

## **Diagnostyka porównawcza zaburzeń pourazowych**

### **Comparative diagnosis of posttraumatic disorders**

Krzysztof Rutkowski

Z Zakładu Patologii Społecznej Katedry Psychiatrii CM UJ  
Kierownik: prof. dr hab. n. med. Z. J. Ryn

#### **Summary**

In the article, clinical symptoms of disorders presently considered posttraumatic have been comprised. Apart from PTSD and ASD they constitute personality changes, chronic and brief psychotic disorders and depression. Most disorders were described from the perspective of ICD and DSM criteria. The analysis of classic (KZ-Syndrom) and postulated disorders (COMPLEX PTSD) were added as well as the most frequently misinterpreted ones, that is adaptation disorders in ICD, with the reactions to trauma. The article was completed with a questionnaire which helps the researchers verify the diagnosis and differentiate between PTSD, ASD and a permanent personality change. The questionnaire may be a convenient way to estimate the number of symptoms and their descriptions for the consultation and certification purposes.

*Słowa klucze:* zaburzenia pourazowe, PTSD, ASD, kryteria diagnostyczne, zaburzenia osobowości

*Key words:* posttraumatic disorders, PTSD, ASD, diagnostic criteria, personality disorders

W artykule przedstawiono diagnostykę różnicową aktualnych rozpoznań z kręgu zaburzeń pourazowych. Pomimo że problematyka reakcji na uraz była wielokrotnie opracowywana, to w praktyce codziennej diagnozowanie i używanie właściwej terminologii stwarza trudności. Zapewne wpłynął na to sam postęp wiedzy medycznej i szybko zmieniające się kryteria diagnostyczne. Opracowanie przygotowano z klinicznego punktu widzenia i codziennej praktyki lekarskiej, na podstawie doświadczeń i wniosków płynących z badań prowadzonych w Zakładzie Patologii Społecznej Katedry Psychiatrii CM UJ. Odstąpiono od pełnego przedstawiania epidemiologii, patofizjologii, leczenia itd. zaburzeń pourazowych, ponieważ jest to materiał na duży podręcznik. Poniżej omówiono jedynie najczęstsze problemy i zagadnienia dotyczące samej diagnostyki ambulatoryjnej.

Przyjmuje się, że zaburzeniami pourazowymi, a ściślej reakcjami na ciężki stres wg ICD są:

1. Zaburzenie stresowe pourazowe [F43.1 w ICD-10]
2. Ostra reakcja na stres [F43.0 w ICD-10]
3. Trwała zmiana osobowości po katastrofach (po przeżyciu sytuacji ekstremalnej) [F62.0 w ICD-10]

W ICD jako możliwe reakcje na uraz wymieniono także:

1. Ostre i przemijające zaburzenia psychotyczne [F23 w ICD-10]
2. Zaburzenia nastroju [F31-F33 w ICD-10].

Oczywiście są one reakcją na uraz tylko w niektórych przypadkach. **Pojęcie zaburzeń pourazowych używane jest w tym artykule umownie, a nie w sensie kategorii diagnostycznej, jak np. w ICD.** Celowo zastosowano tradycyjne określenie (a nie „reakcja na ciężki stres”, cytując ICD), aby zwrócić uwagę na trudności diagnostyczne w różnicowaniu, dotyczące wielu różnorodnych zaburzeń, nie łączących się w odrębną grupę.

W medycynie obowiązuje Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych – ICD-10 [1]. Równolegle w diagnostyce psychiatrycznej dużą popularność zyskały kryteria diagnostyczne Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM-IV-TR* [2]. Obie klasyfikacje są komplementarne, pomimo że niekiedy zauważalne są różnice w opisie zaburzeń. Choć będzie to poniżej przedmiotem dyskusji, to jednak należy stwierdzić, że w znacznej części klasyfikacje te są ze sobą zgodne, a rozdział zaburzeń psychicznych w ICD jest w znacznym stopniu oparty na DSM.

W opisie objawów klinicznych odstępiono od przedstawiania dodatkowych badań laboratoryjnych czy wyników badań nowoczesnymi metodami obrazowania mózgu. Jako następstwa urazu, nawet tylko psychicznego, opisywane są liczne zmiany, mniej lub bardziej typowe, widoczne w niektórych, np. TK, badaniach, jednak żadna z tych metod ani wyniki żadnych badań laboratoryjnych nie są jak dotąd uznawane za patognomoniczne i pomimo niekiedy podnoszonych głosów nie mogą być jedyną podstawą do stawiania ostatecznych rozpoznań! Jak na razie są one ograniczone do badań naukowych; z tych przyczyn odstępiono od ich opisywania jako nieprzydatnych w codziennej praktyce lekarskiej, a także opiniodawczej i orzeczniczej. Co innego dotyczy badań psychologicznych – w istotny sposób uzupełniają one diagnostykę psychiatryczną. W różnicowaniu zaburzeń pourazowych mogą znaleźć zastosowanie metody specyficzne, przeznaczone do rozpoznawania tylko tych zaburzeń, np. Kwestionariusz Missisipi (są nawet wersje cywilna i wojskowa dla żołnierzy), i metody bardziej ogólne, szczególnie kwestionariusze osobowości WISKAD czy techniki projekcyjne, np. test drzewa, a także np. kwestionariusze depresji Hamiltona i Becka. Jednak najistotniejsze jest to, że metody te nie mogą służyć do stawiania rozpoznania. Jak się obecnie zwraca uwagę w licznych publikacjach [3], mogą stanowić, co najwyżej, uzupełnienie w diagnostyce różnicowej czy być przydatne do oceny nasilenia objawów i np. monitorowania leczenia. W dalszym ciągu rozpoznanie musi być stawiane na podstawie osobistego badania i stwierdzonych objawów klinicznych.

W odpowiedzi na liczne pytania i wątpliwości dotyczące diagnostyki zaburzeń pourazowych opracowano kwestionariusz wypełniany przez osobę badającą, ułatwia-

jący rozpoznawanie podstawowych zaburzeń. Jego pierwsza wersja, dotycząca tylko PTSD, była publikowana [4] i od kilku lat jest wykorzystywana w Ambulatorium dla Osób Prześladowanych ze Względów Politycznych przy Zakładzie Patologii Społecznej Katedry Psychiatrii CM UJ.

### Zaburzenie stresowe pourazowe [F43.1 w ICD-10]

Inna tożsama nazwa to „zespół stresu pourazowego”; obie są tłumaczeniem z języka angielskiego (Posttraumatic Stress Disorder – PTSD), w piśmiennictwie polskim stosowane są zamiennie. (Zważywszy na zawarte w skrócie słowo *disorder* nie należy stosować nazwy „zespół PTSD” na określenie tego zaburzenia.) Zaburzenie to znajduje swoje miejsce w ICD-10 pod numerem F43.1 w rozdziale „Reakcja na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne”. Wydaje się, że takie ujęcie nieco lepiej oddaje problematykę PTSD niż przyjęte w klasyfikacji Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego DSM-IV-TR, w której PTSD umieszczono w rozdziale zaburzeń lękowych. Wynika to z odstąpienia w klasyfikacji DSM od uwzględniania etiologii w podziale zaburzeń [5].

#### Bibl. Jag.

Aby podejrzewać PTSD, należy potwierdzić narażenie na uraz (kryterium A1). Definiuje się go jako bezpośrednią konfrontację badanej osoby z zagrożeniem śmiercią, ciężkimi obrażeniami lub naruszeniem integralności fizycznej. Wyklucza to osoby, które nie były co najmniej naocznyymi świadkami lub uczestnikami zdarzenia urazowego. Drugim kryterium diagnostycznym (A2) jest reakcja w chwili traumy; obejmuje ona szerokie spektrum objawów lęku, pobudzenia, a także wycofania, dysocjacji. Specyfika reakcji nie jest tak istotna jak jej intensywność. Główne objawy PTSD grupują się wokół trzech obszarów patologicznych. Kryteria B, C i D obejmują ściśle określone objawy kliniczne zespołu stresu pourazowego: głównie objawy lękowe, w mniejszym stopniu dysocjacyjne i depresyjne. Są one podzielone na trzy grupy obejmujące: nawracające przeżywanie doznanego urazu (kryteria B), unikanie bodźców związanych z urazem i paraliż ogólnej wrażliwości (kryteria C) oraz uporczywe symptomy nadmiernego pobudzenia (kryteria D). Do rozpoznania zespołu stresu pourazowego konieczne jest stwierdzenie co najmniej jednego objawu z pięciu z grupy B, trzech z siedmiu z grupy C i dwóch z pięciu objawów z grupy D. Szczegółowe objawy zostały wymienione w kwestionariuszu (aneks).

Należy podkreślić, że uraz (szczególnie w ICD) określa się także jako doświadczenie pozostające poza granicami normalnego ludzkiego doświadczenia, mogącego u niemal każdego wywołać objawy, stąd konsekwentnie w diagnozowaniu PTSD odstępuje się od określania indywidualnej wrażliwości, predyspozycji itd. Po prostu doświadczenie jest tak traumatyczne, że przełamuje wszelkie obrony (niezależnie od opisu teoretycznego) nawet u najbardziej zintegrowanych i dojrzałych osób. Oczywiście, aby rozważać istnienie zaburzenia, objawy muszą występować w nasileniu upośledzającym funkcjonowanie, a także trwać ponad miesiąc; ostatnie założenie odróżnia PTSD od ostrej reakcji na stres. Objawy kliniczne zaburzenia stresowego pourazowego opisane w ICD-10 są analogiczne do zawartych w ostatnich wydaniach DSM opisujących PTSD. Klinicznie wyróżnia się podtypy: ostry – gdy objawy trwają

do 3 miesięcy, przewlekły – ponad 3 miesiące, z opóźnionym początkiem – gdy objawy pojawiają się co najmniej 6 miesięcy po urazie. Na ten ostatni podtyp warto zwrócić uwagę, gdyż może on stanowić trudność w opiniowaniu, gdy wkrótce po urazie nie występowały objawy PTSD. Dynamika taka jest oczywista, gdy założy się, że objawy patologiczne pojawiają się po przełamaniu mechanizmów obronnych, co u niektórych osób może nastąpić dopiero po pewnym czasie. Wcześniej można wychwycić niektóre objawy PTSD, lecz przebieg zaburzenia nie jest jeszcze pełnoobjawowy. Oczywiście wystąpieniu pozostałych objawów mogą sprzyjać takie czynniki, jak: starzenie się, izolacja społeczna, choroby towarzyszące itd. Ma to też znaczenie przy ocenie rokowania, gdyż zaburzenia pourazowe, szczególnie PTSD lub depresja, mogą nawracać, gdy mechanizmy obronne będą niewystarczające lub np. stres społeczny będzie się nadmiernie nasilać. Może to nastąpić nawet pomimo prawidłowego leczenia.

### **Ostra reakcja na stres [F43.0 w ICD-10]**

ASD – zaburzenie ostrego stresu, ostre zaburzenie stresowe [6], są rzadziej stosowanymi nazwami. Klinicznie ostra reakcja na stres jest zaburzeniem bardzo podobnym do PTSD, lecz słabiej ustrukturuowanym, co jest oczywiste, gdyż pierwsze objawy powinny pojawić się do 4 tygodni od urazu, a samo zaburzenie trwa od 2 dni do 4 tygodni, zatem nie ma wystarczającego czasu na ustrukturuowanie się zespołu objawów. Wszystkie uwagi dotyczące PTSD, przedstawione wcześniej, odnoszą się też do ostrej reakcji na stres. Istotne jest, że w przebiegu ASD występuje więcej objawów dysocjacyjnych, które ujęto w odrębną grupę 5 objawów, z których powinny występować co najmniej 3. Szczegółowo opisano je w aneksie.

### **Trwała zmiana osobowości po katastrofach (po przeżyciu sytuacji ekstremalnej) [F62.0 w ICD-10]**

Zaburzenie to jest odległym następstwem narażenia na uraz. Może być rozpoznawane, gdy jego objawy utrzymują się co najmniej przez dwa lata. Osoby z tym zaburzeniem charakteryzuje wroga lub nieufna postawa wobec otaczającego świata, wycofanie się z życia społecznego, uczucie pustki lub beznadziejności oraz stałe uczucie napięcia i rozdrażnienia jako wynik przeżywania zagrożenia i wyobcowania [7]. Łatwo zauważyć, że są to po części objawy PTSD, takie jak narażenie na uraz, unikanie i nadmierne pobudzenie, przy niewystępowaniu objawów nieustannego przeżywania urazu. Uwzględniając obraz kliniczny, przebieg itd., o rozpoznaniu trwałej zmiany osobowości po przeżyciu sytuacji ekstremalnej można myśleć, gdy spełnione są kryteria podobne do PTSD:

A – narażenie na uraz i reakcja na traumę

C – uporczywe unikanie bodźców związanych z urazem i paraliż ogólnej wrażliwości

D – uporczywe symptomy nadmiernego pobudzenia

E – czas trwania co najmniej 2 lata

F – zaburzenie skutkuje distresem klinicznie znaczącym, upośledzającym funkcjonowanie społeczne lub w innych ważnych płaszczyznach.

Jak często w ICD, odstępuje się od określenia minimalnej liczby objawów.

W tym miejscu warto przytoczyć obserwację kliniczną i pokusić się o dyskusję. Otóż, jak wynika z własnych obserwacji, zaburzenie to rozpoznaje się najczęściej u osób, które doświadczyły urazu we wczesnych latach życia – objawy są niezwykle utrwalone i wbudowane w osobowość. Jednak, mimo że osoby te nie przeżywają urazu w nawracających przypomnieniach, snach itd., to zwykle pozostają wrażliwe na bodźce będące choćby w symbolicznym związku z urazem. Objaw ten występuje w PTSD wg DSM i tu należy zapewne upatrywać niechęci autorów do wyróżniania w DSM takiej kategorii. Przyczyn niechęci można też upatrywać w psychoanalitycznym opisie zawartym w DSM, szczególne znaczenie przykładającym do wczesnodziecięcych czynników wpływających na kształtowanie się osobowości. Wówczas, aby być w zgodzie z klasyfikacją DSM, należałoby rozpoznawać np. osobowość unikającą, powstałą w związku z pobytem w obozie koncentracyjnym. Wydaje się jednak, że w tym przypadku ICD oddaje lepiej obraz kliniczny.

Osobnego komentarza wymaga nazwa: „zmiana osobowości”. W ICD zakłada się, że rozpoznanie może być postawione u osoby dorosłej – która nie wykazywała wcześniej objawów zaburzeń osobowości – gdy dochodzi do wyraźnej i trwałej zmiany w dotychczasowym sposobie postrzegania, odnoszenia się do innych czy myślenia o sobie i otoczeniu. Tutaj pojawia się pytanie, co z osobami, które w dzieciństwie były narażone na uraz, a teraz prezentują pełny obraz kliniczny zaburzenia osobowości. Autorzy ICD w ogóle nie rozważają takiego przypadku, można za DSM rozpoznać np. zaburzenie osobowości pozostające w związku z urazem lub inne zaburzenie osobowości. Można rozpoznać po prostu PTSD, czemu autorzy DSM są wyraźnie bliżsi. Można też rozpoznać zaburzenie osobowości i tutaj należy mieć na względzie, że jeśli zaburzenie to rozpoznajemy u osób dorosłych, to rozpoznajemy je „u osób, które przedtem nie wykazywały zaburzeń osobowości”, a więc można przyjąć, że miały osobowość adekwatną do wieku i adekwatnie wtedy funkcjonowały. Wydaje się, że założenie „zmiany”, a nie „zaburzenia” nie jest do końca właściwe, gdyż zaburzenie to klinicznie, pod względem objawów, w pełni spełnia kryteria zaburzeń osobowości rozumianych jako utrwalone, dezadaptacyjne wzorce zachowań. Ponadto w rozdziale dotyczącym zaburzeń osobowości w ICD w ogóle odstępuje się od opisywania momentu działania czynników kształtujących osobowość. ICD nie wskazuje jednak, że uraz miał być doświadczony przez osobę dorosłą, u dorosłych możemy jedynie stawiać rozpoznanie, reszta jest wynikiem interpretacji. Zakładając, że osobowość rozwija się przez całe życie, to chyba jednak termin „zaburzenie osobowości po przeżyciu sytuacji ekstremalnej” wydaje się bardziej adekwatny.

### **Inne zaburzenia osobowości**

W najnowszych publikacjach coraz częściej przywołuje się teorię wystąpienia takich zaburzeń, jak osobowość borderline (z pogranicza F60.31), w związku z narażeniem na uraz w dzieciństwie [8]; szczególnie często jest rozpoznawana jako reakcja na nadużycie seksualne w dzieciństwie. Stresor taki dotyczy zagrożenia integralności fizycznej i spełnia kryteria urazu. Podobnie osobowość mnoga [F44.81] ma

pojawiać się szczególnie często w reakcji na nadużycia fizyczne i seksualne w dzieciństwie. Warto podkreślić, że osobowość mnoga nie jest zaburzeniem osobowości, a zaburzeniem dysocjacyjnym [7]. Choć hipotezy te wymagają jeszcze weryfikacji, to jednak jest oczywiste, że narażenie na uraz w dzieciństwie może skutkować zaburzoną przebiegiem dojrzewania osobowości. Istotne jest, że zaburzenia takie jak osobowość z pogranicza mogą pojawiać się także w reakcji na uraz, choć nie są typowymi zaburzeniami pourazowymi, tzn. pojawiającymi się tylko reaktywnie.

### **Ostre i przemijające zaburzenia psychotyczne [F23 w ICD-10]**

Rozdział ten obejmuje w ICD heterogenną grupę zaburzeń psychotycznych objawiających się występowaniem objawów wytwórczych i dezorganizacją dotychczasowego zachowania. Zaburzenia te w ICD-10 różnicuje się zależnie od obrazu klinicznego, a ściślej – podobieństwa do schizofrenii. Wyróżnia się: ostre wielopostaciowe zaburzenie psychotyczne bez objawów schizofrenii (F23.0), z objawami schizofrenii (F23.1), ostre zaburzenie psychotyczne podobne do schizofrenii (F23.2), inne ostre zaburzenie psychotyczne z przewagą urojeń (F23.3), inne ostre i przemijające zaburzenia psychotyczne (F23.8) i ostre i przemijające zaburzenia psychotyczne (bliżej) nieokreślone (F23.9). Opisane nazwy wiernie oddają obraz kliniczny zaburzeń. Łącznie, cały rozdział odpowiada rozpoznaniu krótkotrwałego zaburzenia psychotycznego z DSM-IV-TR (ostrej krótkotrwałej psychozy). Istotą problemu jest, że zaburzenia te są na pograniczu zaburzeń pourazowych i – jak jest to opisywane – „mogą, lecz nie muszą” wiązać się z narażeniem na uraz. Jeśli tak jest, zwykle stosuje się rozpoznanie np. ostrej, krótkotrwałej psychozy reaktywnej. Warunkiem jest, aby objawy pojawiły się wkrótce po narażeniu na uraz. ICD wskazuje na czas do 2 tygodni, w DSM nie stosuje się takiej granicy. Jako ciekawostkę, a zarazem wskazówkę można podać, iż przyjmuje się (w DSM), że psychoza poporodowa może być rozpoznawana do 4 tygodni po porodzie, w przypadku narażenia na uraz tak ostrej granicy się nie określa. Utrzymany jest warunek, że uraz jest tak silny, że przekracza doświadczenie każdego człowieka z danej kultury – jak dodaje DSM. Podłoże kulturowe jest istotne, gdyż w części klinicznej przyjmuje się, że objawy nie mogą stanowić kulturowo usankcjonowanego wzoru reagowania. Tylko przy takim założeniu rozpoznaje się zaburzenie.

Podsumowując, objawami koniecznymi do rozpoznania krótkotrwałego zaburzenia psychotycznego, wg DSM-IV-TR będą:

A. Obecność jednego (lub więcej) spośród następujących objawów:

1 – urojenia

2 – halucynacje

3 – zdezorganizowana mowa

4 – znacząco katatoniczne lub zdezorganizowane zachowanie (uwaga: objawy nie mogą stanowić kulturowo usankcjonowanego wzoru reagowania).

B. Czas trwania zaburzenia wynosi od 1. dnia do 1. miesiąca, z możliwym pełnym powrotem do poziomu funkcjonowania przed zachorowaniem.

C. Zaburzenie nie może być trafniej opisane jako zaburzenie afektywne z objawami

psychotycznymi, zaburzenie schizofreniczne lub schizofrenia i nie jest wywołane działaniem substancji chemicznych (np. ich nadużywaniem, intoksykacją, leczeniem) lub ogólnym stanem zdrowia.

Krótkotrwała psychoza reaktywna może być trudna do odróżnienia praktycznie tylko od ostrej reakcji na stres. Występujące w przebiegu ASD objawy dysocjacyjne, np. zmniejszenie wrażliwości na otoczenie, mogą być niekiedy traktowane jak katalityczne objawy psychotyczne. Za rozpoznaniem będzie przemawiać nie tylko poziom funkcjonowania, ale i pełny obraz kliniczny. Należy zauważyć, że np. objawy unikania i inne pourazowe nie są wykluczone z przebiegu krótkotrwałej psychozy reaktywnej i dodatkowo mogą maskować rozpoznanie. Należy je wówczas traktować jako objawy wskazujące na przyczynę powstania zaburzenia, będącego jednak psychozą, a nie ostrą reakcją na stres. Oczywiście rozpoznanie nie będzie następcą takich trudności, gdy wystąpią typowe objawy wytwórcze.

### **Zaburzenia nastroju [F31-F33 w ICD-10]**

Przez wiele lat w psychiatrii utrzymywał się termin „depresja reaktywna”. Dopiero wprowadzenie klasyfikacji odstępujących od przyjmowania etiologii za czynnik różnicujący położyło kres temu rozpoznaniu [5]. Obecnie należałoby użyć określenia: „epizod depresyjny” i dodać np.: „w reakcji na uwięzienie i tortury”.

W ICD jako możliwe afektywne reakcje na uraz wymieniono: reakcję depresyjno-maniakalną (obecnie: zaburzenie afektywne dwubiegunowe F31), depresję reaktywną (epizod depresyjny F32) ew. nawracającą (F33). Oczywiście w żaden sposób nie chodzi tu o wskazywanie urazu jako jedynej etiologii zaburzeń.

Głównymi objawami depresji są:

- A) obniżenie nastroju
- B) utrata zainteresowań i anhedonia
- C) męczliwość, utrata energii i zmniejszenie się aktywności.

Towarzyszącymi:

- A) osłabienie koncentracji uwagi
- B) niska samoocena
- C) poczucie winy
- D) pesymizm
- E) myśli o śmierci i samobójstwie
- F) zaburzenia snu
- G) zaburzenia apetytu i zmiany masy ciała [7].

Zakłada się, że czas trwania zaburzenia powinien być nie krótszy niż 2 tygodnie.

W przypadku zaburzeń pourazowych – tutaj: depresji rozumianej jako reaktywna – łatwo jest wykazać związek pomiędzy doznaniem urazu a pojawieniem się objawów. Aby rozważyć rozpoznanie depresji jako pourazowej, należy mieć na uwadze definicję urazu taką, jaką przyjęto dla PTSD. W innym przypadku, np. przewlekłego narażenia na stres w pracy, będziemy raczej rozważać rozpoznanie zaburzenia ada-

ptacyjnego. Należy zauważyć, że depresja reaktywna także może przebiegać nawracająco. Jest to zrozumiałe, gdy przypomni się dynamikę zaburzeń pourazowych, których objawy ulegają nasileniu przy wyczerpywaniu się dotychczasowych mechanizmów radzenia sobie i przełamaniu mechanizmów obronnych. Jednak o wiele częściej depresja przebiega przewlekłe, ze zmianami nasilenia. Wymaga wówczas różnicowania nie tylko z dystymią, ale także z zaburzeniami osobowości. Rzadko depresja będąca reakcją na uraz występuje sama, zwykle stanowi rozpoznanie towarzyszące innym zaburzeniom pourazowym, najczęściej PTSD [4]. Zaburzenia nastroju o przebiegu maniakalnym nie bywają rozpoznawane jako pourazowe, choć w rozumieniu dynamicznym stanowią obronę przed depresją [9]. Pojawiające się bezpośrednio po urazie będą raczej ostrą reakcją na stres lub, jeśli występują w nasileniu psychotycznym, krótkotrwałą psychozą reaktywną, co najwyżej o obrazie maniakalnym. W nasileniu hipomaniakalnym jednak bywają stwierdzane jako składowa osobowości w przebiegu adaptacji do przeżytego urazu [10].

### Zaburzenia adaptacyjne [F43.2 w ICD-10]

Zaburzenia adaptacyjne mają w swoim obrazie różnego rodzaju stany emocjonalne: napięcia, rozdrażnienia, niepokoję, przygnębienia i inne, które pojawiają się w okresie adaptacji do znaczących zmian życiowych lub do stresującego wydarzenia życiowego. W tym miejscu zaburzenia adaptacyjne zostały przywołane tylko w celu rozważenia diagnostyki różnicowej, gdyż **nie są one zaburzeniami pourazowymi!** W ich przypadku nie jest spełniony podstawowy warunek: narażenie na uraz rozumiany jako konfrontacja z zagrożeniem śmiercią, zagrożeniem dla integralności fizycznej itd., zatem nie jest spełnione kryterium A1. Znajduje zastosowanie również popularne wyróżnienie, czyli przekraczanie zwykłego doświadczenia. Przykładowo jest to taka różnica jak między osobą, która przeżyła wypadek samochodowy z narażeniem życia, była hospitalizowana i unika jazdy samochodem, a osobą, która znalazła się w szpitalu w celu leczenia choroby ogólnoustrojowej i przeżywa kryzys z powodu konieczności adaptacji. Zaznacza się, że zaburzenia adaptacyjne mogą występować także w takich sytuacjach jak etapy rozwoju, np. podjęcie nauki. Obraz kliniczny zaburzeń adaptacyjnych jest niejednorodny i często zależy od czynników osobowościowych.

### KZ-syndrom

Określenie to przez wiele lat było najpowszechniej stosowane do opisu zaburzeń pourazowych u osób więzionych w obozach koncentracyjnych, deportowanych i przesładowanych. Pojęcie KZ-syndromu odwoływało się do specyfiki urazu (zespół obozowy) i w swym opisie nie było jednorodne [11]. Można powiedzieć, że KZ-syndrom był tak naprawdę grupą zaburzeń o bardzo szerokim obrazie klinicznym występujących u byłych więźniów obozów koncentracyjnych. Zwyczajowo rozpoznanie to rozszerzano na wszelkie objawy reakcji na inne zdarzenia traumatyczne. Znamienne, że odstępowano od definicji stresora, a do obrazu klinicznego włączano objawy odzwierciedlenia urazu (hipermnezja), unikania, stałego pobudzenia. Dopuszczalne było jed-



nak włączanie do rozpoznania KZ-syndromu innych, nawet odległych chorób i zaburzeń, np. gruźlicy, szczególnie jeśli była przebyta w obozie. To samo dotyczyło innych chorób związanych z narażeniem na złe warunki bytowe w czasie uwięzienia czy deportacji [12]. W trakcie badań nad KZ-syndromem uwagę zwrócono na niezwykłe, jak się wówczas wydawało, zjawisko przedwczesnego starzenia się. Jest ono zrozumiałe, gdy uwzględni się nie tylko narażenie np. na niedożywienie, ale i na zmiany hormonalne. Przedwczesne starzenie się, choć nie stanowi odrębnego rozpoznania, jest jednak wciąż zauważalne, gdy np. stwierdza się występowanie objawów demenetywnych u osób zbyt młodych. W tym rozumieniu zaburzenia takie mogą być zaburzeniami pourazowymi. Jednak rzadko występują one same, a najczęściej są zaburzeniami towarzyszącymi. W tym samym czasie, gdy wprowadzano nazwę KZ-syndromu jako zaburzenia reaktywnego, opisywano także zespół Gansera, ośpienie rzekome i inne. Zespoły te nie w pełni były zaburzeniami pourazowymi, były po części adaptacyjnymi; problemy z klasyfikacją wynikały m.in. z niedefiniowania stresora. W aktualnych klasyfikacjach znalazły się jako np. inne zaburzenia dysocjacyjne, mogące, lecz wcale niekoniecznie, mieć związek z reakcją na traumę.

### **Complex PTSD, DESNOS [aneks w DSM-IV-TR]**

Nieformalne pojęcie Complex PTSD można przetłumaczyć jako: zespół zaburzenia stresowego pourazowego lub zespół PTSD (tutaj dopuszczalne); raczej zawodzi tłumaczenie „zespół zespołu” itd. Określenie to oznacza coś zupełnie innego niż sam zespół stresu pourazowego; PTSD nie jest tożsame z Complex PTSD.

Wprowadzono je na podstawie obserwacji klinicznych osób prezentujących wiele objawów nie upoważniających do rozpoznania zaburzenia stresowego pourazowego. Obejmuje ono wiele zmian w funkcjonowaniu, a także w stanie klinicznym, związanych z urazem, ale wykraczających poza wszelkie objawy ujęte jako kryteria dla PTSD. To bardzo przybliżyło to określenie do KZ-syndromu, choć zawężone jest ono zasadniczo do objawów psychicznych. Klasycznym przykładem może być nadużywanie alkoholu u osób po przeżyciu traumy, szczególnie w poszukiwaniu ulgi – jest to wówczas mechanizm dezadaptacyjny, czyli w tym przypadku objaw pourazowy. Podobnymi przykładami mogą być myśli samobójcze czy dolegliwości psychosomatyczne u osób ze skłonnością do takich reakcji. Aktualnie coraz częściej podnosi się potrzebę wprowadzenia takiego opisu do oficjalnych klasyfikacji, na razie Complex PTSD znajduje się w dodatkach do klasyfikacji DSM [13]. DESNOS jest pojęciem niekiedy opisywanym jako tożsame z Complexem PTSD i nie włączonym do kanonu DSM. Sam skrót oznacza: *disorders of extreme stress not otherwise specified*. Zaburzenie to miałoby także obejmować wiele objawów wychodzących poza PTSD, np. zmian osobowości [14]. Ciągłe niedoprecyzowanie tego terminu i możliwość opisanie zaburzenia innymi terminami nie wskazuje na konieczność wprowadzenia go do klasyfikacji.

### **Inne zaburzenia mające związek z urazem**

Powyżej opisano przede wszystkim zaburzenia będące zaburzeniami pourazowymi, a więc stanowiące typową reakcję na uraz, jednak, poza nimi, następstwem urazu

mogą być inne zaburzenia. Częstość przykładem są zaburzenia i choroby somatyczne będące następstwem niedożywienia lub samego urazu i np. wynikająca stąd niepełnosprawność. Większość z tych chorób, choć występują częściej u osób narażonych na traumę [15], nie stanowi jednak typowej reakcji; należałoby je raczej określić jako powikłanie. Przykładem może być częste rozpoznanie nadciśnienia, które występuje także bez związku z urazem. Inny przykład to upośledzenie umysłowe, częstsze u osób niedożywionych w dzieciństwie, np. z powodu pobytu lub urodzenia się w obozie lub na deportacji. W takim przypadku, jeśli wykluczy się występowanie rodzinne, rozpoznanie upośledzenia jako pozostającego w związku z urazem jest niemal pewne. To samo dotyczy zaburzeń psychicznych, np. paranoja – zaburzenie urojeniowe – występuje także u osób nie narażonych na uraz i nie jest zaburzeniem pourazowym w tym znaczeniu, niemniej sama trauma może być jednym z czynników wpływających na jej powstanie, choć oczywiście związek będzie co najwyżej częściowy, jeśli w ogóle zostanie dowiedziony. Podobnie można rozważać zaburzenia afektywne, a ściślej epizod maniakalny. Nie dotyczy to takich zaburzeń jak wcześniej wymienione zaburzenia pourazowe – te mogą się pojawić tylko w odpowiedzi na uraz. Stanowi to podstawowe ich wyróżnienie spośród innych.

### **Дифференциальная диагностика посттравматических нарушений**

#### **Содержание**

В статье представлены данные о клинических симптомах нарушений, актуально оцениваемых как посттравматических. Кроме PTSD и ASD, как правило, присутствуют изменения личности, острые и обратимые психотические нарушения и депрессия. Большинство нарушений обсуждено с точки зрения критерий Международной классификации болезней ICD и DSM. Проведен анализ классических нарушений, как нп. лагерный синдром и постулированных (комплекс PTSD) нарушений, а также чаще всего обширных (адаптационные нарушения в Классификации ICD) с реакциями на травму. Статья дополнена глоссарием, облегчающим исследователям верификацию диагноза и дифференцирование между PTSD, ASD и устойчивым изменением личности. Глоссарий может быть удобным методом для количественной оценки симптомов и их описания для экспертных потребностей.

Примечание: PTSD – посттравматический стрессовый синдром

ASD – острые стрессовые нарушения

### **Vergleichsdiagnostik der posttraumatischen Störungen**

#### **Zusammenfassung**

Im Artikel wurden klinische Symptome der Störungen zusammengefasst, die zur Zeit als posttraumatisch gelten. Außer PTSD und ASD sind es gewöhnlich: Persönlichkeitsänderung, akute und vorübergehende psychotische Störungen und Depression. Die meisten Störungen wurden nach den Kriterien ICD und DSM besprochen. Es wurde die Analyse der klassischen (KZ-Syndrom) und postulierten (Complex PTSD) Störungen hinzugegeben, auch der am häufigsten verwechselten (adaptative Störungen in ICD) mit den Reaktionen auf das Trauma. Der Artikel wurde um einen Fragebogen ergänzt, der die verifizierten Diagnosen und das Unterscheiden zwischen PTSD, ASD und eine fixe Persönlichkeitsänderung untersucht. Der Fragebogen kann eine bequeme Methode zur quantitativen Beurteilung der Symptome und ihrer Beschreibung für meinungsgebende Bedürfnisse und Begutachtung.

## Le diagnostic comparatif des troubles post-traumatique

### Le résumé

L'article décrit les symptômes cliniques des troubles considérés comme post-traumatiques. A côté de PTSD et ASD ce sont : changements de la personnalité, troubles psychotiques chroniques et épisodiques, dépression. La plupart de ces troubles est présentée du point de vue des critères de DSM et d'ICD. On y ajoute aussi l'analyse des troubles classiques (KZ - Syndrome) et postulés (Complex PTSD) ainsi que les troubles faussement classifiés (troubles d'adaptation selon ICD) comme les réactions après le trauma. L'article présente en plus le questionnaire facilitant la vérification du diagnostic et la distinction de PTSD, ASD et le changement permanent de la personnalité. Ce questionnaire donne une méthode pour l'analyse quantitative des symptômes et pour leur description aux besoins diagnostiques.

### Piśmiennictwo

1. (ICD-10) *Międzynarodowa statystyczna klasyfikacja chorób i problemów zdrowotnych – rewizja 10, rozdział V*. World Health Organization. Kraków: Vesalius; 1994.
2. (DSM-IV-TR) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. American Psychiatric Association. Washington D.C., 2000.
3. Enns MW, Cox BJ, Parker JD, Guertin JE. *Confirmatory factor analysis of the Beck Anxiety and Depression Inventories in patients with major depression*. J. Affect. Dis. 1998; 1-3(47): 195-200.
4. Rutkowski K. *Zaburzenia .snu w zespole stresu pourazowego*. Polska Akademia Nauk – Oddział w Krakowie. Kraków: Wydawnictwo Pandit; 2001.
5. Bomba J. *Problem nerwic w najnowszych klasyfikacjach zaburzeń psychicznych a tradycja psychoanalityczna w psychiatrii*. Post. Psychiatr. Neurol. 1997; 6: 417-422.
6. Heitzman J. *Reakcja na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne*. W: Bilikiewicz A, Pużyński S, Rybakowski J, Wciórka J, red. *Psychiatria*. Wrocław: Urban & Partner; 2002.
7. *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*. Kraków-Warszawa: Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”; 2000.
8. Dean MA. *Borderline personality disorder: the latest assessment and treatment strategies*. Kansas City: Compact Clinicals; 2001.
9. Kaplan H, Sadock B. *Psychiatria kliniczna*. Wrocław: Urban & Partner; 1995.
10. Orwid M. *Uwagi o przystosowaniu do życia poobozowego u byłych więźniów obozu koncentracyjnego w Oświęcimiu*. Przegl. Lek. Oświęcim 1962; 1a: 94-97.
11. Kepiński A. *Tzw. „KZ-syndrom”. Próba syntezy*. Przegl. Lek. Oświęcim 1970; 1: 18-23.
12. Ryn Z, Kłodziński S. *Hunger in Konzentrationslager*. W: August J, red. *Die Auschwitz-Hefte*. Hamburg: Rogner & Bernhard Verlag; 1994, s. 241-260.
13. Henn E, Sartorius N, Helmchen H, Lauter H. *Contemporary psychiatry*. Berlin: Springer; 2001.
14. van der Kolk BA, McFarlane AC, Wisaeth L. *Traumatic stress. The effects of overwhelming experience on mind, body and society*. New York, London: The Guilford Press; 1996.
15. Walczewska J, Furgal J, Rutkowski K. *Ocena aktualnego stanu zdrowia osób deportowanych na Syberię w latach 1940-1956*. Gerontol. Pol. 2002; 10 (4): 186-189.
16. Heitzman J, Rutkowski K. *Zaburzenia psychiczne u prześladowanych i torturowanych ofiar systemu totalitarnego*. Psychiatr. Pol. 1997; XXXI: 2: 153-164.

Otrzymano: 29.07.2003

Zrecenzowano: 17.11.2003

Przyjęto do druku: 10.08.2004

Adres: Krzysztof Rutkowski

Zakład Patologii Społecznej Katedry Psychiatrii CM UJ

31-501 Kraków, ul. Kopernika 21

## ANEKS

Zamieszczony poniżej kwestionariusz diagnozowania zaburzeń pourazowych został opracowany na podstawie najnowszego wydania klasyfikacji: DSM-IV-TR i ICD-10. Od 1998 r. (wówczas DSM-IV) [4, 16] jest stosowany w Ambulatorium dla Osób Prześladowanych ze Względów Politycznych, działającym przy Zakładzie Patologii Społecznej Katedry Psychiatrii Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego. W tym czasie potwierdzono jego dużą przydatność i skuteczność w diagnozowaniu, a także dalszym opiniowaniu osób narażonych na uraz.

Na podstawie kwestionariusza, wypełnianego przez badającego, można rozpoznać zespół stresu pourazowego, ostrą reakcję na stres i trwałą zmianę/zaburzenie osobowości po przeżyciu sytuacji ekstremalnej. W czasie badania należy zaznaczyć występujące objawy. Spełnienie minimalnych wymogów upoważnia do postawienia rozpoznania. Należy przypomnieć, że rozpoznania te wzajemnie się wykluczają i nie mogą współwystępować. Nasilenie objawów można opisać jako: umiarkowane, średnie, ciężkie. Umożliwi to rozpoznanie przebiegu PTSD:

6–21 punktów – umiarkowany, lekki,

22–36 punktów – średni,

ponad 36 punktów – głęboki.

W tym celu należy określać nasilenie objawów (ale tylko objawów klinicznych, tzn. grupy B, C, D) ilościowo od 0 do 3. W przypadku ostrej reakcji na stres i zmiany osobowości odstepuje się od ilościowego określania objawów i ich minimalnej liczby, zatem nasilenie ocenia się częściej na podstawie całościowego upośledzonego funkcjonowania.

W ASD wg DSM objawy dysocjacyjne oznaczone są B1, B2 itd., w ten sposób kolejne objawy PTSD w kwestionariuszu uzyskują dalsze oznaczenia C, D itd. A1 i A2 zachowują swoje oznaczenia. Zmiana osobowości po przeżyciu sytuacji ekstremalnej nie jest ujęta w DSM, jedynie w ICD-10, może być traktowana jako inne zaburzenie osobowości w DSM.

W uwagach można podać inne rozpoznania, np. przeżyta ostra krótkotrwała psychoza lub nasilenie depresji w skali Hamiltona itp.

## ZABURZENIA POURAZOWE – KWESTIONARIUSZ

Imię i nazwisko badanego: \_\_\_\_\_ data urodzenia: \_\_\_\_\_

data badania: \_\_\_\_\_ uwagi: \_\_\_\_\_

**PTSD wg DSM-IV-TR [F43.1 w ICD-10]**

    A 1) Badany doświadczył zagrożenia śmiercią, ciężkimi obrażeniami lub naruszeniem integralności fizycznej;

    A 2) zareagował intensywnym strachem, bezradnością lub przerażeniem (u dzieci możliwa reakcja dezorganizowanym zachowaniem lub pobudzeniem).

B. Zdarzenie traumatyzujące jest nieustannie przeżywane jako (co najmniej 1 objaw):

    B 1) nawracające, natrętne, distresujące przypomnienia tego zdarzenia, zawierające wyobrażenia, myśli i spostrzeżenia (u małych dzieci okoliczności urazu mogą być tematem powtarzanej zabawy);

B 2) powracające natrętne, distresujące sny dotyczące tego zdarzenia (u dzieci mogą występować przerażające sny bez rozpoznawalnej treści);

B 3) zachowania lub odczucia jak gdyby zdarzenie traumatyczne nawracało (obejmuje poczucie „ożywiania” doświadczenia, iluzje, halucynacje, epizody dysocjacyjne, również pojawiające się po przebudzeniu czy intoksykacji) (u małych dzieci mogą pojawić się zachowania odtwarzające uraz);

B 4) intensywny psychologiczny distres, powiązany z narażeniem na wew. lub zew. bodźce symbolizujące lub przypominające jakiś aspekt zdarzenia traumatycznego;

B 5) fizjologiczna wrażliwość na wew. lub zew. bodźce symbolizujące lub przypominające zdarzenie.

C. Uporczywe unikanie bodźców związanych z urazem i paraliż ogólnej wrażliwości (co najmniej 3 objawy):

C 1) wysiłki w celu uniknięcia myśli, uczuć i rozmów związanych z urazem;

C 2) wysiłki w celu uniknięcia aktywności, miejsc i ludzi przywodzących – wspomnienie urazu;

C 3) niemożność przypomnienia sobie ważnych aspektów urazu;

C 4) znacząco ograniczone zainteresowania lub uczestnictwo w ważnych aktywnościach;

C 5) poczucie odrzucenia przez innych i zrażenie się do ludzi;

C 6) zawężone odczuwanie afektu;

C 7) poczucie braku perspektywy na przyszłość.

D. Uporczywe symptomy nadmiernego pobudzenia (co najmniej 2 objawy):

D 1) trudności w zasypianiu lub pozostawaniu we śnie;

D 2) drażliwość lub wybuchy gniewu;

D 3) trudności w koncentracji;

D 4) nadmierna czujność;

D 5) wyolbrzymiony odzew na bodziec;

E. Czas trwania zaburzenia dłużej niż 1 miesiąc.

F. Zaburzenie skutkuje distresem klinicznie znaczącym, upośledzającym funkcjonowanie społeczne lub w innych ważnych płaszczyznach.

**Objawy ostrej reakcji na stres wg DSM-IV-TR [F43.0 w ICD-10] (towarzyszące powyższym)**

W czasie działania stresu urazowego lub po jego doświadczeniu (do 4 tygodni) wystąpiły (co najmniej 3) objawy dysocjacyjne:

1 subiektywne poczucie odrętwienia, wyobcowania (oddzielenia) lub braku reaktywności emocjonalnej

2 zmniejszenie wrażliwości na otoczenie (np. „poczucie oszołomienia, odrętwienia”)

3 derealizacja

\_\_4 depersonalizacja

\_\_5 amnezja dysocjacyjna (np. niezdolność do przypomnienia sobie ważnych okoliczności urazu)

\_\_czas trwania objawów od 2 dni do 4 tygodni, pojawienie się do 4. tygodni od urazu.

Uwaga: w przypadku rozpoznawania ostrej reakcji na stres odstępuje się od wymogu minimalnej liczby pozostałych (innych niż wymienione dysocjacyjne) objawów, tzn. wystarcza rozpoznanie po 1 objawie z każdej grupy.

**Zmianę/zaburzenie osobowości po przeżyciu sytuacji ekstremalnej [F62.0 w ICD-10] można rozpoznać, gdy występują objawy takie jak w PTSD, z wyjątkiem nawracającego przeżywania urazu (objawy grupy B w PTSD). Odstępuje się od wymogu minimalnej liczby objawów, które jednak muszą trwać co najmniej 2 lata.**