych odgrywających rolę w PTSD. W opra-

<sup>8</sup> Badania w ramach grantu Maestro 3 przyznanego prof. Bogdanowi Zawadzkiemu.

cowaniu tej terapii uwzględniłam opracowane pod koniec poprzedniego projektu moduły: motywujący i terapii poznawczej poczucia winy. Jej skuteczność jest badana w porównaniu do psychoterapii metodą przedłużonej ekspozycji, jednej z najskuteczniejszych, jak dotychczas, metod leczenia PTSD ale posiadającej ograniczenia potwierdzone przez nasze poprzednie badania. Dane zgromadzone w tej części projektu stanowią trzon obecnych, prowadzonych przeze mnie badań nad psychoterapią poznawczo-behawioralną. Leczenie – terapia jest jednak zawsze działaniem „ostatecznym”. Dysponowanie wiedzą na temat czynników ryzyka i mechanizmów podtrzymujących zaburzenie stanowi swego rodzaju zobowiązanie do zastosowania jej w opracowaniu metod zapobiegania zaburzeniu. Celem części projektu poświęconego profilaktyce (PTSD-P) było zatem opracowanie i zweryfikowanie skuteczności metody zmniejszenia ryzyka wystąpienia zaburzenia stresowego pourazowego u osób, które pełniąc w społeczeństwie niezwykle istotną rolę z racji wykonywanego zawodu są narażone na działanie stresorów traumatycznych (do grupy tej należą: pracownicy pogotowia ratunkowego, policjanci, strażacy, strażnicy służb więziennych i żołnierze). Obecność PTSD wiąże się z dyskomfortem, złym funkcjonowaniem i często ograniczeniem lub zaprzestaniem aktywności zawodowej (związanej ze specjalistycznymi umiejętnościami) dlatego celowe jest dążenie do opracowania jak najskuteczniejszych form zapobiegania PTSD.

W przeglądzie literatury dotyczącym zagadnienia profilaktyki zaburzeń pojawia się kilka sposobów klasyfikowania działań profilaktycznych. Caplan (za: Czabała i Sęk, 2000) wyróżnia działania profilaktyczne podejmowane przed wystąpieniem objawów choroby, ukierunkowane na redukcję czynników ryzyka lub wzmacnianie odporności (profilaktyka pierwszego stopnia), działania podejmowane gdy pierwsze zwiastuny choroby pojawiają się, ale jeszcze brak specyficznych objawów, mogą to być np. badania przesiewowe (profilaktyka drugiego stopnia) oraz działania określone mianem profilaktyki trzeciego stopnia, których celem jest zahamowanie postępu choroby oraz redukcję ryzyka wystąpienia powikłań czy niepełnosprawności. Inny podział wyróżnia działania profilaktyczne obejmujące całą populację (profilaktyka uniwersalna), wybrane grupy (profilaktyka selektywna) oraz grupy zagrożone określoną chorobą (profilaktyka celowana). W odniesieniu do zaburzeń potraumatycznych „prawdziwą” profilaktyką można nazwać działania pierwszego i drugiego stopnia (Howlett i Stein, 2016). Działania trzeciego stopnia, czyli interwencje podejmowane po wystąpieniu objawów PTSD opisywane często jako działania profilaktyczne, można uznać właściwie za formę terapii. Opublikowane w grudniu 2018 wytyczne NICE (2019) po raz pierwszy dotyczą także profilaktycznych, ale właściwie dotyczą profilaktyki trzeciego stopnia (oddziaływania w specyficznej sytuacji po zadziałaniu stresora traumatycznego i wystąpieniu (oczekiwanych) objawów ostrej reakcji na stres, mają chronić przed utrwaleniem się objawów w formie PTSD i jego konsekwencji). Interwencje pierwszego stopnia mają na celu redukcję ryzyka narażenia na zdarzenia traumatyczne lub wzmocnienia rezyliencji w kontekście traumy i mogą

mieć charakter uniwersalny albo selektywny. Niestety dostępna (zarówno w roku 2012, gdy podejmowaliśmy badania, jak i obecnie w 2019) literatura przedmiotu nie przynosi rozstrzygnięć dotyczących skuteczności stosowanych metod.

Wyniki dotychczasowych badań nad profilaktyką pierwszego stopnia wskazują na mieszane, umiarkowanie pozytywne wyniki programów przedurazowego kształtowania rezyliencji. Nie były one jednorodne metodologicznie ani teoretycznie, zazwyczaj składały się z psychoedukacji oraz ćwiczeń umiejętności radzenia sobie ze stresem traumatycznym. Uzyskane efekty w zakresie zmiany zachowania czy uodpornienia na traumę nie były znaczne, ale kilka interwencji przyniosło wyraźnie pozytywne rezultaty. Pierwsze badanie z randomizacją, dotyczące profilaktyki pierwszego stopnia u strażaków zostało opublikowane przez Skeffington i wsp. dopiero w roku 2016 i wyniki nie były rozstrzygające.

Wyniki badań nad interwencjami podejmowane po urazie, a przeznaczonymi dla wszystkich osób, które doznały traumy, niezależnie od swojej specyfiki (psychoedukacja, farmakoterapia, psychologiczny debriefing wraz różnymi formami interwencji kryzysowej), są nie tylko nieskuteczne w zapobieganiu PTSD, ale niekiedy mogą wręcz być szkodliwe (np. debriefing, niektóre leki – choćby benzodiazepiny). Z tego względu w pierwszych tygodniach po zdarzeniu zaleca się przede wszystkim uważną obserwację stanu psychicznego (według NICE tzw. *watchful waiting* lub *active monitoring*) wszystkich osób poszkodowanych oraz – w razie wystąpienia zdiagnozowanego klinicznie ostrego zaburzenia stresowego (ASD, głównego klinicznego predyktora PTSD) – podjęcie zorientowanej na traumę terapii poznawczo-behawioralnej. Uzasadnione zatem wydawało się skonstruowanie programu odnoszącego się do mechanizmów podtrzymujących PTSD, do których odnosi się terapia poznawczo-behawioralna. Założenie profilaktyki pierwszego stopnia wyklucza jednak przetwarzanie wspomnienia doświadczenia traumatycznego gdyż... nie miało ono jeszcze miejsca.

W tym miejscu opisane wcześniej wnioski z badań TRAKT nad terapią PTSD, które wskazywały na potrzebę opracowania terapii w której nie byłoby wymogu odtwarzania traumatycznego wydarzenia, wsparte wynikami metaanalizy opublikowanej przez Cochrane (Bisson i wsp., 2013) które wskazywały na skuteczność interwencji poznawczo-behawioralnych niezorientowanych na traumę sprawiły, że w projekcie PTSD-DTP zdecydowałam się na uwzględnienie tych samych, potencjalnie zaangażowanych w podtrzymywanie objawów PTSD mechanizmów psychologicznych.

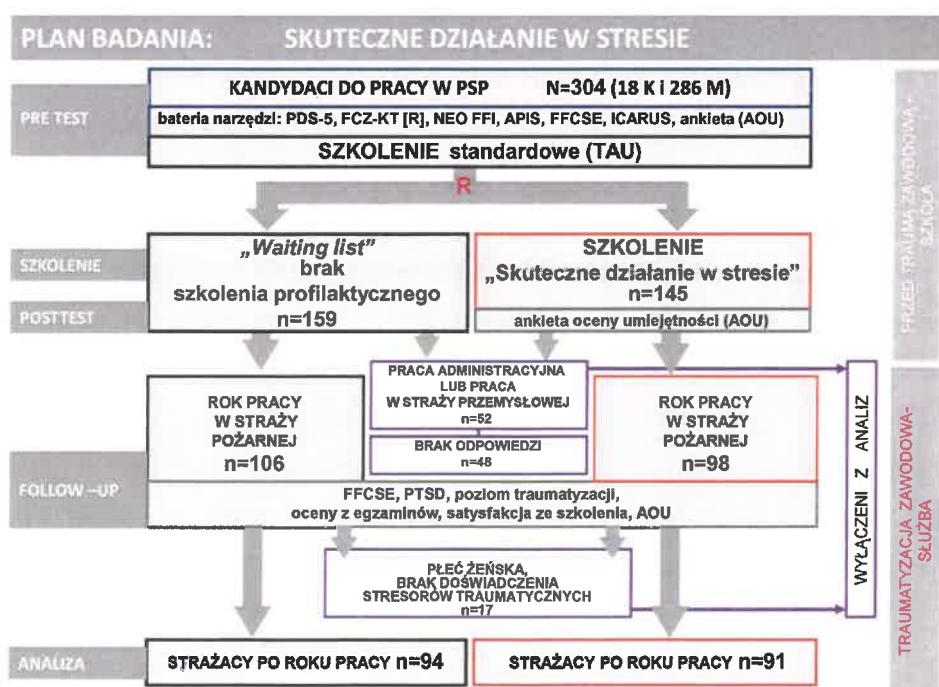
Główne założenia teoretyczne szkolenia „Skuteczne działanie w stresie” nawiązywały zatem do modelu poznawczego konceptualizacji PTSD stanowiącego także podstawę terapii. Model ten

odnosi się do koncepcji Alberta Bandury dotyczącej poczucia własnej skuteczności (*ang. self-efficacy*) jako zmiennej pośredniczącej w zmniejszaniu ryzyka wystąpienia objawów PTSD. Do wzmocnienia owego poczucia u kandydatów na strażaków wykorzystane zostały metody stosowane w terapii poznawczo-behawioralnej ukierunkowane na rozwój umiejętności: regulacji emocji, rozwiązywania problemów i korzystania ze wsparcia społecznego, co w założeniu miało chronić przed rozwojem tegoż zaburzenia. Podręcznik prezentujący założenia teoretyczne, protokół szkolenia oraz wyniki badań, wchodzący w skład mojego głównego osiągnięcia naukowego ukazuje się w maju 2019, nakładem GWP.

Popiel, A., Zawadzki, B., Pragłowska, E., Habrat, P., Gajda, P (2019). Skuteczny w stresie. Program profilaktyki PTSD dla osób narażonych na traumatyzację zawodową. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne. [wykaz prac, I, pozycje 6 i 6a]

#### 4. 11. Plan badania „Skuteczne działanie w stresie”

Plan badania podłużnego zakładał porównanie skuteczności szkolenia profilaktycznego w grupie, w której konfrontacja ze stresorem traumatycznym związanym z wykonywanym zawodem jest nieuchronna, ale jeszcze nie nastąpiła. Dlatego pierwsze szkolenia „Skuteczne działanie w stresie” przeprowadzono w Szkole Podoficerskiej Państwowej Straży Pożarnej w Bydgoszczy, a ich skuteczność została sprawdzona w badaniu *follow-up* po dwunastu miesiącach od podjęcia pracy w zawodzie strażaka, (w czasie której zakładano konfrontację ze stresorem traumatycznym). Szczegółowy plan badania przedstawia Rysunek 7.



Rysunek 7. Plan badania skuteczności szkolenia „Skuteczne działanie w stresie” w zapobieganiu PTSD.



## 4. 12. Przygotowanie i przeprowadzenie badań

### a) *Opracowanie protokołu szkolenia profilaktycznego*

Aby stworzyć szkolenie dopasowane do potrzeb kandydatów do służby w Państwowej Straży Pożarnej przed stworzeniem programu szkolenia przygotowaliśmy ustrukturalizowany wywiad dotyczący narażenia na traumatyczne zdarzenia związane z wykonywaniem zawodu strażaka oraz sposobów radzenia sobie z konsekwencjami przewlekłej ekspozycji na stresujące okoliczności. Model szkolenia *Skuteczne działanie w stresie – profilaktyka PTSD* uwzględniał treści, które aktywni zawodowo strażacy wskazali w wywiadach jako użyteczne w radzeniu sobie ze stresorami wynikającymi z pełnionej służby i zwiększające poczucie własnej skuteczności.

Założenia teoretyczne szkolenia uwzględniały podstawowe procesy psychologiczne (Hayes, Hoffmann 2018)<sup>9</sup> odgrywające rolę w zaburzeniach emocjonalnych (w tym PTSD). W szczególności oparliśmy się na teorii społeczno-poznawczej Alberta Bandury (1994, 2007) i siedmoczynnikowym modelu PTSD, opracowanym jako podstawa konceptualizacji PTSD w terapii. O ile jednak celem terapii jest zmniejszenie dolegliwości związanych z PTSD (objawów) poprzez wpływ na przekonania o własnej skuteczności, o tyle w zakresie profilaktyki celowane oddziaływanie na rozwijanie owych przekonań miałoby zaowocować uodpornieniem na objawy traumy. Bandura (1994) wyróżnia cztery źródła przekonań o własnej skuteczności. Pierwszym są doświadczenia – sukcesy i porażki jednostki. Sukcesy wpływają na poczucie skuteczności, które jednak byłoby niezbyt stabilne, gdyby nie doświadczenie pokonania trudności dzięki systematycznemu wysiłkowi. Drugim ważnym źródłem są obserwacje ludzi podobnych do nas, którzy pokonali trudności w wyniku systematycznego wysiłku, albo osób, które stanowią wzór umiejętności. Dla rozwoju poczucia skuteczności istotna jest też siła perswazji – to, co przekazują nam inni, najczęściej bliscy, mówiąc, że wierzą w nasze możliwości. Ważna jest także ocena własnych odczuć fizjologicznych i emocji – jako stymulujących do działania lub jako zwiastujących zagrożenie. Znając źródła przekonań o własnej skuteczności, można wzmacniać owe przekonania za pomocą specjalnie zaprojektowanych interwencji psychologicznych.

Ponieważ techniki wypracowane przez terapeutów poznawczo-behawioralnych należą do najsukeczniejszych interwencji terapeutycznych i są z powodzeniem stosowane także w psychoedukacji i coachingu zawodowym, szkolenie opierało się właśnie na nich. Analogicznie do opracowa-

<sup>9</sup> Warto podkreślić, że przełomowa dla terapii poznawczo-behawioralnej publikacja „Process-based CBT” pod redakcją S. Hayes’a i S. Hoffmana ukazała się w roku 2018 a zatem po zakończeniu naszych badań, w czasie przygotowania do publikacji podręcznika

nego przeze mnie programu terapii poznawczej PTSD plan szkolenia zakładał wzmacnianie przekonań o własnej skuteczności poprzez:

- dostarczenie informacji o stresie, stresorach traumatycznych i podstawowej konsekwencji stresu – przewlekłym stanie wzbudzenia autonomicznego;
- naukę regulowania wzbudzenia za pomocą technik relaksacji i biofeedbacku (ćwiczenia wykonywane przez uczestników);
- naukę regulowania wzbudzenia za pomocą oddziaływania na sposób dokonywania poznawczej oceny bodźca (edukacja i trening rozpoznawania zniekształceń poznawczych metodami restrukturyzacji poznawczej, analiza doświadczeń własnych w kontekście obserwacji osób, które stanowiły wzór umiejętności skutecznego radzenia sobie z problemami);
- naukę regulowania wzbudzenia za pomocą oddziaływania na zachowanie – sposób rozwiązywania problemów (edukacja i trening strategii rozwiązywania problemów wg Nezu, Nezu i D'Zurilla, 2013);
- naukę regulowania wzbudzenia za pomocą oddziaływania na zachowanie – edukacja i trening rozwiązywania problemów specyficznych dla zawodu strażaka (radzenie sobie z osobami poszkodowanymi przejawiającymi ostrą reakcję na stres, radzenie sobie z poczuciem winy wynikającym z subiektywnie ocenianej niedostatecznej pomocy poszkodowanym, strategię działania w sytuacji kryzysu samobójczego kolegi strażaka);
- naukę regulowania wzbudzenia za pomocą oddziaływania na działania zespołowe, budowanie siły drużyny z wykorzystaniem doświadczeń zaczerpniętych z psychologii sportu.

*b) Opracowanie narzędzi, szkolenie trenerów i przeprowadzanie badań*

W badaniu wykorzystano baterię testów zdolności i kwestionariuszy, które umożliwiały pomiar cech osobowości, zmiennych poznawczych, strategii regulacji emocji, a także poziomu traumatyzacji osobistej i nasilenia objawów PTSD na początku kursu podstawowego. Na jego zakończenie badani wypełniali tylko jeden kwestionariusz (FFCSE – badający poczucie skuteczności radzenia sobie z traumą przez strażaków). Badania *follow-up* przeprowadzono zaś po roku służby w PSP, licząc od daty ukończenia kursu podstawowego. Zarejestrowano w nich między innymi poziom traumatyzacji zawodowej i osobistej, okołotraumatyczne emocje, objawy PTSD i poziom zaangażowania w pracę, a także zmienne osobowościowe i poznawcze (wraz z oceną szkolenia profilaktycznego). Wszystkie badania przeprowadzono online, korzystając z platformy Gex, która gwarantuje pełne utajnienie wyników (co było jednym z warunków udziału w badaniach).

Trenerami w szkoleniu byli psycholodzy, szczegółowo przeszkoleni w metodzie współautorzy podręcznika – psychoterapeutka poznawczo-behawioralna oraz psycholog sportu. Szkolenie było wystandaryzowane i nagrywane, co umożliwiało ocenę powtarzalności w każdej z trenowanych

grup. Szkolenie profilaktyczne zrealizowano w trybie weekendowym (piętnaście godzin lekcyjnych w ciągu dwóch dni, rys. 8). Uczestniczyło w nim siedem grup liczących od 16 do 25 uczestników losowo przydzielonych do udziału w szkoleniu (przeptyw uczestników wraz z wartościami liczbowymi pokazany na rysunku 7). Interaktywna forma szkolenia oparta była o prezentację multimedialną, którą uzupełniała broszura edukacyjna, pełniąca funkcję zeszytu ćwiczeń i wyposażenia profilaktycznego na wypadek pojawienia się objawów stresu po zakończeniu programu szkoleniowego (nie znając rozkładu płci wśród wylosowanych uczestników szkolenia przygotowaliśmy odrębne broszury „Osobisty niezbędnik” dla strażaków i strażaczek, wersja przygotowana do publikacji została załączona do niniejszego autoreferatu).

Popiel, A., Zawadzki, B., Pragłowska, E. (2019). *Skuteczne działanie w stresie. Osobisty niezbędnik*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne. [wykaz prac, I, pozycja 6a]<sup>10</sup>

#### 4. 13. Główne wyniki dotyczące skuteczności szkolenia „Skuteczne działanie w stresie”

Grupy wyjściowe (poddana treningowi i bez treningu) nie różniły się charakterystyką demograficzną ani badanymi cechami psychologicznymi i ocenami egzaminacyjnymi. Grupa końcowa zaś nie różniła się pod względem zmiennych osobowościowych i reakcji na traumatyczne zdarzenie od grupy osób, które nie wzięły udziału w badaniach follow-up.

Unikanie doświadczania emocji jako strategia regulacji nastroju jest jednym z głównych mechanizmów w psychopatologii (w tym PTSD), do których odnoszą się psychoterapie poznawczo-behawioralne pierwszej, drugiej, a szczególnie tzw. trzeciej fali (Popiel, 2009).

Sklonność do stosowania dezadaptacyjnych strategii regulacji nastroju (Barańczuk i Zawadzki, 2013) była badana przed szkoleniem i po roku pracy. Kontrola indywidualnej tendencji do stosowania danej formy regulacji (style regulacji badane rok wcześniej) oraz skorelowania strategii wykazała istotne różnice między grupą kontrolną a grupą poddaną szkoleniu „Skuteczne działanie w stresie” jedynie w przypadku strategii zorientowanych na unikanie. Grupa poddana szkoleniu wykazywała zatem wyraźnie mniejszą skłonność do stosowania dezadaptacyjnych – unikowych strategii regulacji nastroju (Barańczuk i Zawadzki, 2013). Grupa kontrolna przejawiała także wyraźnie silniejszą tendencję do stosowania unikowych strategii regulacji nastroju, gdy była konfrontowana z większą traumatyzacją, w porównaniu z grupą poddaną szkoleniu. **Wyniki te wskazują na pozytywny efekt szkolenia profilaktycznego w postaci ograniczenia stosowania dezadaptacyjnych form regulacji nastroju, co było jednym z zakładanych efektów szkolenia.**

<sup>10</sup> Mimo, że jest to odrębna publikacja i sama w sobie nie ma charakteru naukowego - została załączona jako nieodłączna część podręcznika (i metody).



Po roku służby w obu grupach nie stwierdzono istotnych różnic w częstości traumatyzacji zawodowej i osobistej ani intensywności doświadczanych okołotraumatycznych emocji. Najważniejszym wynikiem było to, że **w grupie poddanej szkoleniu stwierdzono mniejsze nasilenie objawów PTSD oraz wyższy poziom zaangażowania w pracę.** Istotne różnice w poszczególnych kategoriach objawów PTSD zarejestrowano dla czynnika negatywnych emocji i przekonań oraz objawów eksternalizacyjnych. Wynik ten wskazuje, że **przy podobnym poziomie narażenia na traumatyczne zdarzenia i podobnej intensywności emocji odczuwanych podczas zdarzenia traumatycznego grupa poddana szkoleniu profilaktycznemu wykazała wyższy poziom rezyliencji.** Wynik ten ilustruje główny zakładany efekt szkolenia profilaktycznego, którego celem było zapobieganie rozwojowi PTSD.

#### **Wnioski spójne z danymi z danymi z literatury:**

Zastosowanie interwencji opartych na technikach stosowanych w terapii poznawczo-behawioralnej jest uzasadnione w budowaniu rezyliencji.

Efekty szkolenia wymagają utrwalania (efekt wiedzy i umiejętności po roku od szkolenia zanika).

#### **Wnioski nowatorskie, brak lub niejednoznaczne dane w literaturze przedmiotu:**

Szkolenie profilaktyczne „Skuteczne działanie w stresie” przewyższa wyłącznie standardowe szkolenie stosowane w PSP pod względem:

- wpływu na stosowanie dezadaptacyjnych form regulacji nastroju – istotnie zmniejsza stosowanie strategii unikowych;
- wpływu na nasilenie objawów PTSD po roku służby, w czasie której miała miejsce konfrontacja ze stresorami traumatycznymi - w grupie poddanej szkoleniu nasilenie objawów PTSD było mniejsze niż w grupie osób szkolonych standardowo.

## **5. Opis pozostałej działalności naukowej**

Truizmem byłoby stwierdzenie że psychopatologia, leczenie i profilaktyka zaburzeń psychicznych to zjawiska o niezwykle wysokim poziomie komplikacji. Opis mojej pozostałej działalności naukowej dotyczy problemów, które wykraczały poza główny nurt badań, ale stanowiły jego istotne uzupełnienie lub podstawę teoretyczną, albo przygotowanie merytoryczne do przeprowadzania badań nad psychoterapią. Mogę zatem wyodrębnić cztery dodatkowe obszary moich zainteresowań badawczych: 1) psychopatologia, struktura objawów PTSD i diagnoza kliniczna, 2) uwarunkowania osobowościowe/temperamentalne PTSD, 3) zaburzenia osobowości i 4) psychoterapia poznawczo-behawioralna.

### 5.1. Psychopatologia, struktura objawów PTSD i diagnoza kliniczna

Przygotowanie do badań TRAKT: tłumaczenia, adaptacja i zastosowanie narzędzi diagnostycznych zaowocowało powstaniem kilku publikacji (nie wchodzących w skład osiągnięcia głównego), w których brałam udział:

First, M. B., Gibbon, M., Spitzer, R. L., Williams, J. B, Benjamin, L. S. (2005). *SCID-II. Structured clinical interview for DSM IV Axis II personality disorders*. New York: American Psychiatric Publishing. Redakcja w j polskim. Zawadzki B., Popiel A., Pragłowska E. (2010) Pracownia Testów Psychologicznych PTP [\[wykaz prac III pkt Q2\]](#)

First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., Williams, J. B. (2002b). *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. Redakcja w j polskim. Popiel A., Zawadzki B., Pragłowska E. (2013) Pracownia Testów Psychologicznych PTP. [\[wykaz prac, III pkt Q2\]](#)

Zawadzki B, Popiel A, Cyniak-Cieciura M., Jakubowska B., Pragłowska E.(2015). Diagnoza pourazowego zaburzenia stresowego (PTSD) za pomocą ustrukturalizowanego wywiadu klinicznego SCID-I. *Psychiatr. Pol.* 2015; 49(1): 159-169. [\[wykaz prac, II A, pozycja 4\]](#)

Dragan, M., Lis-Turlejska, M., Popiel, A., Szumiał, S., Dragan, W. (2012). The validation of the polish version of the Posttraumatic Diagnostic Scale and its factor structure. *European Journal of Psychotraumatology*, 3, 18479. doi:10.3402/ejpt.v3i0.18479. [\[wykaz prac, II A, pozycja 2\]](#)

Badania prowadzone w programie TRAKT, w czasach obowiązywania klasyfikacji i odpowiadających DSM-IV narzędzi diagnostycznych stanowiły podstawę do wyodrębnienia 6 czynników w strukturze PTSD z czego sześć objawów a trzy kryteria można było uznać za „osiowe” (B1+B2; C1+C2, D4+D5 wg DSMIV). Analizę wraz z dyskusją i odniesieniem do zmian w kolejnych wersjach klasyfikacji DSM i ICD przedstawiliśmy w artykule:

Zawadzki i Popiel, (2014) Na rozstaju dróg: struktura objawów stresu pourazowego (PTSD) po DSM-5, a przed ICD-11. *Nauka* 4/2014, 69-86. [\[wykaz prac, II B, pozycja 23\]](#)

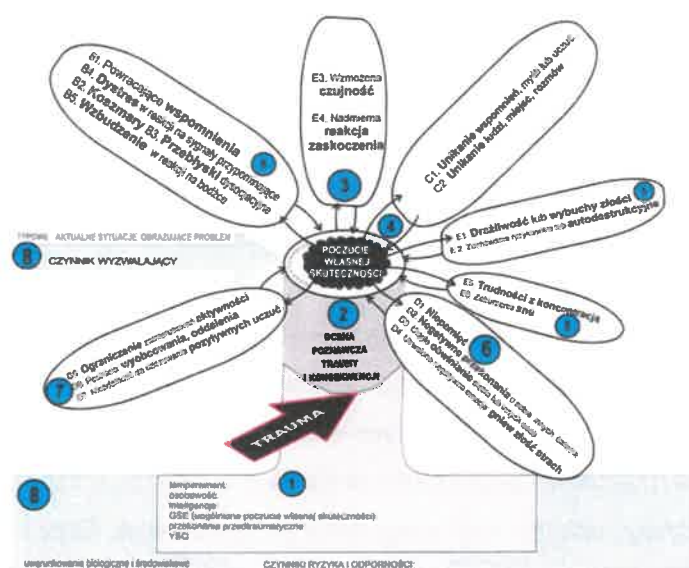
W ogólnym modelu psychoterapii poznawczo-behawioralnej podstawę stanowi indywidualna konceptualizacja obejmująca przekrojowy obraz problemu (objawy poznawcze-behawioralne-emocjonalne i fizjologiczne), mechanizmy podtrzymujące problem, czynniki podatności i odporności. Przegląd poznawczych koncepcji PTSD przedstawiłam w rozdziale poglądowym:

Popiel, A., Pragłowska, E. (2009) .Zaburzenie stresowe pourazowe (PTSD) - specyfika poznawcza. W. A. Brzezicka i I. Krejtz (red). *Neuropoznawcza perspektywa w psychopatologii.(s.75-92)*.Poznań, Stowarzyszenie Psychologia i Architektura [\[wykaz prac, II B, pozycja 5\]](#)

Poznawcze i behawioralne konceptualizacje specyficznych zaburzeń polegają na sformułowaniu modelu wyjaśniającego maksymalną liczbę objawów danego zaburzenia. Mimo kolejnych wersji klasyfikacji można zaobserwować rozdzźwięk pomiędzy sposobem diagnozowania zaburzenia o

tej samej nazwie przez różne systemy diagnostyczne a także, podkreślaną przez wielu autorów aempiryczność arbitralnie formułowanych kryteriów diagnostycznych (Hayes i Hofmann, 2018) Nasze analizy dotyczące struktury objawów PTSD wydawały się pogłębiać ten rozdzwięk.

Na podstawie obserwacji klinicznych, danych dotyczących ograniczeń PE, danych dotyczących temperamentalnych czynników ryzyka PTSD, wstępnych analiz struktury objawów PTSD, a także na podstawie przeglądu literatury sformułowałam model rozumienia PTSD uwzględniający do- tychczasowe wnioski z przeglądu literatury i dane z badań naszego zespołu i obserwacji klinicz- nych podczas badań TRAKT1.



Rysunek 8. Model konceptualizacji poznawczej PTSD, opracowanie własne.

Terapie PTSD skupiają się na różnych mechanizmach milcząco zakładając obecność i modyfikację przekonań o własnej skuteczności. Poza opisanym wcześniej wpływem ustępowania objawów PTSD na uogólnione poczucie własnej skuteczności istnieją badania wskazujące na istotną rolę przekonań o własnej skuteczności w wyzwalaniu podtrzymywaniu objawów PTSD (Benight i Cieślak, 2011). Model przedstawiony na rysunku 8 zakładał: (1) Wpływ osobowościowych (temperamentalnych) i poznawczych (wczesne schematy dezadaptacyjne, przekonania kluczowe, w tym poczucie skuteczności) czynników ryzyka PTSD na ocenę (2) wydarzenia traumatycznego, jego konsekwencji ( w tym zdrowotnych prawnych rodzinnych itp.). Ta ocena obejmuje zestaw przekonań zawartych w PTCI (*Posttraumatic Cognitions Inventory*) oraz przekonania dotyczące własnej skuteczności (*coping self-efficacy* CSE) w radzeniu sobie z konsekwencjami traumy. Jeśli ta ocena nie wskazuje na dysponowanie możliwościami radzenia sobie z objawami w nowej, potraumatycznej sytuacji naturalną reakcją jest (3) skanowanie otoczenia w poszukiwaniu zwiastunów zagrożenia (proces uwagowy) który nazwiemy czujnością

z jej fizjologicznym ekwiwalentem - wzbudzeniem wegetatywnym (reakcja zaskoczenia). (4) Osoba podejmuje próby uniknięcia wspomnień, próby zatrzymania myśli, ruminacje, martwienie się, albo próby unikania sytuacji które mogą wzbudzić emocje. Próby te są rozumiane jako sposoby regulacji emocji, wzbudzenia. Jednak zamiast chronić podsycają objawy wzbudzenia, które przejawiają się w (5) nasileniu nawracających wspomnień i pobudzenia w reakcji na bodźce. Często nieskuteczne unikanie potęguje przekonanie o nieumiejętnym poradzeniu sobie, nasilone ruminacje na ten temat i zamartwianie dotyczące przyszłych niepowodzeń w opanowaniu objawów a w konsekwencji; (5) kłopoty z koncentracją uwagi i zaburzenia snu, narastające rozdrażnienie i wybuchy złości częściej lub silniej niż przed wydarzeniem traumatycznym. Wybuchy gniewu lub zachowania autodestrukcyjne często podsycają przekonania o nieskutecznym radzeniu sobie z objawami PTSD co wpływa na poziom pobudzenia potęguje poczucie nieradzenia sobie, oraz (6) utrwała inne przekonania o sobie i świecie i innych ludzi. Przekonania te oddają zarówno postrzegany wpływ jednostki na zaistnienie traumatycznego wydarzenia, odpowiedzialność za zachowanie podczas wydarzenia (dobrze wyruminowana), wnioski z nieskutecznych prób poradzenia sobie z objawami traumy (mój układ nerwowy jest zrujnowany) (kryteria D2, D3, D4) i ogólną ocenę własnego stanu emocjonalnego (*jestem stale przygnębiona, zięję nienawiścią, mam poczucie winy*). Rezultatem tych przekonań może być brak wiary w sens podejmowania działań (nie ma sensu, nie zasługuję, to i tak nic nie zmienia) przywracających dobrostan. U niektórych osób natomiast skutkiem utrwalonego wzbudzenia i prób opanowania go jest niedopuszczanie do jakiegokolwiek pobudzenia autonomicznego również wiążącego się z przyjemnością. Czas trwania objawów i wiele miesięcy prób unikania doświadczania emocji może sprzyjać objawom ujętym w kryteriach odrętwieniu/anhedonii (7).

Sam model konceptualizacji jest szerszy niż struktura objawów, ale należy wspomnieć, że struktura objawów uzyskała wstępne potwierdzenie w pracach opublikowanych już w ramach programu PTSD-DTP.

Zawadzki, B., Popiel A., Foa E., Cyniak-Cieciura M, Jakubowska B, Pragłowska E (2015) The structure of symptoms of posttraumatic stress disorder (PTSD) according to DSM-5 and assessed by PDS-5 - preliminary results. *Current Issues in Personality Psychology* [wykaz prac, II B, pozycja 21]

Cyniak-Cieciura, M., Staniaszek, K., Popiel, A., Pragłowska, E., Zawadzki, B. (2017) The structure of PTSD symptoms according to DSM-5 and IDC-11 proposal: A multi-sample analysis. *European Psychiatry*, 44, 179 – 186 [wykaz prac, II A, pozycja 6]

Wyniki eksperymentalnego badania nad emocjonalnym testem Stroopa u pacjentów w programie Trakt zostały opisane w publikacji, w której uczestniczyłam:

Bielecki, M., Popiel, A., Zawadzki, B., Sędek, G. (2017). Age As Moderator of Emotional Stroop Task Performance in Posttraumatic Stress Disorder (PTSD). *Frontiers in Psychology*, 19 September 2017, <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01614>.) [wykaz prac, II A, pozycja 5]

Wkład w weryfikację empiryczną „podstawy” modelu – roli wczesnych schematów dezadaptacyjnych i cech temperamentu w klinicznej prezentacji objawów PTSD stanowiła praca doktorska dr Karoliny Staniaszek, w której miałam zaszczyt być promotorką pomocniczą. Autorka potwierdziła wielowymiarowość konstruktu PTSD, lepsze dopasowanie modelu 7 czynnikowego do danych i rolę wczesnych schematów dezadaptacyjnych (izolacji społecznej, negatywizmu i zagrożenia) w wyjaśnieniu związku reaktywności emocjonalnej z nasileniem objawów PTSD).

Model konceptualizacji PTSD wskazuje możliwości interwencji terapeutycznych: poznawczych i behawioralnych odnoszących się do podstawowych procesów psychologicznych podtrzymujących objawy PTSD, między innymi poprzez wzmocnienie poczucia własnej skuteczności w radzeniu sobie z objawami PTSD, co zostało wykorzystane we wchodzącym w skład osiągnięcia głównego programie profilaktycznym „Skuteczne działanie w stresie” a także stanowi podstawę obecnych badań nad terapią poznawczą PTSD.

## 5.2. Uwarunkowania osobowościowe/temperamentalne PTSD

W momencie rozpoczęcia badań w programie TRAKT rola czynników temperamentalnych w rozwoju PTSD była dobrze udokumentowana. W szczególności dotyczyła ona reaktywności emocjonalnej jako czynnika ryzyka PTSD (por J. Strelau, B. Zawadzki, M. Kaczmarek, 2009), gdyż sam program był realizowany w centrum polskich badań nad temperamentem ICGZ UW, kierowanym wówczas przez Bogdana Zawadzkiego. Badania u ofiar wypadków drogowych, których częścią terapeutyczną był program TRAKT pozwoliły na uzupełnienie danych dotyczących reaktywności emocjonalnej w nasileniu objawów PTSD, które zostały zaprezentowane w dwóch publikacjach:

Zawadzki B., Popiel A (2012) Temperamental traits and severity of PTSD symptoms. *Journal of Individual Differences*, 33, 4, 257-26 [wykaz prac, II A, pozycja 1]

Zawadzki B., Popiel A (2020). Dynamika relacji między cechami temperamentu a nasileniem objawów pourazowego zaburzenia stresowego (PTSD) po wypadku drogowym. Efekt podatności i komplikacji. *Chowanna, Special Issue/2012* , 67-87 [wykaz prac, II B, pozycja 19]

Dane uzyskane dla reaktywności emocjonalnej z badań podłużnych wskazują na wpływy zwrotne objawów PTSD na temperament. Wpływy te rozpoczynają się prawdopodobnie w drugim roku i są możliwe do stwierdzenia na początku roku trzeciego po zdarzeniu. Dla żwawości proces ten rozpoczyna się znacznie wcześniej — prawdopodobnie w połowie pierwszego roku, a dominuje



już w drugim roku. W tym zakresie wyniki są zgodne z danymi z badań dotyczących wzbudzania i wygaszania reakcji lękowych w zależności od cech temperamentu (Strelau, 1969). Ten zwrotny proces wpływu objawów PTSD na tempera mentalną składową osobowości uzasadniałby dodatkowo istnienie kategorii diagnostycznej jaką jest w ICD-10 zaburzenie osobowości po traumie. Zasygnalizowanie kwestii i omówienie modeli teoretycznych wyjaśniających zależność między objawami PTSD a zaburzeniami osobowości przedstawiliśmy we wczesnym artykule:

Popiel, A., Staniaszek, K. (2005). Współwystępowanie PTSD i zaburzeń osobowości. *Psychologia Edukacja Społeczeństwo*, 2, 3, 2005 199-22. [wykaz prac, II B pozycja 31]

### 5.3. Zaburzenia osobowości

Wielowymiarowość konstruktu PTSD, efekt podatności i komplikacji rozważany w badaniach nad wpływem temperamentu na objawy PTSD, rola stresorów traumatycznych w psychopatologii osobowości (Millon, 2005) oraz praca kliniczna przebiegająca w oparciu o diagnozę i konceptualizację problemu w naturalny sposób wyznaczają drugi wątek moich zainteresowań, który nie został ujęty w głównym dorobku - jest to problematyka zaburzeń osobowości.

Odnosząc się do badań nad temperamentem w psychoterapii nie można pominąć kontekstu tworzenia podstaw kształcenia w psychoterapii poznawczo-behawioralnej. W znaczącej części kształcenie to było odtwórcze, ale specyfika „pracy u podstaw” nie ograniczała się do wprowadzenia do Polski „anglosaskiej” terapii. Od początku doświadczenia dydaktyczne w tej dziedzinie zdobywałyśmy i rozwijałyśmy wspólnie z dr Ewą Pragłowską – autorką badań dotyczących zmian cech temperamentu w chorobie afektywnej dwubiegunowej. Jej zasługą jest uwzględnianie cech temperamentu tak, jak ujmuje je Regulacyjna Teoria Temperamentu w poznawczej konceptualizacji problemu. Nasz ówczesny sposób myślenia, wraz z modelem konceptualizacji zaprezentowałyśmy w publikacjach teoretycznych i opublikowanych materiałach dydaktycznych dla lekarzy.

Popiel, A., Pragłowska E.(2006). Optymalizacja - pomiędzy zaburzeniem a stylem osobowości. W. G. Sędek, M. Marszał – Wiśniewska i M. Fajkowska (red.), *Zaburzenia i optymalizacja procesów emocjonalnych i poznawczych. Nowe kierunki badań* (s. 259-278). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne. [wykaz prac, IIB pozycja 7]

Popiel A, Pragłowska E (2006) Osobowość z pogranicza a zaburzenie afektywne dwubiegunowe– podobieństwa, różnice, trudności diagnostyczne i terapeutyczne. Warszawa, Centrum CBT [wykaz prac, IIC pozycja 6]

Popiel A. (2011) Zaburzenie osobowości z pogranicza wyzwanie terapeutyczne. *Psychiatria*, 8,2, 64-79. [wykaz prac, IIB pozycja 30]

Ten sposób rozumienia jedynie w części został poparty badaniami, których wyniki w wskazywały na temperamentalną podstawę nieadekwatnego przetwarzania stymulacji (zaburzenia osobowości grupy A, C i borderline) lub przestymulowania (pozostała zaburzenia z grupy B). Wyniki zostały

## opublikowane w pracy:

Zawadzki, B., Rozmysłowska, J., Nowocin, D., Popiel, A., Pragłowska, E. (2012) Temperamentalna charakterystyka zaburzeń osobowości. *Psychologia-Etologia-Genetyka* Vol. 25, 7-23. [wykaz prac, IIB pozycja 29]

Ponownie odwołując się do Kazdina (*practice-based evidence*) znaczenie uwzględnienia temperamentu w pracy klinicznej jest poparte reakcjami moich pacjentek z zaburzeniem osobowości z pogranicza, które z ulgą przyjmowały psychoedukację na temat niezharmonizowanego temperamentu jako podstawę konceptualizacji ich problemu i początek uprawomocniania doświadczanych przez nie skrajnie nasilonych emocji (i pozytywnie oceniały psychoedukacyjny, popularno-anaukowy artykuł „Stabilnie niestabilni” opublikowany w piśmie „Charaktery” w 2008, a także treści poruszone w audycji „Borderline - życie na krawędzi” nadanej w IV programie PR 04.2012 (<https://www.youtube.com/watch?v=aaqcA12ZEv0>)).

Wyrazem kontynuacji zainteresowań tą problematyką jest współredagowanie specjalnego numeru Roczników Psychologicznych poświęconego zaburzeniom osobowości, prezentującego aktualny stan wiedzy na temat klasyfikacji zaburzeń osobowości, narzędzia do diagnozy (w tym BPD Checklist - Skala samooceny zaburzenia osobowości z pogranicza A. Arntza i G.Joosen-Bloo ). W tym numerze pisma znalazły się także artykuły mojego współautorstwa:

Zawadzki, Popiel ( 2017). Diagnoza zaburzeń osobowości: wybrane metody i modele diagnostyczne. *Roczniki Psychologiczne*, 20(2). 235-239 [wykaz prac, IIB pozycja 25]

Popiel, Keegan (2017). Zaburzenia osobowości – krótkie wprowadzenie historyczne. *Roczniki Psychologiczne*, 20(2). 247-264 [wykaz prac, IIB pozycja 26]

Zawadzki, B., Popiel, A., Pragłowska, E., Newman, C. (2017). Specyfika dezadaptacyjnych przekonań w zaburzeniach osobowości: charakterystyka psychometryczna polskiej translacji i tawestacji Kwestionariusza Przekonań (Personality Beliefs Questionnaire). *Roczniki Psychologiczne*, 20(2), 337-354 [wykaz prac, IIB pozycja 27]

Staniaszek, K., Popiel, A. (2017). Diagnoza wczesnych schematów dezadaptacyjnych – opracowanie i walidacja polskiej skróconej wersji Kwestionariusza Schematów Younga (YSQ-S3-PL). *Roczniki Psychologiczne*, 20(2), 373-399 [wykaz prac, IIB pozycja 28]

#### 5.4. Psychoterapia poznawczo-behawioralna

Podstawą, która umożliwiła przeprowadzanie badań nad skutecznością psychoterapii była dostępność wykształconych w tej dziedzinie psychoterapeutów i superwizorów. Aby to stało się możliwe, poza działaniami organizacyjnymi tworzenia od podstaw środowiska, czas ponad 20 lat aktywności zawodowej to okres pracy organizacyjnej, promowania wiedzy podczas licznych konferencji oraz publikowania prac, o charakterze teoretycznym i praktycznym dotyczących terapii poznawczo-behawioralnej, w tym 6 rozdziałów w książkach (min w podręcznikach akademickich

„Psychiatria” i „Psychoterapia”). W roku 2008 ukazał się nasz pierwszy polski podręcznik poświęcony terapii poznawczo-behawioralnej:

Popiel, A., Pragłowska, E. (2008). *Psychoterapia poznawczo-behawioralna. Teoria i praktyka*. Warszawa: Paradygmat. [wykaz prac, IIB pozycja 1]

Pięć lat później współredagowałam pierwszą książkę poświęconą superwizji. Książka ta wypełniała lukę między pragmatyką psychoterapii (konieczność poddawania pracy terapeutycznej superwizji jest oczywista dla wszystkich towarzystw reprezentujących różne podejścia w psychoterapii w Polsce) a brakiem w języku polskim jakichkolwiek opracowań dotyczących istotnych dla superwizji problemów, standardów prowadzenia superwizji i kształcenia superwizorów.

Popiel, A., Pragłowska, E. (2013)(red). *Superwizja w psychoterapii poznawczo-behawioralnej. Koncepcje, procedury, narzędzia*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego. [wykaz prac, IIB pozycja 2]

Psychoterapia poznawczo-behawioralna stanowi też kanwę dla opisanych wyżej badań nad skutecznością terapii PTSD.

## 6. Podsumowanie i plan dalszych badań

Badania naukowe nad terapią poznawczo-behawioralną odnoszą się w większości do zależności „Teoria funkcjonowania – Psychopatologia – Techniki – Protokoły – Weryfikacja skuteczności – Upowszechnienie metody”. Do tej zależności należałoby dodać ważny element, jakim jest „trwałość efektów” mierzona podczas badań katamnesticznych (*follow-up*)

Zależność „teoria funkcjonowania – psychopatologia” znajduje swoje odzwierciedlenie w modelach poznawczych PTSD i zazwyczaj jest przedmiotem dziedziny określanej jako *psychopatologia poznawcza*. Przykładem badań w tej dziedzinie w których uczestniczyłam są badania nad czynnikami ryzyka, strukturą objawów i diagnozą PTSD a także ostatnie badania eksperymentalne dotyczące np. zaburzonych procesów hamowania przetwarzania bodźców związanych z traumą w PTSD. Ten obszar badań zaowocował licznymi narzędziami diagnostycznymi, analizą struktury objawów, która w kontekście literatury światowej stanowi wkład w dyskusję ostatnich lat dotyczącą konieczności osadzenia klasyfikacji zaburzeń w badaniach empirycznych,

Badania dalszych etapów (psychopatologia – techniki - protokoły- weryfikacja skuteczności) są już badaniami nad leczeniem – jego metodami i skutecznością. Te badania stanowią trzon mojej pracy naukowej. Badania nad skutecznością terapii przyniosły nową wiedzę dotyczącą skuteczności psychoterapii farmakoterapii i leczenia skojarzonego. Odniesienia do nich znajdują się w opublikowanej w grudniu 2018 aktualizacji wytycznych National Institute of Care and Clinical Excellence (NICE) w Wielkiej Brytanii dotyczących leczenia PTSD (NICE 2019). Nie tylko w obszarze PTSD, ale w opartych na metaanalizach obecnych wytycznych dotyczących lecze-



nia/psychoterapii innych zaburzeń psychicznych nie ma w NICE dotychczas żadnych polskich badań.

Wyniki naszych badań, zgodnie z transdiagnostycznym, zorientowanych na procesy psychologiczne duchem czasu w psychoterapii przybliżyły nas do rozumienia roli temperamentu w psychopatologii i terapii, a co za tym idzie stanowią podstawy do uwzględniania cech temperamentu w konceptualizacji.

Prowadząc pierwsze badania i szkolenia dotyczące metody przedłużonej ekspozycji wykazaliśmy, że metody tej można nauczyć w sposób umożliwiający replikację i osiągnięcie skuteczności porównywanej do skuteczności twórców metody. Upowszechnienie jest zapewne dalekie od potrzeb wynikających z rozpowszechnienia PTSD, ale tylko w ramach szkoleń w ICGZ UW organizowanych w latach 2009-2012 a od 2009 roku w ramach Szkoły Psychoterapii Uniwersytetu SWPS około 1100 psychologów z całej Polski zostało przeszkolonych przez nas w metodzie przedłużonej ekspozycji<sup>11</sup>.

Wnioski z badań lat 2006-2012 posłużyły do sformułowania założeń kolejnych badań i oddziaływań praktycznych - protokołów psychoterapii i profilaktyki PTSD z nadzieją na uzupełnienie wiedzy w obszarach, ze względu na rozmiar cierpienia związanego z PTSD -koniecznych do uzupełnienia. Obecnie kończą się badania nad alternatywną dla PE – terapią poznawczą. Ich wyniki wstępnie wskazują na porównywalną skuteczność obu terapii, wymagają szczegółowego opracowania, replikacji i upowszechniania, podobnie jak badania nad profilaktyką.

Badania prowadzone w ciągu ostatnich 10 lat miały niepodważalny aspekt praktyczny:

- w efekcie terapii prowadzonej w ramach naszych badań nad leczeniem PTSD zapoczątkowanych ponad 300 osób uwolniło się od objawów PTSD.
- jedna z najskuteczniejszych metod leczenia - przedłużona ekspozycja – stała się bardziej dostępna dla pacjentów w Polsce.
- dysponujemy danymi, które mogłyby stanowić podstawę opracowania standardów leczenia PTSD w Polsce
- metody terapii poznawczo-behawioralnej zastosowane w programie profilaktycznym „Skuteczne działanie w stresie” wstępnie okazały się skuteczne w zapobieganiu PTSD u osób narażonych na traumę zawodową – strażaków i prawdopodobnie będą mogły być stosowane w innych grupach zawodowych wysokiego narażenia na traumę.

<sup>11</sup> Wielu z dawnych uczestników naszych szkoleń obecnie prowadzi szkolenia, trudno określić liczbę osób znających metodę. Należy podkreślić, że warunkiem etycznym i merytorycznym jej prawidłowego stosowania jest poddawanie pracy klinicznej supervisionowi – poza naszym zespołem badawczym i Szkołą Psychoterapii nie dysponujemy danymi dotyczącymi realnego stosowania PE w terapii PTSD.

## 7. Literatura

- Aderka, I. M., Gillhan, S. J., Mc Lean, C. P., & Foa, E. B. (2013). The relationship between posttraumatic and depressive symptoms during prolonged exposure with and without cognitive restructuring for the treatment of posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81(3), 375-382.  
<http://dx.doi.org/10.1037/a0031523>.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fifth edition*. Washington: American Psychiatric Association.
- American Psychological Association (APA). (2014). Guidelines for prevention in psychology. *American Psychologist*, 69, 285-296.
- Bandura, A. (1989). Human agency in social cognitive theory. *American Psychologist*, 44, 1175-1184.
- Bandura, A. (2007). *Teoria społecznego uczenia się*. Przeł. J. Kowalczevska, J. Radzicki. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Barlow, D.H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2nd ed.). New York: The Guilford Press.
- Benight, C. C., Bandura, A. (2004). Social cognitive theory of posttraumatic recovery: The role of perceived self-efficacy. *Behavior Research and Therapy*, 42(10), 1129-1148.
- Benight, C. i Cieślak, R. (2011) Resilience and Mental Health Challenges Across the Lifespan, Chapter: Cognitive factors and resilience: how self-efficacy contributes to coping with adversities, Publisher: Cambridge University Press, Editors: Steven M. Southwick, Brett T. Litz, Dennis Charney, Matthew J. Friedman, pp.45-55.
- Beck, J. G., & Coffey, S. F. (2007). Assessment and treatment of PTSD after a motor vehicle collision: empirical findings and clinical observations. *Professional Psychology Research and Practice*, 38(6), 629-639.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Beck Depression Inventory Manual* (2nd ed.). San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Benedek, D. M., Friedman, M. J., Zatzick, D., & Ursano, R. J. (2009). Guideline watch (March 2009): Practice guideline for the treatment of patients with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder.  
<http://dx.doi.org/10.1176/appi.books.9780890423479.156498>. Retrieved from <http://www.psychiatryonline.org/pdfaccess.ashx/ResourceIDL243183&PDFSourceL6>.
- Bisson, J. I., Roberts, N. P., Andrew, M., Cooper, R., & Lewis, C. (2013). Psychological therapies for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (12)  
<http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD003388.pub4>. Art. No.: CD003388.
- Blanchard, E. B., & Hickling, E. J. (2004). *After the crash* (2nd ed.). Washington, DC: American Psychological Association.
- Blanchard, E. B., Hickling, E. J., Devineni, T., Veazey, C. H., Galovski, T. E., Mundy, E., et al. (2003). A controlled evaluation of cognitive behavioral therapy for posttraumatic stress disorder in motor vehicle accident survivors. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 79-96.
- Bradley, R., Greene, J., Russ, E., Dutra, L., & Westen, D. (2005). A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. *American Journal of Psychiatry*, 162, 214-227.
- Cuijpers, P. (2014). Combined pharmacotherapy and psychotherapy in the treatment of mild to moderate major depression? *JAMA Psychiatry*, 71(7), 747-748. <http://dx.doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.277>.

- Cuijpers, P., Ebert, D. D., Acarturk, C., Andersson, G., Cristea, I. A. (2016). Personalized Psychotherapy for Adult Depression: A Meta-Analytic Review. *Behavior Therapy*, Volume 47(6), 2016, 966-980.  
<https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.04.007>.
- Cuijpers, P., van Straten, A., Hollon, S., Andersson, G. (2010) The contribution of active medication to combined treatments of psychotherapy and pharmacotherapy for adult depression: a meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 121, 6, 415-423.
- Czabała, J. S., Sęk, H. (2000). Pomoc psychologiczna. W: J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki. Jednostka w społeczeństwie i elementy psychologii stosowanej* (s. 605-621). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Dragan, M., Lis-Turlejska, M., Popiel, A., Szumiał, S., & Dragan, W. (2012). The validation of the Polish version of the Posttraumatic Diagnostic Scale and its factor structure. *European Journal of Psychotraumatology*, 3, 18479.  
<http://dx.doi.org/10.3402/ejpt.v3i0.18479>.
- European Association for Behavioural and Cognitive Therapies. (2009). *Standards for training and accreditation of cognitive and/or behaviour therapists*. Retrieved from <http://www.eabct.com>.
- Fecteau, G., & Nicki, R. (1999). Cognitive behavioural treatment of posttraumatic stress disorder after motor vehicle accident. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 27, 201-214.
- Feeny, N. C., Zoellner, L. A., Mavissakalian, M. R., & Roy-Byrne, P. P. (2009). What would you choose? Sertraline or prolonged exposure in community and PTSD treatment seeking women. *Depression and Anxiety*, 26, 724-731.
- Feingold, A. (2009). Effect sizes for growth-modeling analysis for controlled clinical trials in the same metric as for classical analysis. *Psychological Methods*, 14(1), 43-53.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. (1996). *Structured clinical interview for DSM-IV axis I disorders-Patient edition (SCID-I/P, Version 2.0)*. New York: Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute.
- First, M., Spitzer, R., Gibbon, M., Williams, J., & Benjamin, L. (2007). *Structured clinical interview for DSM-IV axis II disorders (SCID-II)*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Foa, E. B., Cashman, L., Jaycox, L., & Perry, K. (1997). The validation of a self-report measure of posttraumatic stress disorder: the Posttraumatic Diagnostic Scale. *Psychological Assessment*, 9, 445-451.  
<http://dx.doi.org/10.1037/1040-3590.9.4.445>.
- Foa, E. B., Gillihan, S. J., & Bryant, R. A. (2013). Challenges and successes in dissemination of evidence-based treatments for posttraumatic stress: lessons learned from prolonged exposure therapy for PTSD. *Psychological Science in the Public Interest*, Supplement, 14(2), 65e111.
- Foa, E. B., Hembree, E. A., & Rothbaum, B. (2007). *Prolonged exposure therapy for PTSD: Emotional processing of traumatic experiences: Therapist guide*. New York, NY: Oxford University Press.
- Foa EB, Rauch SAM. (2004) Cognitive changes during prolonged exposure versus prolonged exposure plus cognitive restructuring in female assault survivors with posttraumatic stress disorder. *J. Consult. Clin. Psychol.* 72: 879-884.
- Forbes, D., Creamer, M., Bisson, J. I., Cohen, J. A., Crow, B. E., Foa, E. B., et al. (2010). A guide to guidelines for the treatment of PTSD and related conditions. *Journal of Traumatic Stress*, 23, 537-552.
- Frommberger, U., Stieglitz, R. D., Nyberg, E., Richter, H., Novelli-Fisher, U., Angenendt, J., et al. (2004). Comparison between paroxetine and behavior therapy in patients with posttraumatic stress disorder (PTSD): a pilot study. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 8, 19-23.
- Dragan, M., Gulcz, M., Wójtowicz, S. T. (2005). Adaptacja Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI): raport ze wstępnego badania walidacyjnego Inwentarza Pourazowych Treści Poznawczych, *Przegląd Psychologiczny*, 48, 417-430.
- Hayes, S., Hofmann, S. (2018). *Process based CBT: The science and core clinical competencies of cognitive behavioral therapy*. New York: New Harbinger Publications.

- Hembree, E., & Foa, E. (2007). *Prolonged exposure therapy supervisor manual*. Center for the Treatment & Study of Anxiety University of Pennsylvania.
- Hembree, E. A., Foa, E. B., Dorfan, N. M., Street, G. P., Kowalski, J., & Tu, X. (2003). Do patients drop out prematurely from exposure therapy for PTSD? *Journal of Traumatic Stress*, 16, 555e562.
- Hetrick, S. E., Purcell, R., Garner, B., & Parslow, R. (2010). Combined pharmacotherapy and psychological therapies for post traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7, 2. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD007316.pub2>. Art. No.: CD007316.
- Howlett, J. R., Stein, M. B. (2016). Prevention of trauma and stressor-related disorders: A review. *Neuropsychopharmacology Reviews*, 41(1), 357–369.
- Jacobson N, Truax P. Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1991; 59(1), 12-19.
- Kazdin, A. E. (2008). Evidence-based treatment and practice: New opportunities to bridge clinical research and practice, enhance the knowledge base, and improve patient care. *American Psychologist*, 63(3), 146– 159.
- Kim, J. E., Dager, S. R., Jeong, H. S., Ma, J., Park, S., Kim, J., Choi, Y., Lee, S. L., Kang, I., Ha, E., Cho, H. B., Lee, S., Kim, E. J., Yoon, S., Lyoo, I. K. (2018). Firefighters, posttraumatic stress disorder, and barriers to treatment: Results from a nationwide total population survey. *PLoS ONE*, 13(1), e0190630.
- Murphy, R.T., Thompson, K.E., Murray, M., Rainey, Q., Uddo, M.M.(2009) Effect of a motivation enhancement intervention on veterans' engagement in PTSD treatment. *Psychological Services*, 6, 264–278.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2019). Post-traumatic stress disorder (NICE Quality Standard No. 116). (<https://www.nice.org.uk/guidance/ng116>)
- National Institute of Clinical Excellence (2005). Posttraumatic Stress Disorder: The Management of PTSD in Adults and Children in Primary and Secondary Care. London: National Collaborating Centre for Mental Health (<http://guidance.nice.org/CG26>).
- Skeffington, P. M., Rees, C. S., Mazzucchelli, T. G., & Kane, R. T. (2016). The primary prevention of PTSD in firefighters: Preliminary results of an RCT with 12-month follow-up. *PLoS ONE*, 11(7). Article ID e0155873.
- Stein, D.J., Ipser, J.C., Seedat, S.(2006). Pharmacotherapy for post traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 1. Art. No.: CD002795. DOI: 10.1002/14651858.CD002795.pub2
- Paul, L. A., Gros, D. F., Strachan, M., Worsham, G., Foa, E. B., & Acierno, R. (2014). Prolonged Exposure for Guilt and Shame in a Veteran of Operation Iraqi Freedom. *American Journal of Psychotherapy*, 68(3), 277–286. doi:10.1176/appi.psychotherapy.2014.68.3.277
- Popiel A, Pragłowska E.(2008) *Psychoterapia poznawczo-behawioralna. Teoria i praktyka*. 2008. Warszawa: Paradygmat (s 204-235)
- Pużyński, S., Wciórka, J. (1998). *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Badawcze kryteria diagnostyczne*. Przeł. J. Wciórka. Kraków: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Rollnick S, Miller WR, Butler CC. *Motivational Interviewing in health care*. New York: The Guilford Press; 2008.
- Stapleton JA, Taylor S, Asmundson GJ. 2006 Effects of three PTSD treatments on anger and guilt: exposure therapy, eye movement desensitization and reprocessing, and relaxation training. *J. Trauma Stress*. 19(1):19-28.
- Symon, E. (2017). *Wypadki drogowe w Polsce w 2017 roku*. Wydział Profilaktyki w Ruchu Drogowym Biura Prewencji i Ruchu Drogowego Komendy Głównej Policji, Warszawa 2007
- Von Wolff, A., Hlzel, L., Westphal, A., Hrter, M., Kriston, L.(2012). Combination of pharmacotherapy and psychotherapy in the treatment of chronic depression: A systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 12, 1, 61-70.
- World Health Organization (WHO) (1992). *International statistical classification of diseases and related health problems. Tenth revision (ICD-10)*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization (WHO) (2018). *ICD-11. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. Eleventh Revision*. Geneva: WHO

Westra HA, Dozois DJA. Preparing clients for cognitive behavioral therapy: A randomized pilot study of Motivational Interviewing for anxiety. *Cognitive Therapy and Research*. 2006

Zawadzki, B., Strelau, J. (2010). Structure of personality: Search for a general factor viewed from a temperament perspective. *Personality and Individual Differences*, 49, 77-82.

## 8. Dodatek: Skala oceny metodologii badań nad skutecznością terapii L.G Östa

Skala oceny metodologii badań nad skutecznością psychoterapii za: Öst, L-G (2008). Efficacy of the third wave of behavioral therapies: A systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 3, 296-321, Tłumaczenie A.Popiel, przedruk za zgodą Elsevier w Popiel, Prąglowska, 2008)

*Uwaga: Jeśli dostępne informacje dotyczące oceny danej pozycji są niewystarczające, ocena wynosi 0*

1. **Opis badanej grupy** (0. Niewystarczający. Niejasny opis badanej grupy, np. wspomniane jest jedynie, że u pacjentów rozpoznano dane zaburzenie; 1. Wystarczający. Wystarczający opis badanej grupy (np. określone kryteria włączenia/wykluczenia z badania, dane demograficzne itd.; 2. Dobry. Wyczerpujący opis badanej grupy (np. określone kryteria włączenia/wykluczenia z badania, dane demograficzne, rozpowszechnienie zaburzeń współwystępujących itd.).
2. **Ocena nasilenia/przewlekłości przebiegu zaburzenia** (0. Niewystarczająca. Nasilenie/przewlekłość przebiegu zaburzenia nie była oceniana i/lub do badania włączeni byli także pacjenci z zaburzeniem na poziomie subklinicznym; 1. Wystarczająca. U wszystkich włączonych do badania osób diagnoza postawiona na podstawie spełnienia wymaganych kryteriów rozpoznawania zaburzenia w fazie ostrej lub zaburzenia o łagodnym nasileniu; 2. Dobra. Badana grupa składała się niemal wyłącznie z pacjentów, u których zaburzenie ma charakter przewlekły, lub jest w co najmniej umiarkowanym stopniu nasilenia.)
3. **Reprezentatywność badanej grupy** (0. Niewystarczająca. Badana grupa różni się od pacjentów zazwyczaj poszukujących pomocy z powodu danego zaburzenia (np. kryteria do włączenia do badania są nadmiernie restrykcyjne; 1. Wystarczająca. Badana grupa jest w pewnym stopniu reprezentatywna dla pacjentów zazwyczaj poszukujących pomocy z powodu danego zaburzenia (np. kryteria do wykluczenia z badania ograniczone są do obecności innych dominujących w obrazie klinicznym zaburzeń; 2. Dobra. Badana grupa jest w znacznym stopniu reprezentatywna dla pacjentów zazwyczaj poszukujących pomocy z powodu danego zaburzenia (np. autorzy dołożyli starań, aby to zapewnić).
4. **Rzetelność diagnozy zaburzenia będącego przedmiotem badania** (0. Niewystarczająca. Proces diagnozy nie został odnotowany, albo diagnoza nie była dokonana przez przeszkolonego badacza, przy użyciu strukturalizowanego wywiadu klinicznego; 1. Wystarczająca. Diagnoza nie była dokonana przez przeszkolonego badacza, przy użyciu strukturalizowanego wywiadu klinicznego; 2. Dobra. Diagnoza była dokonana przez przeszkolonego badacza, przy użyciu strukturalizowanego wywiadu klinicznego i określona została zgodność między badaczami dokonującymi diagnozy (np. współczynnik kappa).
5. **Specyficzność narzędzi** (0. Niewystarczająca. Bardzo ogólny pomiar, za pomocą narzędzi nie specyficznych dla danego zaburzenia (np. ogólny wynik w skali SCL-90R), 1. Wystarczająca. Umiarkowanie specyficzne narzędzia; 2. Dobra. Specyficzne dla danego zaburzenia narzędzia oceny, np. uwzględniające każdą grupę charakterystycznych objawów.
6. **Trafność i rzetelność narzędzi** (0. Niewystarczająca. Zastosowane narzędzia nie spełniają standardów, lub nie sprawdzono/podano ich właściwości psychometrycznych; 1. Wystarczająca. Niektóre, ale nie wszystkie z zastoso-

- wanych narzędzi mają odpowiednie/podane właściwości psychometryczne; 2. Dobra. Wszystkie z zastosowanych narzędzi mają odpowiednie właściwości psychometryczne, są dobrze dobrane ze względu na cel badania)
7. **Zastosowanie pomiaru metodą ślepej próby.** (0. Niewystarczający. Nie stosowano pomiaru metodą ślepej próby (np. oceny skuteczności dokonywał terapeuta, lub osoba znająca rodzaj leczenia, któremu poddany był pacjent, albo autorzy nie podają sposobu pomiaru); 1. Wystarczający. Stosowano pomiar metodą ślepej próby, ale nie zastosowano procedur sprawdzających „stopień zaślepienia” - czy rzeczywiście oceny skuteczności dokonywała osoba nieznająca rodzaju leczenia, któremu poddany był pacjent; 2. Dobry. Prawidłowo stosowano pomiar metodą ślepej próby, z zastosowaniem procedur sprawdzających czy oceny skuteczności dokonywała osoba nieznająca rodzaju leczenia).
8. **Szkolenie osób przeprowadzających badanie stanu psychicznego** (0. Niewystarczające. Szkolenie osób oceniających i trafność ocen niewystarczająca lub niejasno określona; 1. Wystarczające. Minimalne warunki szkolenia osób oceniających zostały określone (np. szkolenie w zastosowaniu określonych narzędzi), ale trafność ocen nie była sprawdzana/przedstawiona; 2. Dobre. Minimalne warunki szkolenia osób oceniających zostały określone. Sprawdzono zgodność między badaczami dokonującymi diagnozy (*inter-rater reliability*) i/lub dokonano w trakcie badania kalibracji metod oceny w celu uniknięcia błędów oceniania)
9. **Włączanie do terapii** (0. Niewystarczające. Ryzyko tendencyjności, np. pacjenci wybierali formę terapii, lub byli włączani w inny sposób bez randomizacji, lub badana była tylko jedna grupa; 1. Wystarczające. Losowy lub warstwowy dobór do badanych grup. Może występować pewne systematyczne zniekształcenie, ale nie stanowi ono poważnego zagrożenia dla trafności wewnętrznej. Może także istnieć interakcja terapeuty i rodzaju terapii, a liczba osób badanych może być zbyt mała, aby zapobiec zniekształceniom; 2. Dobre. Losowy lub warstwowy dobór do badanych rodzajów terapii, losowy przydział pacjentów do terapeutów w obrębie badanych form terapii. Odpowiednia ilość terapeutów dla każdej z orientacji teoretycznych oraz odpowiednia liczebność badanych grup).
10. **Plan badania** (0. Niewystarczający. Aktywne leczenie porównywane z pacjentami oczekującymi na rozpoczęcie terapii lub niejasno opisanym standardowym leczeniem (TAU *treatment as usual*); 1. Wystarczający. Aktywne leczenie porównywane precyzyjnie z opisanym standardowym leczeniem, lub placebo; 2. Dobry. Aktywne leczenie porównywane z innymi, udokumentowanymi wcześniej skutecznymi formami leczenia)
11. **Analiza mocy (power analysis)** (0. Niewystarczająca. Nie wykonano analizy mocy przed rozpoczęciem badania; 1. Wystarczająca. Przed rozpoczęciem badania wykonano analizę mocy w oparciu o oszacowanie wielkości efektu; 2. Dobra. W oparciu o dostępne dane wykonano analizę mocy i na jej podstawie podjęto decyzję odnośnie liczby osób badanych.)
12. **Momenty oceny stanu psychicznego** (0. Niewystarczające. Ocena wyłącznie przed i po leczeniu, lub ocena przed leczeniem i badanie follow-up; 1. Wystarczające. Pre-, post-, i badanie follow-up po roku; 2. Dobre. Pre-, post-, i follow-up w czasie dłuższym niż jeden rok)
13. **Program leczenia – oparty na podręczniku, możliwy do replikacji, specyficzny dla zaburzenia** (0. Niewystarczający. Opis procedur terapeutycznych jest niejasny, leczenie nie jest oparte na dostępnym, szczegółowym opisie terapii. Istnieje możliwość stosowania wielu rodzajów interwencji w tym samym czasie w niekontrolowany sposób; 1. Wystarczający. Plan leczenia nie został stworzony dla określonego zaburzenia, lub opis procedur terapeutycznych, który jest oparty na szczegółowym, dostępnym podręczniku pozostawia pewne niejasności. Dodatkowe formy leczenia mogą być stosowane, ale są one zrównoważone między grupami, lub w inny sposób kontrolowane; 2. Dobry. Plan leczenia został stworzony dla określonego zaburzenia, Opis procedur terapeutycznych, jest oparty na szczegółowym, dostępnym podręczniku, lub jest na tyle klarowny i szczegółowy, że umożliwia replikację. Nie pozostawia niejasności. Pacjent otrzymuje wyłącznie określony podręcznikiem rodzaj leczenia)
14. **Liczba terapeutów** (0. Niewystarczająca. Wyłącznie jeden terapeuta, co oznacza brak możliwości odróżnienia wpływu terapeuty od efektu terapii; 1. Wystarczająca. Co najmniej dwóch terapeutów, ale brak analizy dotyczącej wpływu



- wu terapeuty na rezultat terapii; 2. Dobra. Trzech lub więcej terapeutów, analiza wpływu czynników związanych z terapeutą na rezultat terapii)
15. **Doświadczenie/szkolenie terapeutów.** (0. Niewystarczające. Bardzo ograniczone doświadczenie kliniczne dotyczące rodzaju terapii i określonego zaburzenia (np. studenci); 1. Wystarczające. Pewne doświadczenie kliniczne dotyczące rodzaju terapii i określonego zaburzenia; 2. Dobre. Bardzo długie doświadczenie kliniczne dotyczące rodzaju terapii i określonego zaburzenia (np. praktykujący terapeuci)
16. **Kontrola zgodności z protokołem leczenia** (0. Niewystarczająca. Brak procedur kontrolujących zgodność stosowanego leczenia z protokołem; 1. Wystarczająca. Sprawdzanie zgodności z protokołem leczenia (np. ocena pewnej ilości nagrań z sesji); 2. Dobra. Częste sprawdzanie zgodności z protokołem leczenia (np. cotygodniowa superwizja każdej sesji z zastosowaniem narzędzi oceny)
17. **Sprawdzian kompetencji terapeuty** (0. Niewystarczający. Nie sprawdzano poprawności stosowania interwencji terapeutycznych; 1. Wystarczający. Sprawdzano czy sposób stosowania interwencji terapeutycznych był odpowiedni (np. ocena pewnej ilości nagrań z sesji); 2. Dobry. Częste sprawdzanie poprawności stosowania interwencji terapeutycznych. (np. cotygodniowa superwizja każdej sesji z zastosowaniem narzędzi oceny).
18. **Kontrola dodatkowych form leczenia (np. leków)** (0. Niewystarczająca. Brak kontroli dodatkowych form leczenia, lub informacji o niej. Pacjenci mogli otrzymywać różne formy leczenia równocześnie z badaną formą terapii; 1. Wystarczająca. Zwrócenie się do pacjentów z prośbą o stosowanie przez pacjentów stałych dawek leków podczas badania i niekorzystanie z innych form oddziaływań terapeutycznych; 2. Dobra. Upewnienie się co do nie korzystania z innych form oddziaływań terapeutycznych (medycznych i psychologicznych) przez cały czas badania.)
19. **Ocena rezygnacji z terapii** (0. Niewystarczająca. Brak określenia liczby osób, które nie ukończyły programu leczenia, lub brak analizy rezygnacji z terapii; 1. Wystarczająca. Określenie liczby osób, które nie ukończyły programu leczenia, analiza przedwczesnego zakończenia terapii lub analiza uwzględniająca zamiar leczenia (*intent to treat analysis*)<sup>1</sup>; 2. Dobra. Brak rezygnacji lub określenie liczby osób, które nie ukończyły programu leczenia. Wykonana analiza rezygnacji z terapii, a wyniki przedstawiona w formie analizy uwzględniającej zamiar leczenia (*intent to treat analysis*)
20. **Analiza statystyczna i prezentacja wyników** (0. Niewystarczająca. Zastosowane metody statystyczne są nieadekwatne i/lub dane nie w pełni zaprezentowane; 1. Wystarczająca. Zastosowane metody statystyczne są adekwatne, lecz dane nie w pełni zaprezentowane; 2. Dobra. Zastosowane metody statystyczne są odpowiednie, dane zaprezentowane z podaniem średnich i miar odchylenia standardowego)
21. **Istotność kliniczna** (0. Niewystarczająca. Brak prezentacji istotności klinicznej; 1. Wystarczająca. Przyjęto arbitralne kryteria istotności klinicznej, dokonano porównań z uwzględnieniem odsetka liczby osób, u których nastąpiła poprawa kliniczna; 2. Dobra. Zastosowano kryteria istotności klinicznej Jacobsona<sup>2</sup> w odniesieniu do części lub wszystkich stosowanych miar skuteczności, warunki leczenia zostały porównane z uwzględnieniem odsetka liczby osób, u których nastąpiła poprawa kliniczna)
22. **Równoważność czasu terapii** (tylko dla planów badawczych nie uwzględniających listy oczekujących na terapię) (0. Niewystarczająca. Poddane badaniu rodzaje terapii znacznie różnią się pod względem ilości godzin terapii (więcej niż 20% różnicy w godzinach terapii); 1. Wystarczająca. Poddane badaniu rodzaje terapii do pewnego stopnia różnią się pod względem ilości godzin terapii (między 10 a 19% różnicy w godzinach terapii); 2. Dobra. Poddane badaniu rodzaje terapii nie różnią się pod względem ilości godzin terapii (mniej niż 10% różnicy w godzinach terapii).

