

Międzynarodowa Konferencja

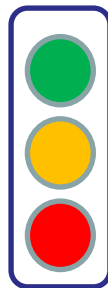
WOJNA W UKRAINIE

I JEJ SPOŁECZNE, PSYCHOLOGICZNE
ORAZ POLITYCZNE KONSEKWENCJE

Krasiczyn 8-10 maja 2023 r.



Terapia zaburzeń potraumatycznych o metodach:



**zalecanych,
niezbadanych
przeciwwskazanych**

Agnieszka Popiel

Klinika Terapii Poznawczo-Behawioralnej
Centrum Badań Klinicznych i Doskonalenia Psychoterapii
Szkoła Psychoterapii Poznawczo-Behawioralnej Uniwersytetu SWPS

Zespół badawczy:

dr. hab. Agnieszka Popiel prof. USWPS

dr Ewa Pragłowska Klinika Terapii Poznawczo-Behawioralnej USWPS

prof. dr hab. Bogdan Zawadzki Wydział Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego

Terapia zaburzeń potraumatycznych - o metodach zalecanych, przeciwwskazanych i niezbadanych.

Wojna oznacza **co najmniej dwukrotnie częstsze występowanie PTSD** u osób, które jej doświadczyły w porównaniu z ryzykiem na obszarach nieobjętych wojną.

Wszelkie wysiłki w leczeniu i zapobieganiu PTSD metodami opartymi na dowodach naukowych to obowiązek klinicystów - psychologów, psychiatrów wobec ofiar traumy ale i profesjonalistów którzy są narażeni na zwiększone ryzyko traumatyzacji związanej z pracą.





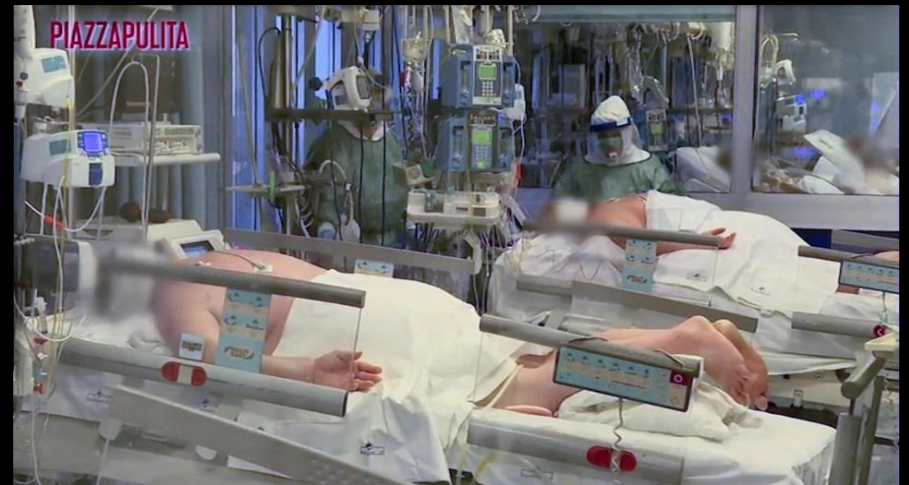
Καταstrofa (gr. καταστροφή)

PIAZZAPULITA

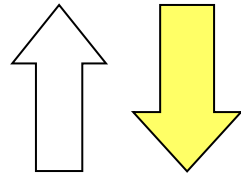


An aircraft hangar at Birmingham Airport slated for conversion to a temporary morgue. David Davies/PA Images/Getty

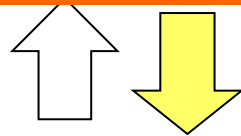
- The UK's Birmingham Airport will be used for temporary mortuary facilities, [West Midlands Police](#) announced, as COVID-19-related deaths increase in the country.
- Authorities are working to convert an aircraft hangar into a morgue to act as a central hub for the region's fatalities, with smaller facilities closing to staff the airport site.
- The novel coronavirus has affected every level of British society with Prime Minister Boris Johnson and Prince Charles both testing positive for COVID-19.



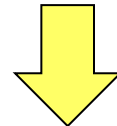
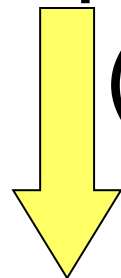
Teoria funkcjonowania



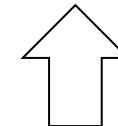
Psychopatologia



Techniki terapeutyczne
(Protokoły terapeutyczne)



Weryfikacja skuteczności



O CZYM BĘDZIE?

- Trauma, stresor traumatyczny – definicje
- Normalne reakcje na nienormalne wydarzenie – ostra reakcja stresowa (Acute stress reaction, ICD)
- Ostre zaburzenie stresowe (Acute Stress Disorder)
- Pourazowe zaburzenie stresowe **PTSD** (Posttraumatic Stress Disorder)
- Complex **PTSD**
- Przedłużona żałoba
- Zaburzenie adaptacyjne (Adjustment Disorder)
- Trauma jako czynnik wyzwalający zaburzeń - różnicowanie i współwystępowanie

BADANIA NAD PSYCHOTERAPIĄ

programy terapii

TRAKT 1 2008-2011

TRAKT 2 2009-2012

TRAKT 3 2013-2015

Prof. Bogdan Zawadzki
(kierownik projektów)

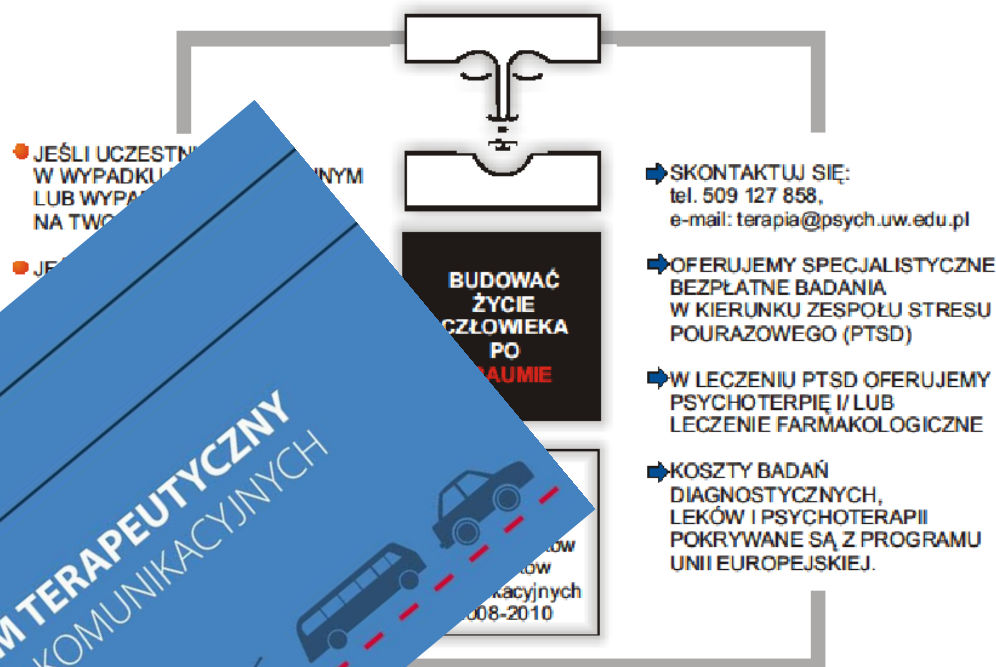
dr Agnieszka Popiel
dr Ewa Pragłowska

superwizja kliniczna
Prof. Yona Teichman



Supported by a grant from
Iceland, Liechtenstein and Norway
through the EEA Financial Mechanism

Psychologiczne przyczyny i następstwa wypadków drogowych
Grant PL 0088



wypadki-drogowe.pl terapia@psych.uw.edu.pl



MINISTERSTWO OŚWIECENIA
I SZKOLNICTWA WYŻSZEGO

Interdyscyplinarne Centrum Genetyki Zachowania
Uniwersytetu Warszawskiego

00-183 Warszawa, ul. Stawki 5/7

www.wypadki-drogowe.pl, terapia@psych.uw.edu.pl

tel: +48 509 127 858 fax +48 (22) 831 62 32

www.icgz.uw.edu.pl/katastrofy/

TRAUMA

stresujące wydarzenie lub sytuacja...
o cechach wyjątkowo zagrażających
lub katastroficznych,
które niemal u każdego
spowodowałoby

utrwalony
dystres,
cierpienie

(WHO, 1992 p.147)



w formie:

Osoba była
skonfrontowana
ze śmiercią lub
zagrożeniem
śmiercią,
doznała
rzeczywistego
zranienia ciała
lub zagrożenia
poważnym
zranieniem,
doświadczyła
rzeczywistej
przemocy
seksualnej lub
zagrożenia
przemocą



bezpośredniego doświadczenia,



bycia świadkiem,



pośredniej - przez uzyskanie informacji, że ktoś bliski
doświadczył traumy (zdarzenie musi mieć charakter
wypadku lub przemocy).



powtarzalnej lub ekstremalnej pośredniej ekspozycji
na awersyjne szczegóły zdarzenia/zdarzeń, zwykle w
związku z pełnieniem obowiązków zawodowych
(np. służby pomocowe, zbierające szczątki ciał,
policjanci często konfrontowani ze szczegółami
przestępstw na dzieciach).

Trauma – dwie perspektywy

PERSPEKTYWA EPIDEMIOLOGA

większość osób w ciągu życia doznaje urazu psychicznego

niewielka część z nich cierpi na zaburzenia psychiczne

wśród osób cierpiących na zaburzenia psychiczne u większości można stwierdzić występowanie urazu w przeszłości

PERSPEKTYWA KLINICYSTY



Trauma – dwie perspektywy

PERSPEKTYWA EPIDEMIOLOGA

większość osób w ciągu życia doznaje urazu psychicznego

niewielka część z nich cierpi na zaburzenia psychiczne

wśród osób cierpiących na zaburzenia psychiczne u większości można stwierdzić występowanie urazu w przeszłości

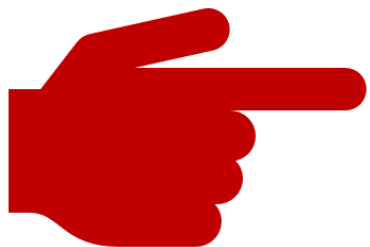
PERSPEKTYWA KLINICYSTY



Narażenie na doświadczenia traumatyczne

- Narażenie na doświadczenia traumatyczne - **89.6%** (Breslau 1998)
 - Przemoc fizyczna/napad 38%
 - Zranienie/ szokujące doświadczenia 60%
 - Wiadomość o traumatycznym zdarzeniu które dotknęło znajomych 62%
 - Nagła niespodziewana śmierć bliskiej osoby 60%,
(ale PTSD tylko u 10 - 20%)

PTSD: Występowanie w ciągu życia 8-12% (Kessler 1995,
Davidson 1991)



MEMENTO 1:

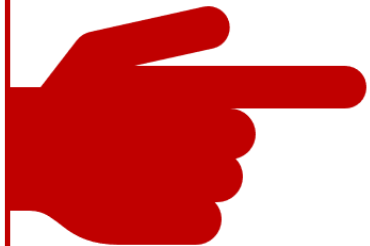
Normą jest dochodzenie do zdrowia – remisja
objawów

Zaburzenia potraumatyczne – PTSD – traktujemy
jako zablokowanie/upośledzenie naturalnego
procesu zdrowienia

Dlatego nie każda osoba, która doświadczyła
traumy wymaga specjalistycznej pomocy
psychologicznej/psychiatrycznej.

**Każdy człowiek wymaga natomiast szacunku
i empatii - pomocy czysto ludzkiej - zapewnienia
bezpieczeństwa, kontaktu z bliskimi**

ale



MEMENTO 2:

Zgodnie z modelami podatność-stres
stresor traumatyczny może stanowić
czynnik wyzwalający (trigger)
wielu zaburzeń psychicznych

ZABURZENIA LĘKOWE

Zaburzenia dysocjacyjne i konwersyjne

Zaburzenia adaptacyjne

Ostra reakcja na stres

ZABURZENIA NASTROJU

Depresja

Zaburzenia
dwubiegunowe

SCHIZOFRENIA

NADUŻYWANIE i UZALEŻNIENIA OD SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH

**STRESORY
- NEGATYWNE
WYDARZENIA
ŻYCIOWE**

**STRESORY
TRAUMATYCZNE**

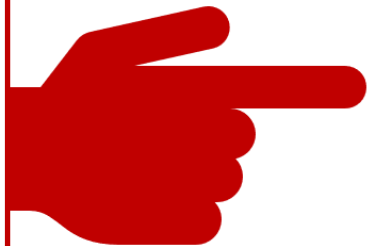
Ostre
zaburzenie
stresowe

PTSD

Trwała
zmiana
osobowości

Zaburzenie osobowości z pogranicza

ZABURZENIA OSOBOWOŚCI



MEMENTO 3:

Nie ma odrębnych terapii „traumy gwałtu” innej niż „trauma wojny” lub „trauma wypadku”.

Stresor traumatyczny może być czynnikiem wyzwalającym różnych zaburzeń. Jeśli w jego wyniku pojawi się PTSD – leczymy PTSD, zgodnie z zasadami *evidence-based practice*

ZABURZENIA LĘKOWE

Zaburzenia dysocjacyjne i konwersyjne

Zaburzenia adaptacyjne

Ostra reakcja na stres

ZABURZENIA NASTROJU

Depresja

Zaburzenia
dwubiegunowe

Ostre
zaburzenie
stresowe

**STRESORY
- NEGATYWNE
WYDARZENIA
ŻYCIOWE**

**STRESORY
TRAUMATYCZNE**

PTSD

SCHIZOFRENIA

**NADUŻYWANIE
i UZALEŻNIENIA
OD SUBSTANCJI
PSYCHOAKTYWNYCH**

Trwała
zmiana
osobowości

Zaburzenie osobowości z pogranicza

ZABURZENIA OSOBOWOŚCI



TRAUMA

stresujące wydarzenie lub sytuacja...
o cechach wyjątkowo zagrażających
lub katastroficznych,
które niemal u każdego
spowodowałyby

utrwalony
dystres,
cierpienie

(WHO, 1992 p.147)

PONOWNE
ODTWARZANIE/
PRZEŻYWANIE

UNIKANIE

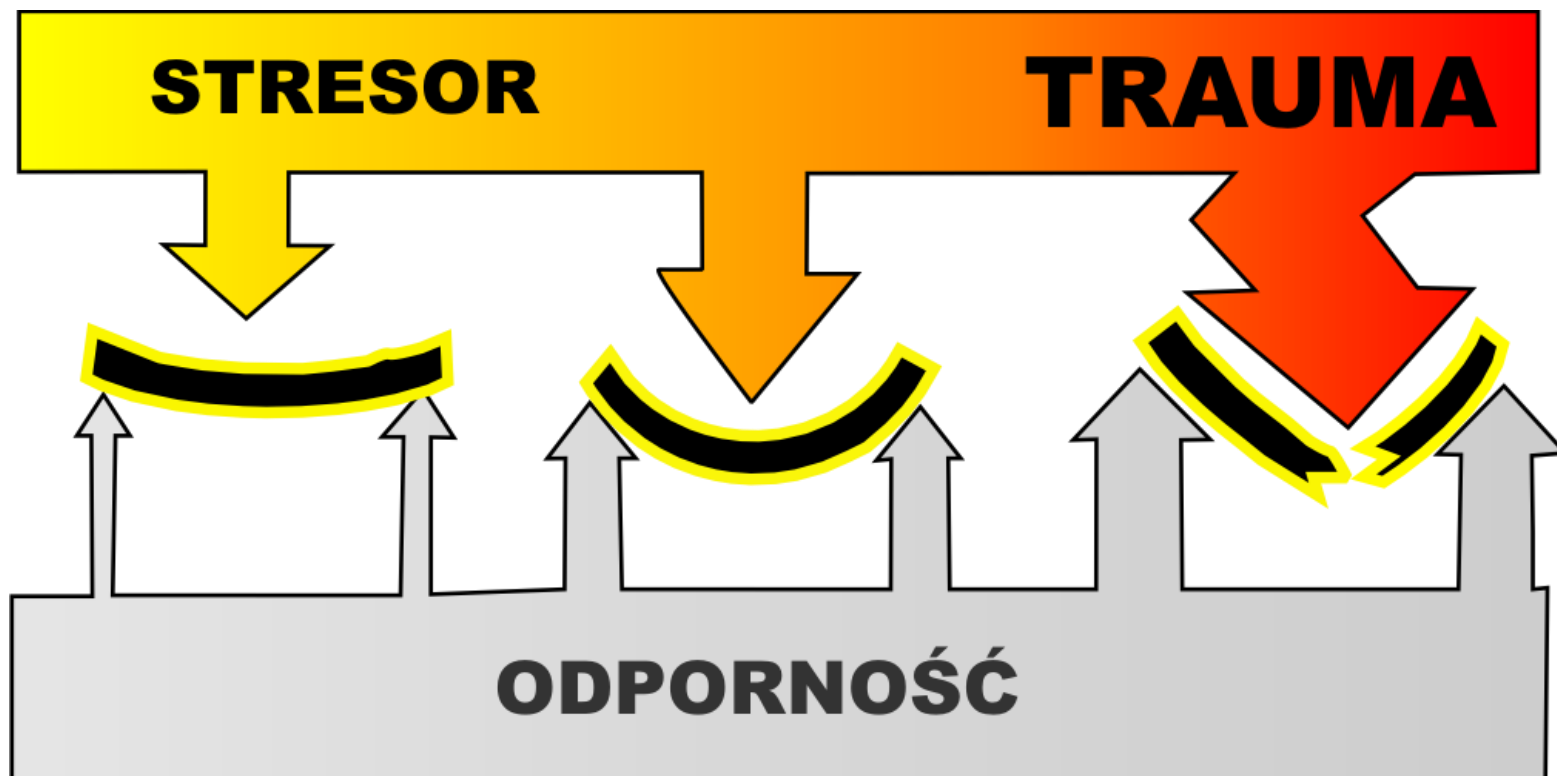
TRWAŁE POCZUCIE
ZAGROŻENIA
(NADMIERNA CZUJNOŚĆ,
REAKCJA ZASKOCZENIA)

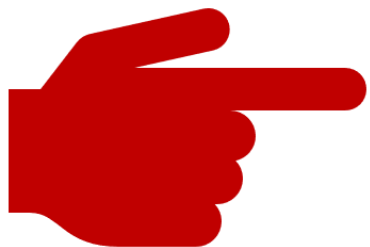
ZMIANY W MYŚLENIU
przekonania o defekcie,
bezwartościowości,
poczucie winy, wstydu
lub porażki

ASR ASD

PTSD

1 miesiąc





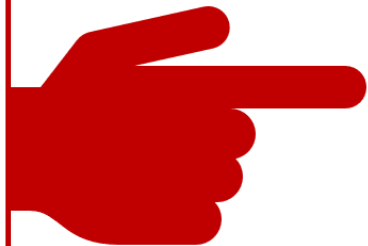
MEMENTO 1 jeszcze raz:

Normą jest dochodzenie do zdrowia – remisja
objawów

Zaburzenia potraumatyczne – PTSD – traktujemy
jako zablokowanie/upośledzenie naturalnego
procesu zdrowienia

Dlatego nie każda osoba, która doświadczyła
traumy wymaga specjalistycznej pomocy
psychologicznej/psychiatrycznej.

**Każdy człowiek wymaga natomiast szacunku
i empatii - pomocy czysto ludzkiej - zapewnienia
bezpieczeństwa, kontaktu z bliskimi**



MEMENTO 4

Pierwsza pomoc psychologiczna (First Psychological Aid)

jest tym, co każdy pomagający ofiarom, uchodźcom powinien znać i umieć stosować.

Nie jest interwencją profesjonalną (czyli nie wykonują jej tylko psycholodzy lub lekarze), wręcz przeciwnie - ich wiedza powinna być wykorzystana dopiero tam, gdzie niezbędna jest diagnoza kliniczna i terapia

TRAUMA

stresujące wydarzenie lub sytuacja...
o cechach wyjątkowo zagrażających
lub katastroficznych,
które niemal u każdego
spowodowałyby

utrwalony
dystres,
cierpienie

(WHO, 1992 p.147)

PONOWNE
ODTWARZANIE/
PRZEŻYWANIE

UNIKANIE

TRWAŁE POCZUCIE
ZAGROŻENIA
(NADMIERNA CZUJNOŚĆ,
REAKCJA ZASKOCZENIA)

ZMIANY W MYŚLENIU
przekonania o defekcie,
bezwartościowości,
poczucie winy, wstydu
lub porażki

ASR ASD

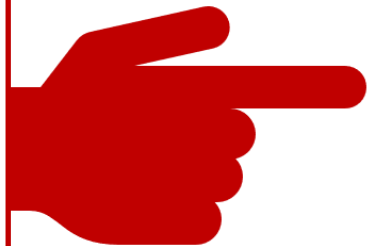
PTSD

1 miesiąc







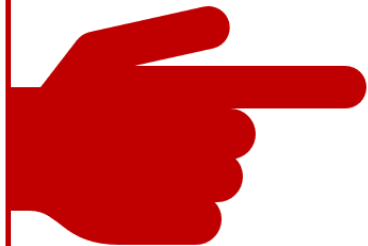


MEMENTO 5

U około połowy osób objawy ustąpią samoistnie w ciągu pierwszych trzech miesięcy.

Zgodnie z zaleceniami NICE (2019) nie zaczynamy terapii u wszystkich osób z ASD.

Wobec nasilonych lub bardzo upośledzających funkcjonowanie objawów ASD należy stosować te same metody leczenia, które stosujemy w PTSD



MEMENTO 6

Diagnoza PTSD nie zależy od „treści” stresora traumatycznego (wojna, gwałt, napad, katastrofa) a od spełniania kryteriów diagnostycznych
Zgodnie z zaleceniami NICE (2019) zalecaną formą terapii jest zorientowana na traumę terapia poznawczo-behawioralna.

SZEŚĆ GRUP OBJAWÓW COMPLEX PTSD w ICD-11

B

PONOWNE
ODTWARZANIE/
PRZEŻYWANIE

C

UNIKANIE

E

TRWAŁE
POCZUCIE
ZAGROŻENIA
(NADMIERNA CZUJNOŚĆ,
REAKCJA ZASKOCZENIA)



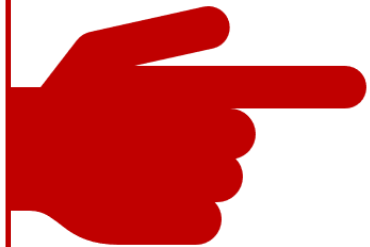
TRUDNOŚCI
W REGULACJI EMOCJI

D

ZMIANY W MYŚLENIU
przekonania o defekcie,
bezwartościowości,
poczucie winy, wstydu lub
porażki

TRUDNOŚCI
W UTRZYMANIU
RELACJI I BLISKOŚCI
Z INNYMI





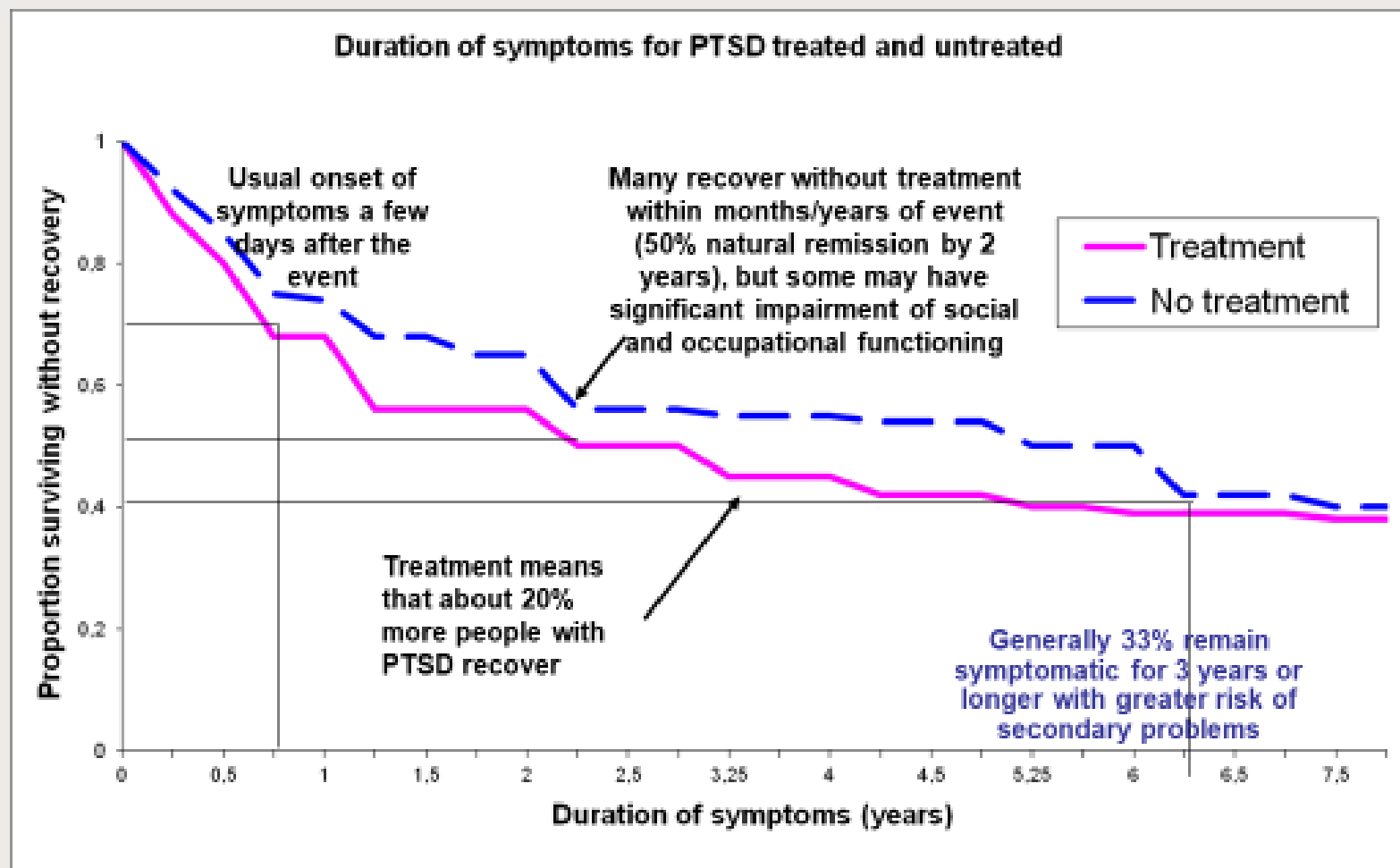
MEMENTO 7

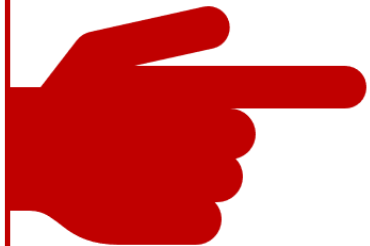
Complex PTSD nie występuje bez potwierdzenia PTSD.

W chwili obecnej nie ma jednoznacznych zaleceń dotyczących stosowania innych metod leczenia niż wobec PTSD

PRZEBIEG PTSD

(NICE, 2005)





MEMENTO 8:

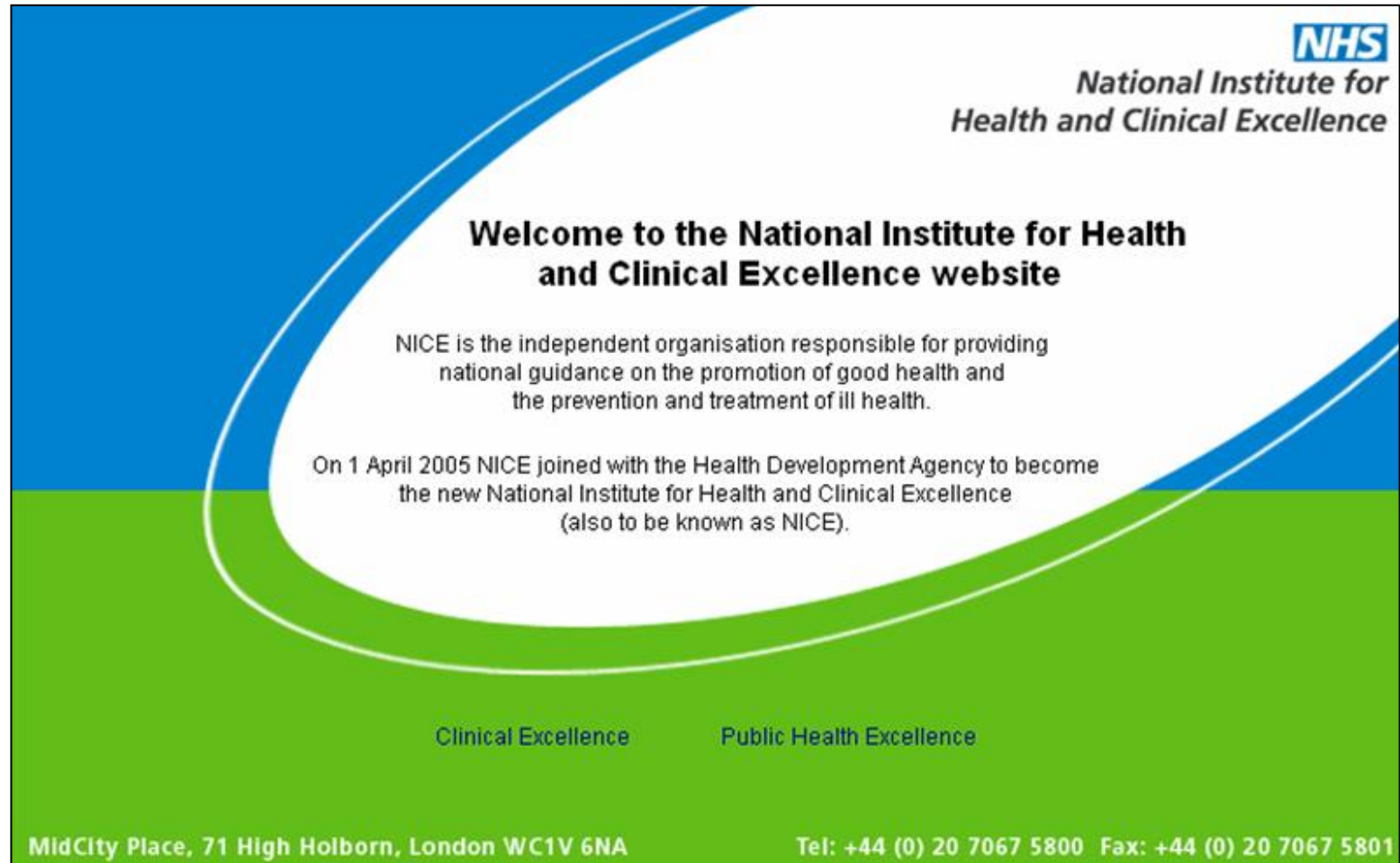
Jeśli dowolna interwencja jest na tyle potężna żeby pomagać musi również przynosić szkody

Psychoterapia może szkodzić

- dlatego należy ją badać i stosować metody o sprawdzonej naukowo skuteczności



www.nice.org.uk

A banner for the National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) website. The banner has a blue background on the left and a green background on the right, separated by a white curved line. The NHS logo is in the top right corner. The text is centered in the white area.

NHS
*National Institute for
Health and Clinical Excellence*

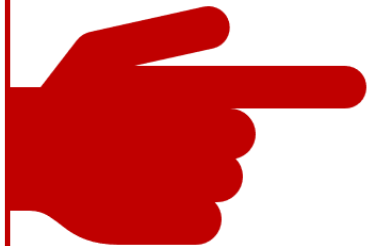
**Welcome to the National Institute for Health
and Clinical Excellence website**

NICE is the independent organisation responsible for providing
national guidance on the promotion of good health and
the prevention and treatment of ill health.

On 1 April 2005 NICE joined with the Health Development Agency to become
the new National Institute for Health and Clinical Excellence
(also to be known as NICE).

Clinical Excellence Public Health Excellence

MidCity Place, 71 High Holborn, London WC1V 6NA Tel: +44 (0) 20 7067 5800 Fax: +44 (0) 20 7067 5801



MEMENTO 9:

Istnieją metody leczenia PTSD o udokumentowanej skuteczności (por. NICE 2019)

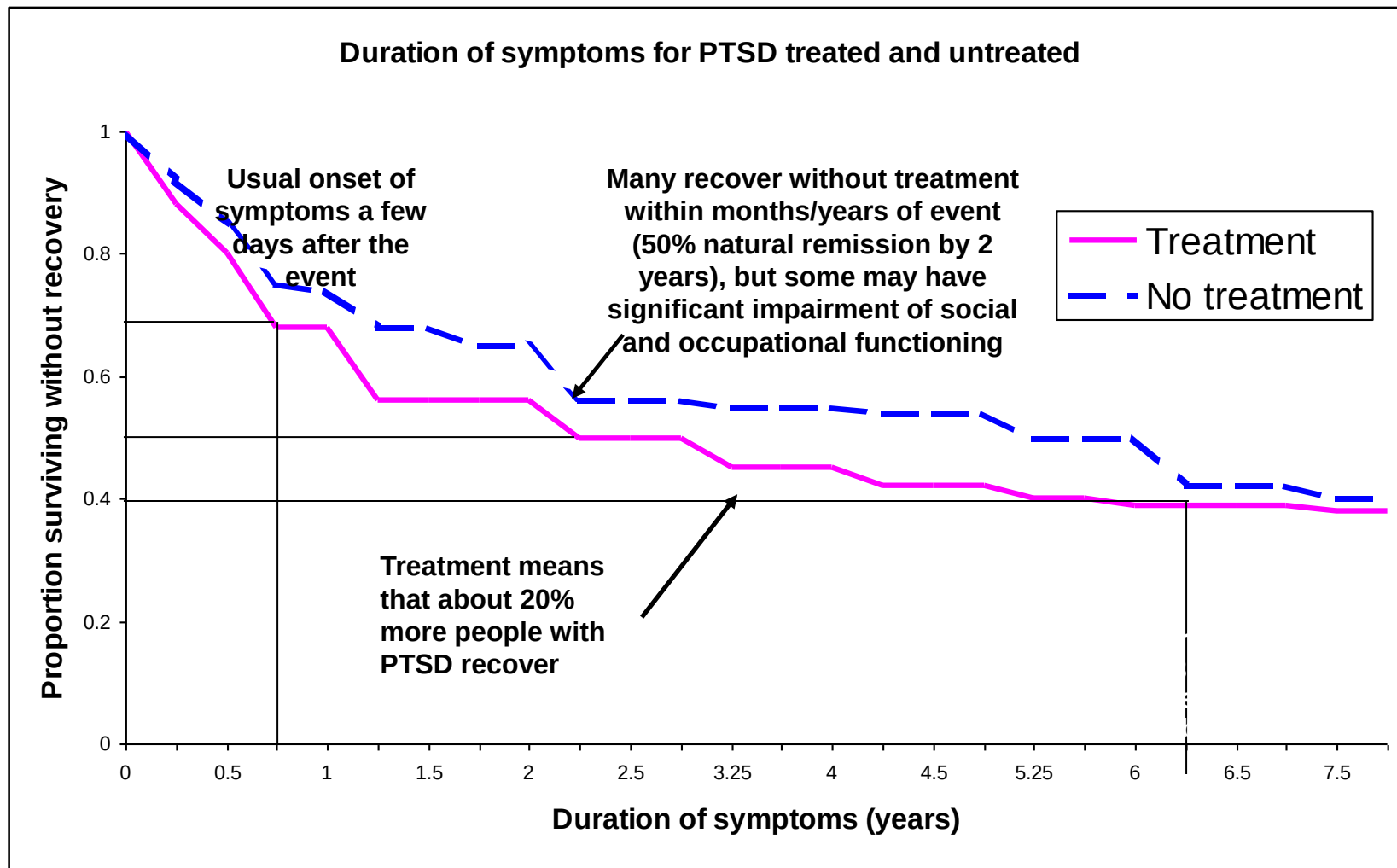
W leczeniu PTSD należy stosować przede wszystkim metody psychoterapii o sprawdzonej naukowo skuteczności

- **zorientowaną na traumę terapię poznawczo-behawioralną, w drugiej kolejności EMDR**

LECZENIE ZABURZEŃ POTRAUMATYCZNYCH

- Metody biologiczne /farmakoterapia
- Metody psychologiczne – psychoterapia, psychoedukacja, interwencje wspierające

NATURALNY PRZEBIEG PTSD? Źródło NICE GB



TERAPIE - ZALECENIA NICE

KIM JEST „TREATMENT RESPONDER”, co oznacza „POPRAWA”?

Wskaźniki poprawy klinicznej.

Do trzech najczęściej stosowanych (za: Kazdin, 2008) należą :

1. Porównanie wyników w skalach oceny stanu psychicznego przed leczeniem i po leczeniu. Przed leczeniem wyniki wskazują na znaczne nasilenie danego stanu psychopatologicznego, czy objawu . Po leczeniu mieszczą się w granicach normy dla populacji ogólnej.

2. Porównanie wyników w skalach oceny stanu psychicznego przed leczeniem i po leczeniu. W trakcie leczenia u badanych jednostek nastąpiła duża zmiana (np. o dwa odchylenia standardowe).

[E.Foa proponuje zmianę w PDS o 50% od stanu wyjściowego za wskaźnik poprawy, w innych badaniach np. o 30% w CAPS]

3. Badanie stanu psychicznego pacjenta po zakończeniu terapii nie pozwala na postawienie diagnozy klinicznej (kryteria ICD lub DSM nie spełnione).

metody leczenia oparte na danych naukowych

- stopnie zaufania

Poziom 1. Co najmniej 5 badań eksperymentalnych opublikowanych w recenzowanych czasopismach. Badania z zastosowaniem randomizacji, grup kontrolnych, adekwatnym pomiarem istotnych zmiennych przed i po leczeniu.

Poziom 2. Mniej niż 5 badań eksperymentalnych, lub mniej znaczące miary rezultatów

Poziom 3. Opublikowane wyniki projektów badawczych opartych na mniej rygorystycznym planie (brak grupy kontrolnej, stosowanie wyłącznie skal samooceny jako miar skuteczności itp.)

Poziom 4. Powtarzalne opisy przypadków z oceną skuteczności metody, opublikowane w recenzowanych czasopismach

Poziom 5. Rekomendacje w oparciu o ustalenia ekspertów odnoszące się do badań empirycznych, ale bez consensusu (np. wyniki ankiety rozesłanej do specjalistów).

BADANIA NAD PSYCHOTERAPIĄ

programy terapii

TRAKT 1 2008-2011

TRAKT 2 2009-2012

TRAKT 3 2013-2015

Prof. Bogdan Zawadzki
(kierownik projektów)

dr Agnieszka Popiel
dr Ewa Pragłowska

superwizja kliniczna
Prof. Yona Teichman

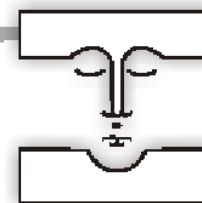


Supported by a grant from
Iceland, Liechtenstein and Norway
through the EEA Financial Mechanism

Psychologiczne przyczyny i następstwa wypadków drogowych
Grant PL 0088

• JEŚLI UCZESTNICTWO
W WYPADKU
LUB WYPADKOWY
NA TWOJ

• JE



BUDOWAĆ
ŻYCIE
CZŁOWIEKA
PO
TRAUMIE

➔ SKONTAKTUJ SIĘ:
tel. 509 127 858,
e-mail: terapia@psych.uw.edu.pl

➔ OFERUJEMY SPECJALISTYCZNE
BEZPŁATNE BADANIA
W KIERUNKU ZESPOŁU STRESU
POURAZOWEGO (PTSD)

➔ W LECZENIU PTSD OFERUJEMY
PSYCHOTERAPIĘ I / LUB
LECZENIE FARMAKOLOGICZNE

➔ KOSZTY BADAŃ
DIAGNOSTYCZNYCH,
LEKÓW I PSYCHOTERAPII
POKRYWANE SĄ Z PROGRAMU
UNII EUROPEJSKIEJ.

TRAKT

BEZPŁATNY PROGRAM TERAPEUTYCZNY
DLA OFIAR WYPADKÓW KOMUNIKACYJNYCH

WYPADKÓW
KOMUNIKACYJNYCH
2008-2010

wypadki-drogowe.pl terapia@psych.uw.edu.pl



MINISTERSTWO OŚWIECENIA
I SZKOLNICTWA WYŻSZEGO

Interdyscyplinarne Centrum Genetyki Zachowania
Uniwersytetu Warszawskiego

00-183 Warszawa, ul. Stawki 5/7

www.wypadki-drogowe.pl, terapia@psych.uw.edu.pl

tel: +48 509 127 858 fax +48 (22) 831 62 32

www.icgz.uw.edu.pl/katastrofy/

PSYCHOTERAPIA (PE)

PRZEDŁUŻONA EKSPOZYCJA (PE)

FARMAKOTERAPIA (F)

PAROKSETYNA W STANDARDOWYCH
DAWKACH TERAPEUTYCZNYCH 20 mg/d

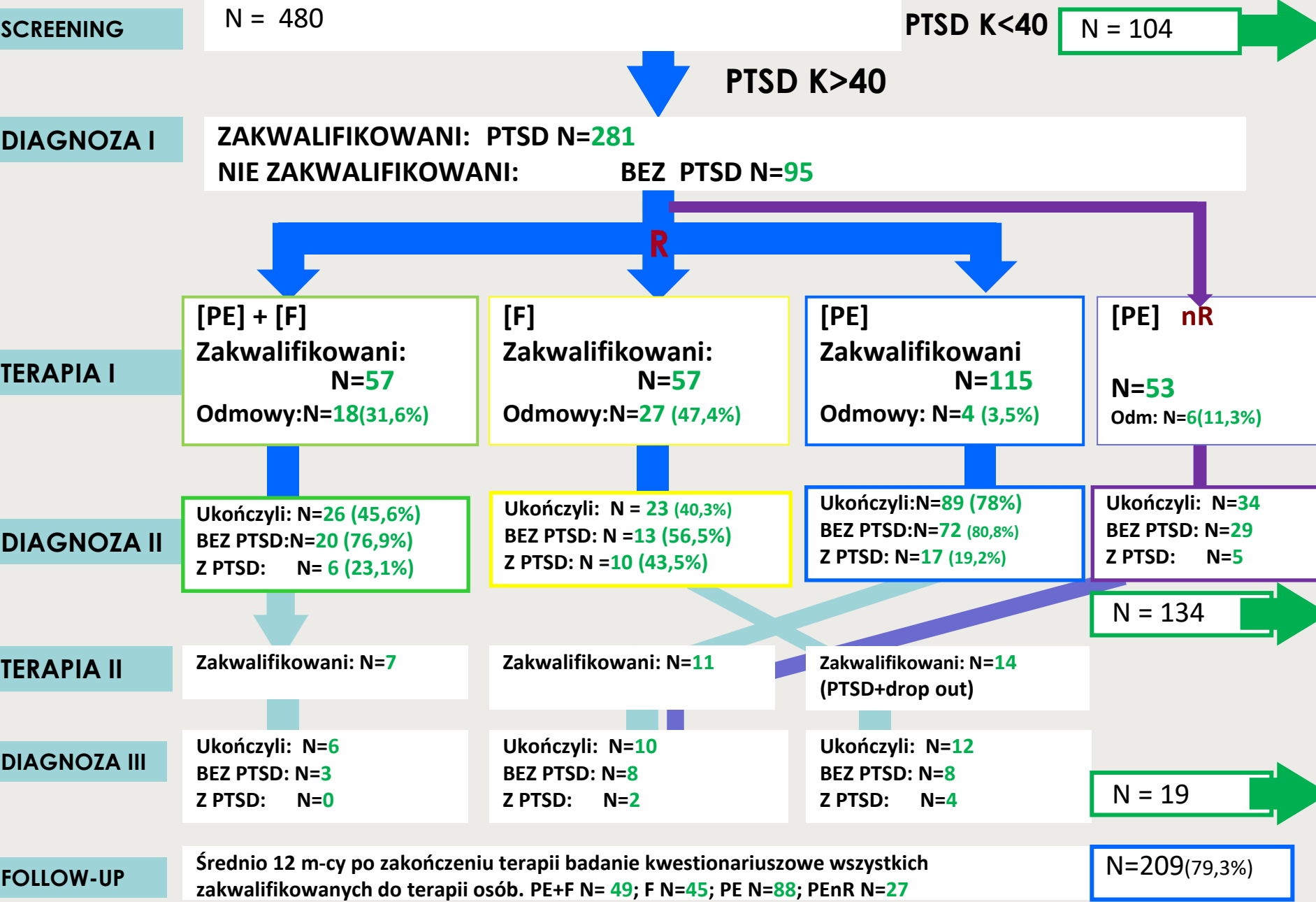
LECZENIE SKOJARZONE (PE+F)

POŁĄCZENIE PRZEDŁUŻONEJ EKSPOZYCJI Z
PAROKSETYNĄ

Leczenie trwa 12 tygodni, w razie braku poprawy pacjent zostaje skierowany do modyfikacji

METODA: PLAN BADANIA

(DIAGNOSTIC FLOW):





ELSEVIER

Contents lists available at [ScienceDirect](http://www.sciencedirect.com)

Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry

journal homepage: www.elsevier.com/locate/jbtep

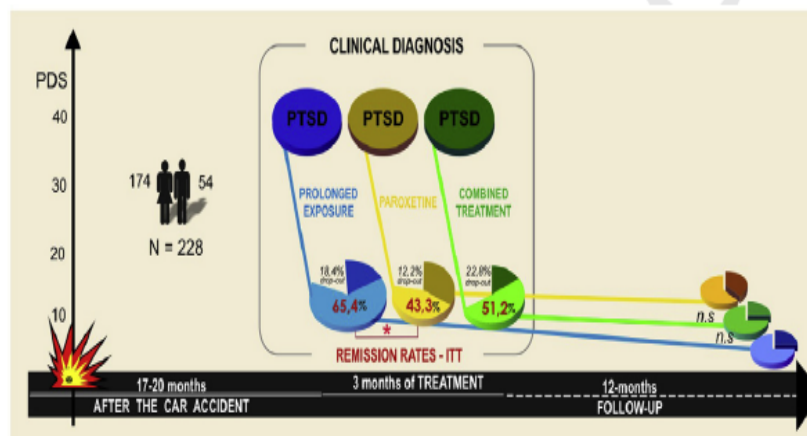


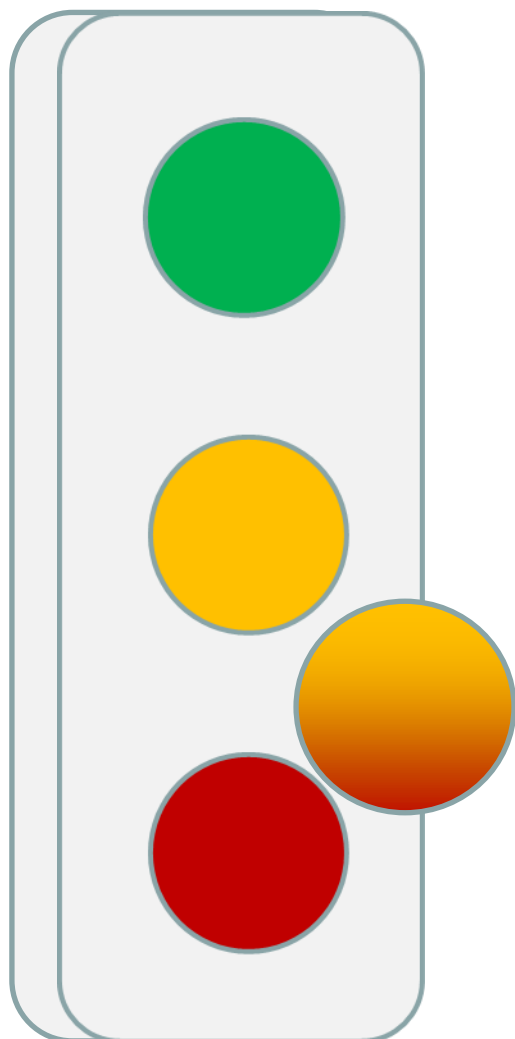
Graphical Abstract

Prolonged exposure, paroxetine and the combination in the treatment of PTSD following a motor vehicle accident. A randomized clinical trial – The “TRAKT” study

pp. 1–11

Agnieszka Popiel*, Bogdan Zawadzki, Ewa Pragłowska, Yona Teichman



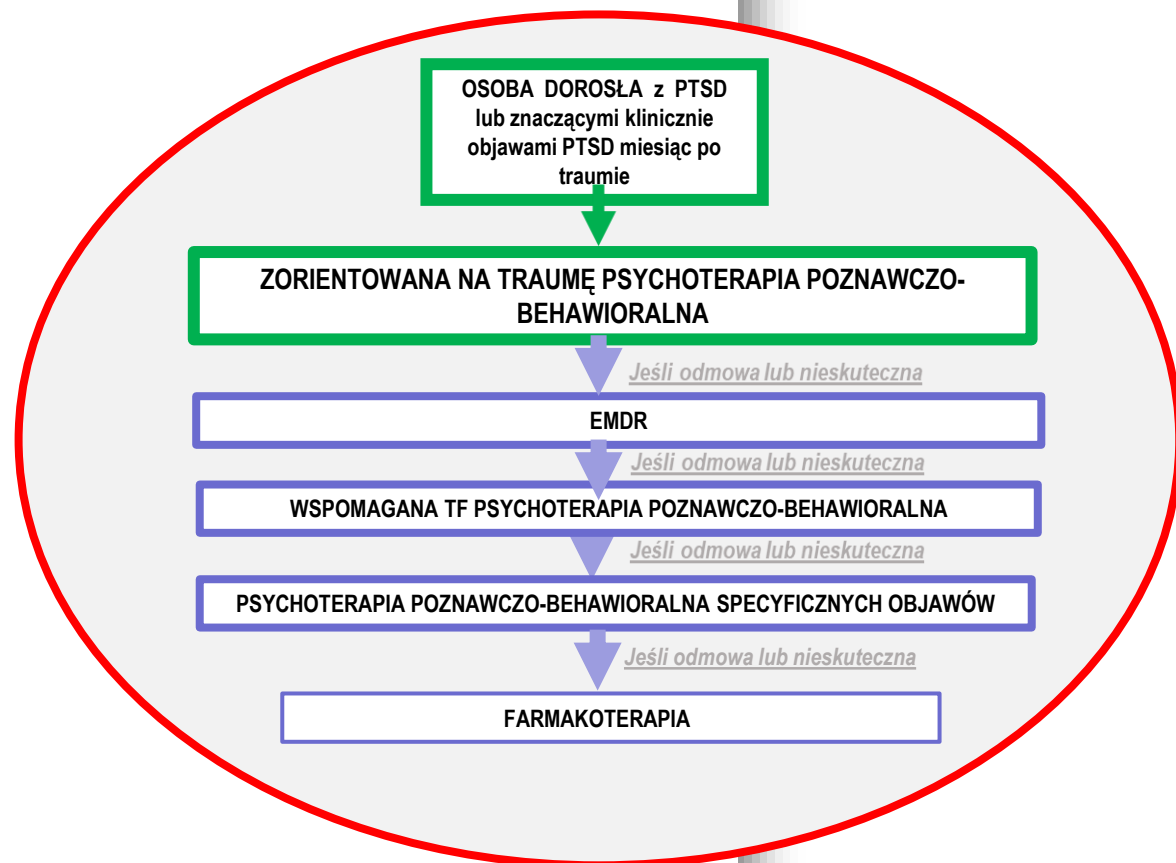
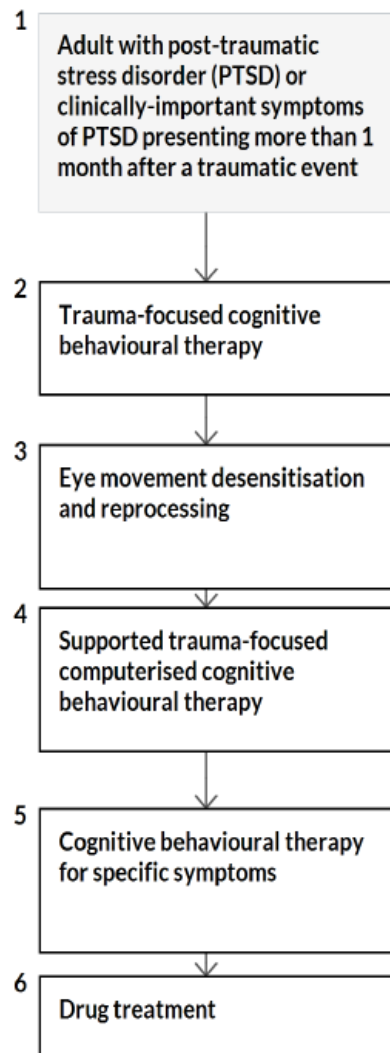


TERAPIE ZBADANE i ZALECANE

**TERAPIE ZBADANE i (JESZCZE ?)
NIEZALECANE**

TERAPIE **NIEZBADANE i (z tego
powodu) NIEZALECANE**

TERAPIE ZBADANE I NIEZALECANE



Post-traumatic stress disorder

NICE guideline [NG116] Published date: 05 December 2018

Post-traumatic stress disorder

[D] Evidence reviews for psychological, psychosocial and other non-pharmacological interventions for the treatment of PTSD in adults

NICE guideline NG116

Evidence reviews

December 2018

Psychological, psychosocial and other non-pharmacological interventions for the treatment of PTSD in adults

Comparison	TF-CBT + medication/TAU versus medication/TAU-only (or + attention-placebo)
	Kubany 2003¹⁷ Kubany 2004¹⁸ Maguen 2017¹⁹ Mills 2012²⁰ Monson 2006²¹ Morath 2014²² Mueser 2008²³ Neuner 2004²⁴ Neuner 2010²⁵ Pabst 2014²⁶ Paunovic 2011²⁷ Popiel 2015²⁸ Power 2002²⁹ Resick 2002³⁰ Rothbaum 2005³¹ Rothbaum 2006³² Ruglass 2017/Hien 2011³³ Sannibale 2013³⁴



Contents lists available at ScienceDirect

Journal of Behavior Therapy and
Experimental Psychiatry

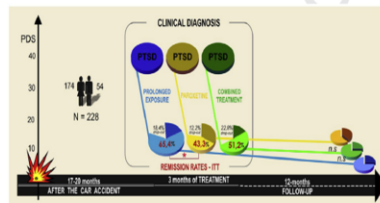
journal homepage: www.elsevier.com/locate/jbtep



Graphical Abstract

Prolonged exposure, paroxetine and the combination in the treatment of PTSD following a motor vehicle accident. A randomized clinical trial – The “TRAKT” study
Agnieszka Popiel^a, Bogdan Zawadzki, Ewa Pragłowska, Yona Teichman

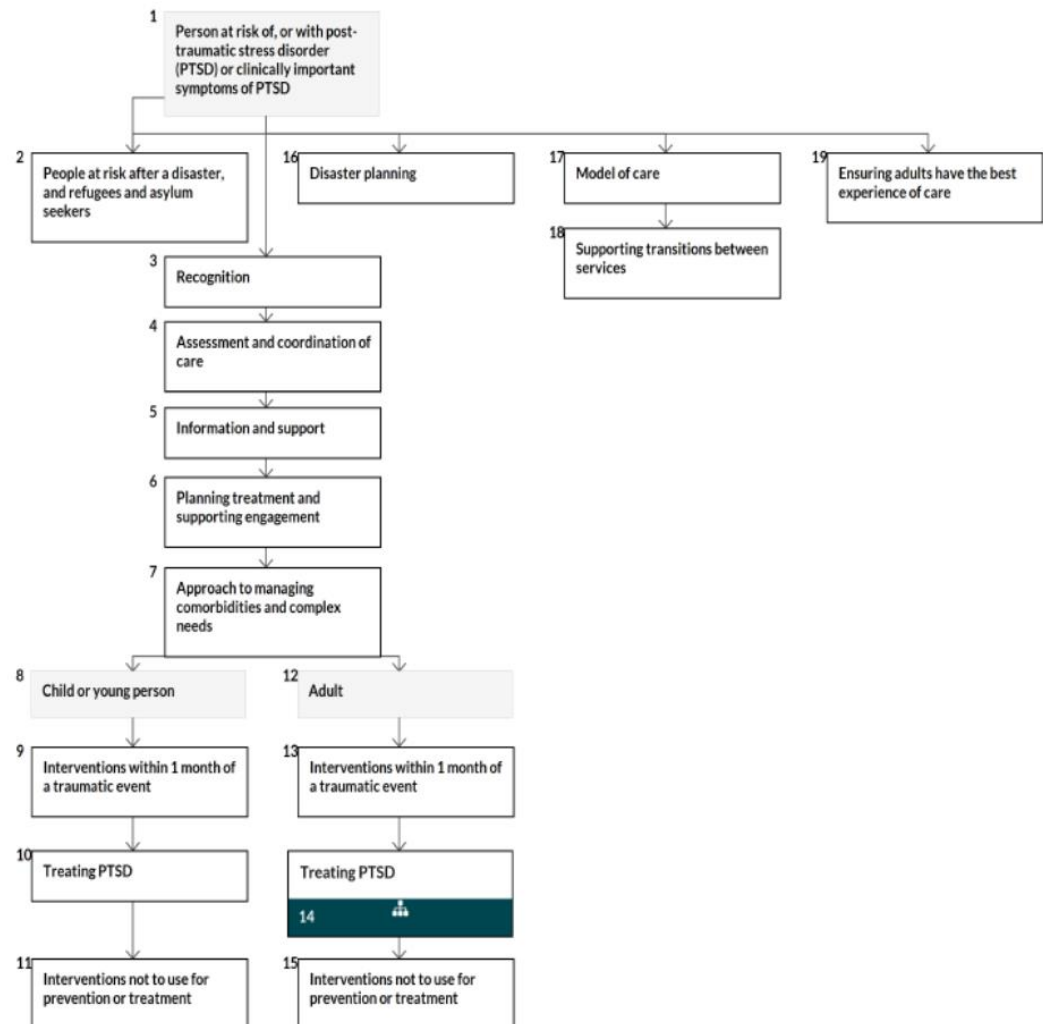
pp. 1–11

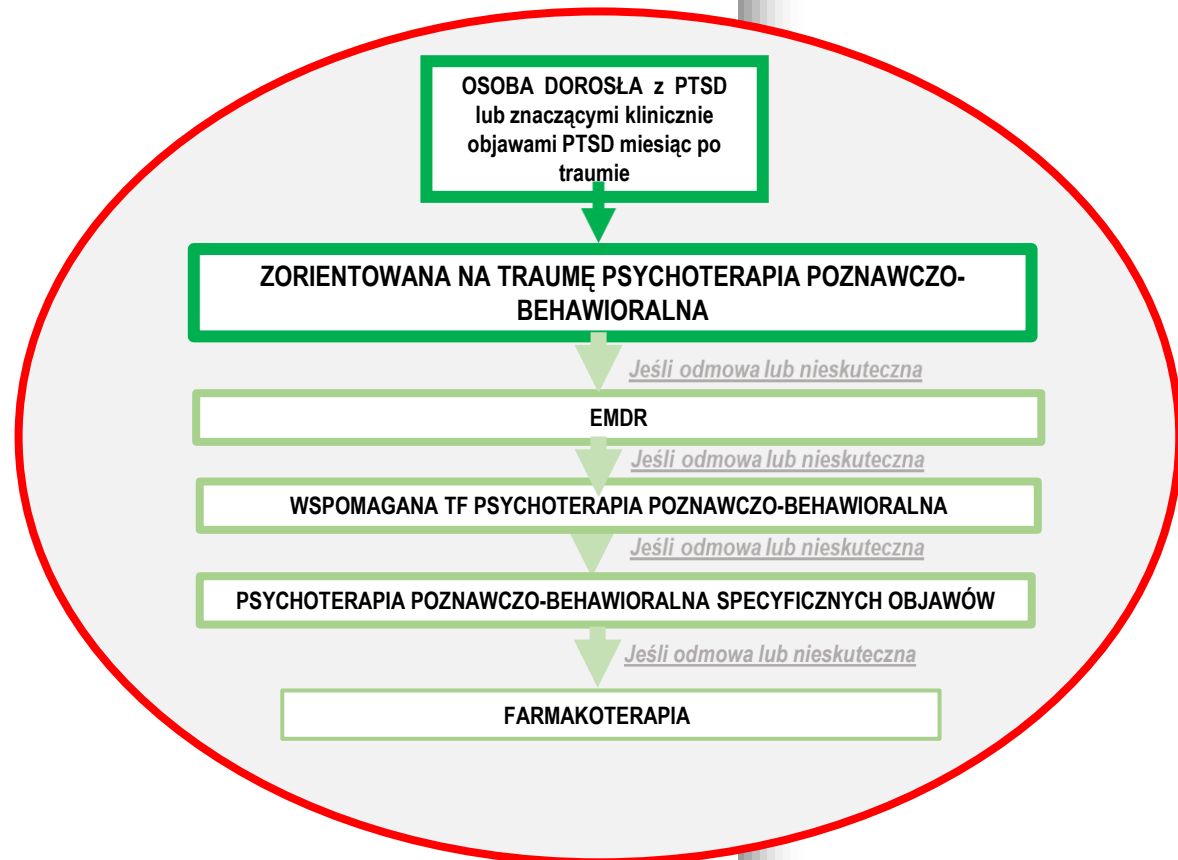
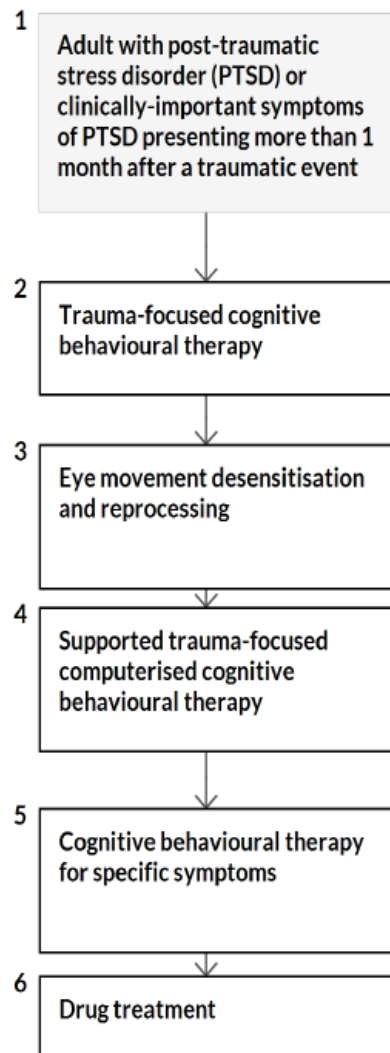


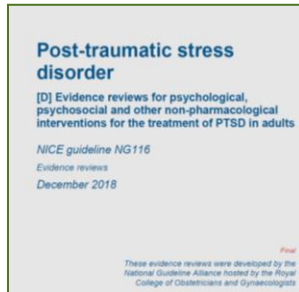
PTSD

– NICE

GUIDELINES







Trauma-focused CBT interventions for adults should: be based on a validated manual typically be provided over 8 to 12 sessions, but more if clinically indicated, for example if they have experienced multiple traumas.

... should be delivered by trained practitioners with ongoing supervision, and include:

- psychoeducation about reactions to trauma,**
- strategies for managing arousal and flashbacks, and**
- safety planning**
- involve elaboration and processing of the trauma memories**
- involve processing trauma-related emotions, including shame, guilt, loss and anger**
- involve restructuring trauma-related meanings for the individual**
- provide help to overcome avoidance** have a focus on re-establishing adaptive functioning, for example work and social relationships prepare them for the end of treatment include planning booster sessions if needed, particularly in relation to significant dates

Contents

Overview 5

Who is it for? 5

Recommendations 6

Psychological interventions for the prevention and treatment of PTSD in adults

Prevention for adults

1.6.15 Offer an individual trauma-focused CBT intervention to adults who have acute stress disorder or clinically important symptoms of PTSD and have been exposed to 1 or more traumatic events within the last month. These interventions include:

- cognitive processing therapy
- cognitive therapy for PTSD
- narrative exposure therapy
- prolonged exposure therapy. [2018]

ZORIENTOWANA NA TRAUMĘ TERAPIA POZNAWCZO-BEHAWIORALNA

Terapia przetwarzania poznawczego (CPT)
Terapia poznawcza PTSD
Narracyjna terapia ekspozycyjna
Terapia metodą przedłużonej ekspozycji

To find out why the committee made the 2018 recommendation on psychological interventions to prevent PTSD in adults and how it might affect practice, see [rationale and impact](#).



Summary of Recommendations of the APA Guideline Development Panel for the Treatment of PTSD

Psychotherapy	Strength of Recommendation
For adult patients with PTSD, the panel strongly recommends that clinicians offer one of the following psychotherapies/interventions (listed alphabetically): • cognitive behavioral therapy (CBT) • cognitive processing therapy (CPT) • cognitive therapy (CT) • prolonged exposure therapy (PE)	Strong For
For adult patients with PTSD, the panel suggests that clinicians offer one of the following psychotherapies/interventions (listed alphabetically): • brief eclectic psychotherapy (BEP) • eye movement desensitization and reprocessing therapy (EMDR) • narrative exposure therapy (NET)	Conditional For
For adult patients with PTSD, there is insufficient evidence to recommend for or against clinicians offering the following psychotherapies/interventions (listed alphabetically): • relaxation (RX) • seeking safety (SS)	Insufficient
Pharmacotherapy	Strength of Recommendation
For adult patients with PTSD, the panel suggests that clinicians offer one of the following (listed alphabetically): • fluoxetine • paroxetine • sertraline • venlafaxine	Conditional For
For adult patients with PTSD, there is insufficient evidence to recommend for or against clinicians offering the following medications (listed alphabetically): • risperidone • topiramate	Insufficient

 PTSD CLINICAL PRACTICE GUIDELINE

 AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION

www.apa.org/ptsd-guideline

ZORIENTOWANA NA TRAUMĘ TERAPIA POZNAWCZO-BEHAWIORALNA

Terapia poznawczo-behawioralna CBT
Terapia przetwarzania poznawczego (CPT)
Terapia poznawcza
Terapia metodą przedłużonej ekspozycji



Nie stosować
debriefingu

**ZORIENTOWANA NA TRAUMĘ
PSYCHOTERAPIA POZNAWCZO-
BEHAWIORALNA**

**Terapia przetwarzania poznawczego (CPT)
Terapia poznawcza PTSD
Narracyjna terapia ekspozycyjna
Terapia metodą przedłużonej ekspozycji**

EMDR

PRZEDŁUŻONA EKSPOZYCJA (F_{0d})

TERAPIA PRZETWARZANIA POZNAWCZEGO (Resick)

TERAPIA POZNAWCZA (Ehlers i Clark)

NARRACYJNA TERAPIA EKSPozyCYJNA NET

(Schauer, M., Neuner, F., Elbert T, 2011)



TERAPIE, KTÓRE
(jeszcze?)
NIE WYSTĘPUJĄ
W ZALECENIACH NICE,
ale istnieją poprawne
metodologicznie
badania
wskazujące
na skuteczność

IRRT Wyobrażeniowa zmiana skryptów (Arntz)

TERAPIA METAPOZNAWCZA PTSD (Wells)

TERAPIA METAPOZNAWCZA PTSD (Wells)

Treating Posttraumatic Stress Disorder With Metacognitive Therapy: A Preliminary Controlled Trial

Adrian Wells¹ and Judith S. Colbear²

¹University of Manchester and NTNU, Trondheim, Norway

²Manchester Mental Health NHS Trust

Objectives: Exposure, trauma-focused cognitive therapy and eye-movement desensitisation and re-processing (EMDR) are effective treatments for posttraumatic stress disorder (PTSD) producing equivalent outcomes. How might the field advance? One way is to base new treatments on PTSD maintenance mechanisms. A treatment that does this, metacognitive therapy (MCT), underwent preliminary controlled evaluation in this study. **Method:** Twenty participants aged 18 to 65 years with chronic PTSD were randomly allocated to either a total of 8 sessions of MCT or a delayed treatment control. Measures of PTSD, emotional symptoms, and underlying metacognitive variables were obtained at pretreatment and posttreatment. Patients were followed-up at 3 and 6 months postintervention. **Results:** Statistically significant reductions in PTSD symptoms, depression, and anxiety at posttreatment were observed in the MCT group but not in the control group. Changes were maintained over follow-up. The average number of sessions delivered was 6.4. Eighty percent of patients (intention to treat) met clinical significance criteria for recovery based on the IES. Treatment was well tolerated with only one (10%) dropout. Changes in thought control strategy hypothesized to be involved in the maintenance of PTSD were found. **Conclusions:** MCT appeared to be a brief treatment producing high recovery rates. The data add to existing uncontrolled evaluations and provide strong justification for future evaluation of this treatment against existing evidence-based interventions. © 2012 Wiley Periodicals, Inc. *J. Clin. Psychol.* 68:373–381, 2012.

Keywords: ptsd; metacognition; metacognitive therapy; cognitive behavioral therapy; traumatic stress

Several approaches are effective in the treatment of posttraumatic stress disorder (PTSD). The strongest support is found for exposure, trauma-focused cognitive therapy and eye-movement desensitisation and re-processing (EMDR; Bisson et al., 2007; Bradley, Greene, Russ, Dutra, & Wetsern, 2005). In meta-analyses, these approaches appear equally effective (Seidler & Wagner, 2006). Bradley et al. (2005) reported improvement rates on intent-to-treat (ITT) samples: 41.5% for exposure, 37.6% for cognitive-behavioral therapy (CBT), and 51.8% for EMDR. Interestingly, improvement rates for the waitlist conditions were 10.3% and for supportive control 23.4%. In a meta-analysis of direct comparisons between manualized treatments, Benish, Imel, and Wampold (2008) found no differences. Furthermore, dismantling or augmenting treatments has not revealed differential efficacy. When comparing exposure therapy alone and cognitive restructuring without exposure, these two approaches were equally effective (Marks, Lovell, Noshirvani, Livanou, & Thrasher, 1998; Tarrier et al., 1999), and cognitive restructuring, when added to prolonged exposure, did not enhance treatment outcome (Foa et al., 2005). In addition, it has been shown that the outcome of EMDR is not enhanced by the use of eye-movements (Cahill, Carrigan, & Frue, 1999).

A lack of differences in outcomes suggests that no specific technique used in these approaches may be crucial. For instance, even though most of them involve systematic exposure to memories and thoughts about trauma, cognitive restructuring without this element produces similar outcomes, suggesting exposure is not crucial. Despite new developments that require less exposure

TRAKT-3 UKIERUNKOWANA NA PROCESY
SKONCENTROWANA NA POCZUCIU WŁASNEJ SKUTECZNOŚCI
TERAPIA POZNAWCZA PTSD (Popiel i wsp., 2015)

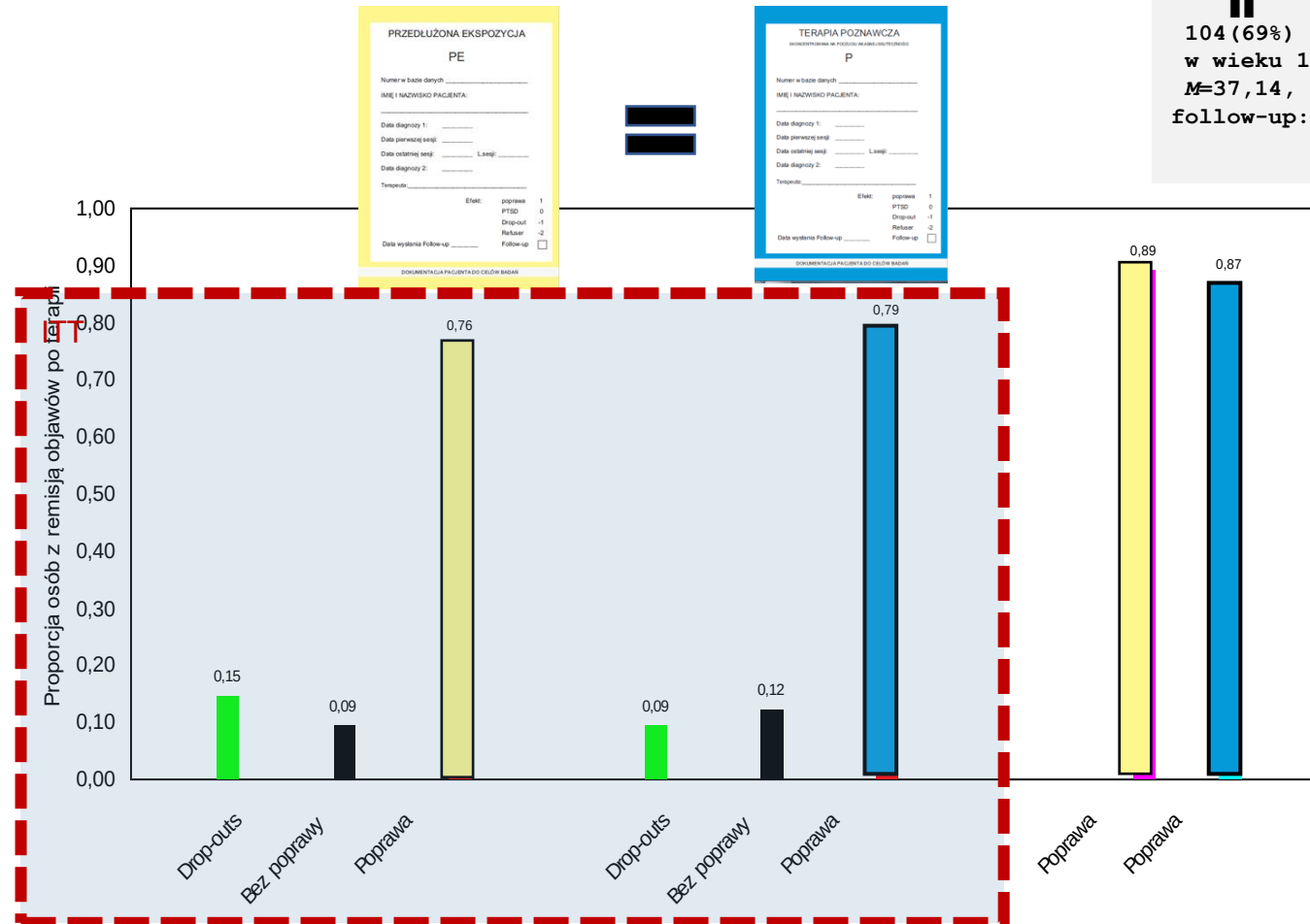
TRAKT 3 2013-2018

👉 BADANIE 2: WYNIKI

N=152: 76 PE/76 PP;



104 (69%) 48
w wieku 19-68;
M=37,14, SD=11,48)
follow-up: 97 (63%)



liczebności przy $\alpha=0,05/moc=0,99:75/75$ lub $76/76$ (różnica $d=0,70$) oraz przy $\alpha=0,05/moc=0,90$ $72/72$ dla diagnoz PE=80% vs P=55%.

PODSUMOWANIE

	PE Foa	CT Ehlers i Clark	CPT Resick	NET Neuner	MCT Wells	IMR Arntz	TRAKT 3 Popiel i wsp.	T- DIAGN Barlow
Zindywidualizowane cele							✓	✓
Indywidualna Konceptualizacja		✓	✓		✓		✓	✓
Model PTSD	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Specyficzna praca nad motywacją i zaangażowaniem							✓	✓
Psychoedukacja	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Redukcja pobudzenia	✓						✓	
Ekspozycja in vivo	✓							✓
Eksperyment behawioralny		✓						✓
Ekspozycja wyobraźniowa	✓	✓		✓		✓		
Przetwarzanie znaczenia – restrukturyzacja poznawcza TREŚCI WSPOMNIENIA TRAUMY	✓	✓	✓	✓		✓		
Uważność					✓		✓	✓
Trening uwagi					✓		✓	✓
Praca z winą, wstydem	✓	✓	✓	✓			✓	
Aktywizacja behawioralna							✓	
Rozwiązywanie problemów							✓	
Regulacja emocji							✓	
Restrukturyzacja poznawcza schematów, przekonań, NAT		✓	✓			✓	✓	✓
Prace osobiste/ Słuchanie sesji	✓ ✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓ ✓	✓
Różowy słoń czyli <i>thought suppression</i>	✓	✓			✓		✓	✓



**TERAPIE, KTÓRE NIE
WYSTĘPUJĄ W ZALECENIACH
NICE, APA
BO NIE MA (jeszcze?)
poprawnych
metodologicznie badań
wskazujących na
skuteczność przewyższającą
TAU**

- Terapia psychodynamiczna
 - Terapia interpersonalna
 - EFT
 - Hipnoterapia
 - T. „wspierająca”
-
- Relaksacja
 - „Seeking safety”



**TERAPIE,
KTÓRE
PRAWDOPODOBNIIE
SZKODZA**



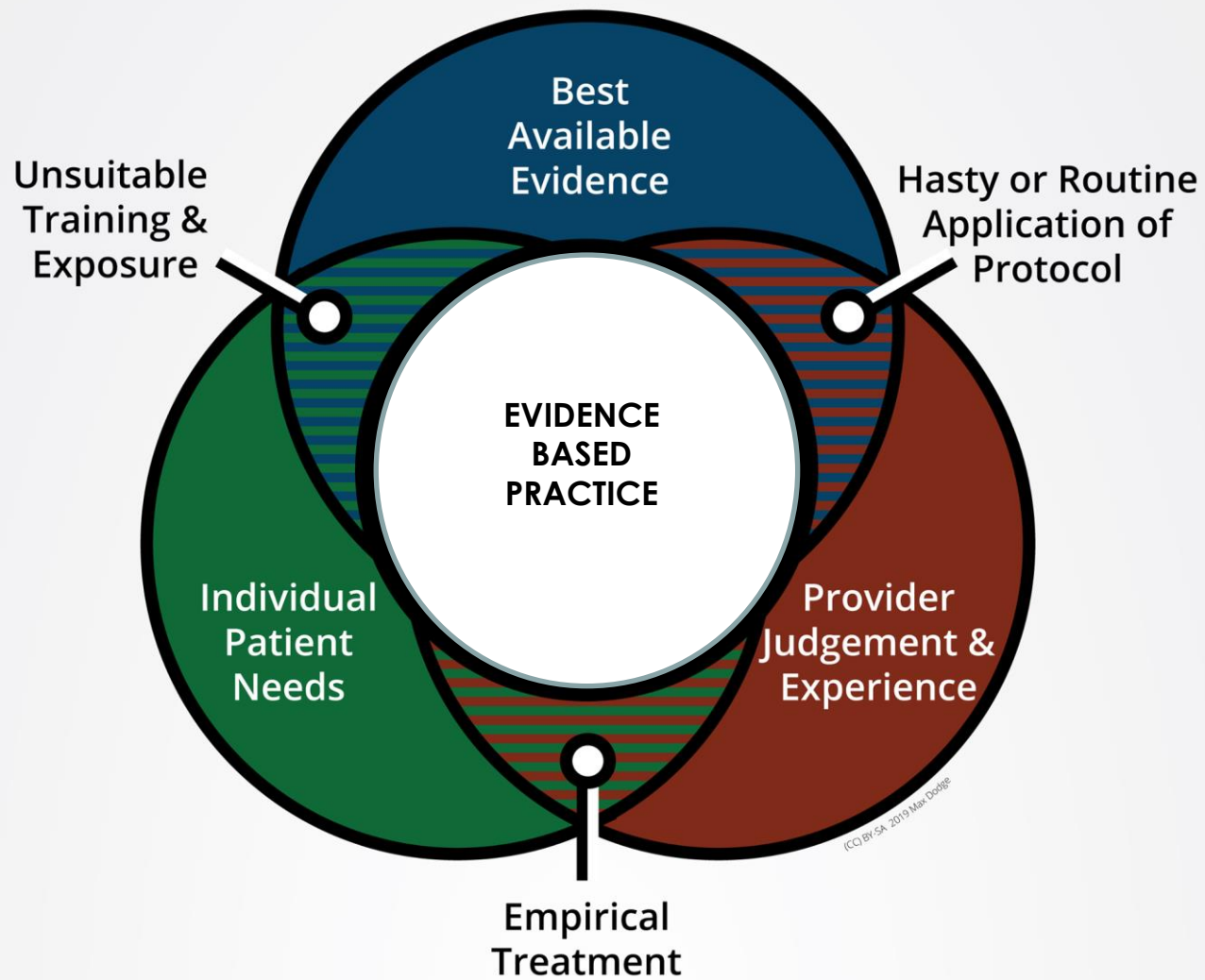
**Nie stosować
debriefingu (CISD)**



POTRZEBY
I WARTOŚCI
PACJENTA

DANE
NAUKOWE

DOŚWIADCZENIE
KLINICZNE TERAPEUTY



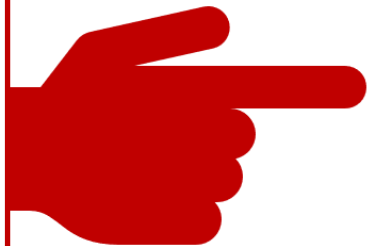
Wszyscy
wygrali i
każdemu
należy się
nagroda...



...
ale nie ta
sama☺

Culjpers, 2015





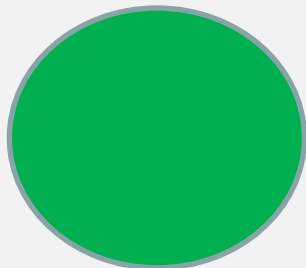
MEMENTO :

Jeśli dowolna interwencja jest na tyle potężna żeby pomagać musi również przynosić szkody

Psychotherapia może szkodzić

- dlatego należy ją badać i stosować metody o sprawdzonej naukowo skuteczności





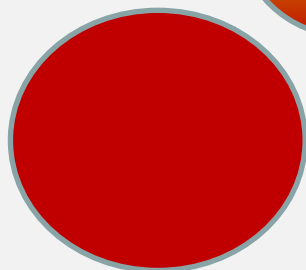
TERAPIE ZBADANE i ZALECANE



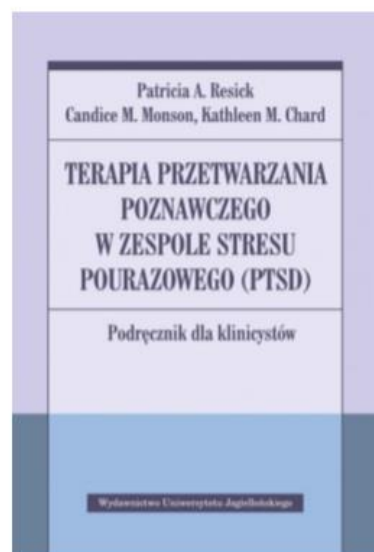
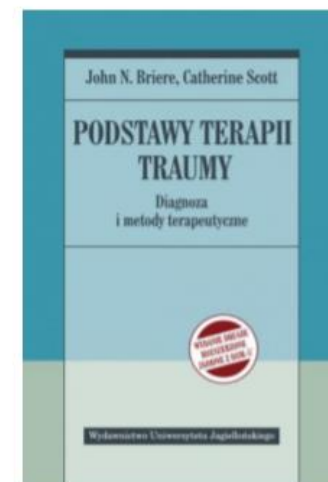
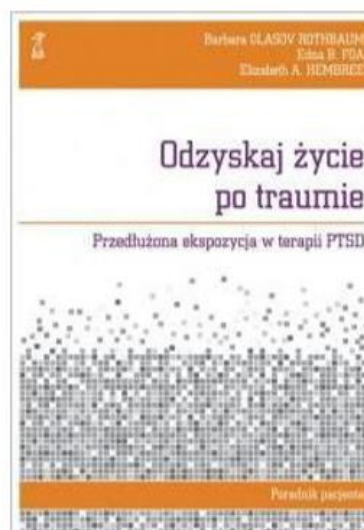
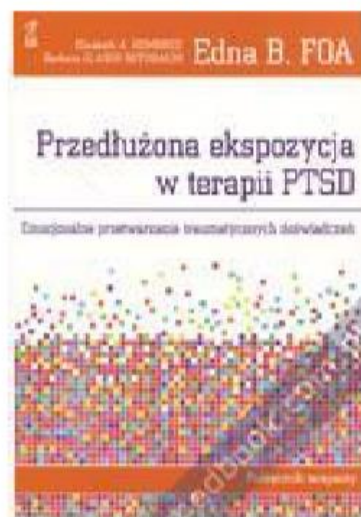
**TERAPIE ZBADANE i (JESZCZE ?)
NIEZALECANE**



TERAPIE **NIEZBADANE i (z tego
powodu) NIEZALECANE**



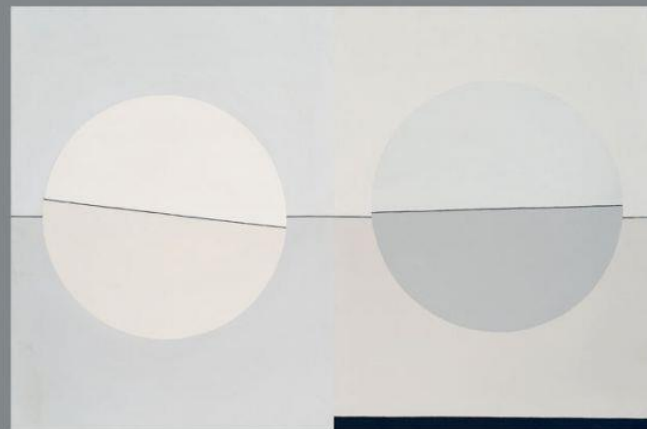
TERAPIE ZBADANE I NIEZALECANE



Więcej o psychoterapii:



AGNIESZKA POPIEL EWA PRAGŁOWSKA



PSYCHOTERAPIA

POZNAWCZO-BEHAWIORALNA

teoria i praktyka

wydanie II rozszerzone

 PWN

WYKAZ ŚWIADCZEŃ GWARANTOWANYCH REALIZOWANYCH W WARUNKACH STACJONARNYCH PSYCHIATRYCZNYCH
ORAZ WARUNKI ICH REALIZACJI

Lp.	Nazwa świadczenia gwarantowanego	Warunki realizacji świadczenia gwarantowanego	Kody Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych odpowiadające świadczeniu gwarantowanemu (ICD10)
1	2	3	4
1	Świadczenia psychiatryczne dla dorosłych obejmujące diagnostykę i leczenie osób z zaburzeniami psychicznymi, w szczególności psychotycznymi, powyżej 18 roku życia.	Personel: 1) lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii – równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 40 łóżek*; 2) lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii lub lekarz, który posiada specjalizację I stopnia w dziedzinie psychiatrii, lub lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychiatrii – równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 20 łóżek*; 3) psycholog albo osoba, która spełnia łącznie następujące warunki: a) posiada dyplom lekarza lub magistra: psychologii, pielęgniarstwa, pedagogiki, resocjalizacji albo spełnia warunki określone w art. 63 ust. 1 ustawy z dnia 8 czerwca 2001 r. o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym psychologów (Dz. U. Nr 73, poz. 763, z późn. zm.), b) ukończyła podyplomowe szkolenie w zakresie oddziaływań psychoterapeutycznych mających zastosowanie w leczeniu zaburzeń zdrowia, prowadzone metodami o udowodnionej naukowo skuteczności, w szczególności metodą terapii psychodynamicznej, poznawczo-behawioralnej lub systemowej, w wymiarze co najmniej 1200 godzin albo przed 2007 r. ukończyła podyplomowe szkolenie w zakresie oddziaływań psychoterapeutycznych mających zastosowanie w leczeniu zaburzeń zdrowia w wymiarze czasu określonym w programie tego szkolenia,	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (F00– F99). Obserwacja medyczna i ocena przypadków podejrzanych o chorobę lub stany podobne (Z03). c) posiada zaświadczenie, zwane dalej „certyfikatem psychoterapeuty”, poświadczające odbycie szkolenia wymienionego w lit. b, zakończonego egzaminem przeprowadzonym przez komisję zewnętrzną wobec podmiotu kształcącego, w skład której nie wchodzi przedstawiciele podmiotu kształcącego, w szczególności powołaną przez stowarzyszenia wydające certyfikaty psychoterapeuty – zwana dalej „osobą prowadzącą psychoterapię”, lub osoba, o której mowa w lit. a, posiadająca status osoby uczestniczącej co najmniej dwa lata w podyplomowym szkoleniu, o którym mowa w lit. b, oraz posiadająca zaświadczenie wydane przez podmiot prowadzący kształcenie oraz pracująca pod nadzorem osoby posiadającej certyfikat psychoterapeuty, zwana dalej „osobą ubiegającą się o otrzymanie certyfikatu psychoterapeuty” – równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 40 łóżek*;