


## Zespół stresu pourazowego w psychozie

### Post-traumatic stress disorder in psychosis

Centrum Badań nad Traumą i Dysocjacją, Uniwersytet Ignatianum w Krakowie, Kraków, Polska

Adres do korespondencji: Igor J. Pietkiewicz, Centrum Badań nad Traumą i Dysocjacją, Uniwersytet Ignatianum w Krakowie, ul. Kopernika 26, 31-501 Kraków, e-mail: pietkiewicz@ignatianum.edu.pl

 <https://doi.org/10.15557/PIPK.2024.0032>

#### ORCID iDs

1. Radosław Tomalski <https://orcid.org/0000-0002-8879-0259>

2. Igor J. Pietkiewicz <https://orcid.org/0000-0001-6913-0186>

#### Streszczenie

Diagnoza zaburzeń z kręgu schizofrenii często przysłania inne problemy psychopatologiczne, np. zespół stresu pourazowego, którego częstość w ciągu całego życia u osób z psychozą jest znacznie wyższa niż w populacji ogólnej i wynosi 14–53%. Samo doświadczenie psychozy i jej leczenie, zwłaszcza przy pierwszym epizodzie, może być urazowe i niekiedy prowadzi do zespołu stresu pourazowego, który może mieć specyficzny obraz kliniczny. Rozpoznawanie stresu pourazowego u osób z psychozą jest trudne z wielu powodów, składają się na to trudności w zbieraniu wywiadu dotyczącego traumy, trudności diagnostyczne, wynikające z podobieństwa objawów stresu pourazowego i psychozy oraz barier systemowych w opiece zdrowotnej. Dodatkowym problemem może być konstrukcja kryteriów diagnostycznych zespołu stresu pourazowego w klasyfikacji DSM-5, które utrudniają zakwalifikowanie doświadczeń związanych z psychozą jako urazowych. Wprowadzona w ICD-11 diagnoza złożonego zespołu stresu pourazowego jest słabo zbadana wśród osób z psychozą, jednak pierwsze badania wskazują na jego dużą częstość w tej grupie. W identyfikacji traumatycznych doświadczeń pomocne może być zastosowanie narzędzi przesiewowych, natomiast w postawieniu trafnej diagnozy stresu pourazowego u osób z psychozą przydatne są kwestionariusze samoopisowe i wywiady diagnostyczne. Psychoterapia stresu pourazowego w kontekście psychozy jest skuteczna i bezpieczna, a ponadto ma wpływ na poprawę wyników leczenia samej psychozy. Najlepiej zbadanymi metodami są terapia poznawczo-behavioralna skoncentrowana na traumie oraz EMDR (*eye movement desensitisation and reprocessing*).

**Słowa kluczowe:** psychoza, trauma, PTSD, EMDR

#### Abstract

The diagnosis of schizophrenia spectrum disorders often overshadows other psychopathological issues, such as post-traumatic stress disorder (PTSD), which has a significantly higher lifetime prevalence in individuals with psychosis, ranging from 14% to 53%, compared to the general population. The experience of psychosis and its treatment, particularly during the first episode, can be traumatic and frequently leads to PTSD, which may present with a specific clinical profile. Recognising PTSD in individuals with psychosis is challenging for several reasons: difficulties in gathering a trauma history, diagnostic challenges arising from the similarity between PTSD and psychosis symptoms, and systemic barriers in healthcare. An additional complication is the structure of PTSD diagnostic criteria in the DSM-5 classification, which can make it difficult to classify psychosis-related experiences as traumatic. The diagnosis of complex PTSD, as introduced in the ICD-11, is poorly studied among individuals with psychosis, though initial research indicates its high prevalence in this group. Screening tools can be helpful in identifying traumatic experiences, while self-report questionnaires and diagnostic interviews are useful in accurately diagnosing PTSD in individuals with psychosis. Psychotherapy for PTSD in the context of psychosis is both effective and safe, and it also contributes to improved treatment outcomes for psychosis itself. The most well-researched methods are trauma-focused cognitive behavioural therapy and eye movement desensitisation and reprocessing (EMDR).

**Keywords:** psychosis, trauma, PTSD, EMDR

## WPROWADZENIE

**D**iaгноza zaburzeń ze spektrum schizofrenii ma zwykle w oczach klinicystów na tyle duży ciężar, że utrudnia zidentyfikowanie innych problemów, z jakimi boryka się pacjent: psychopatologicznych, ale też bytowych, relacyjnych czy zawodowych (Grubaugh *et al.*, 2008). Jednym z nich może być obecność objawów stresu pourazowego. Biorąc pod uwagę, że samo zachorowanie na psychozę jest często niezwykle trudnym, a niekiedy urazowym doświadczeniem, a przebieg leczenia, zwłaszcza przy pierwszym epizodzie psychozy, może być bardzo burzliwy, jest wiele powodów, by u osób z diagnozą zaburzeń ze spektrum schizofrenii spodziewać się objawów zespołu stresu pourazowego (*post-traumatic stress disorder*, PTSD).

### Rodzaje i znaczenie traumy w psychozie

Trauma może przyczynić się do rozwoju różnych zaburzeń psychicznych, w tym także psychotycznych. Mimo to aktualne klasyfikacje psychiatryczne jednoznacznie wskazują na doświadczenia urazowe jako bezpośrednią przyczynę jedynie nielicznych zaburzeń, takich jak PTSD. Fornells-Ambrojo i wsp. (2016) wyróżniają cztery kategorie doświadczeń urazowych u osób z doświadczeniem psychozy:

1. obiektywnie urazowe doświadczenia niezwiązane z psychozą (np. przemoc, nadużycie seksualne);
2. obiektywnie zagrażające doświadczenia związane z psychozą (np. hospitalizacja bez zgody, przymusowe podanie leku, zastosowanie zabezpieczenia mechanicznego – *treatment-related factors*);
3. doświadczenia przeżywane jako zagrażające, ale wynikające z objawów psychozy, tj. nieprawidłowych spostrzeżeń prowadzących do zniekształcania rzeczywistości (*distorted reality PTSD*); przykładem mogą być doświadczenia głosu grożącego śmiercią lub halucynacyjne wizje atakującego napastnika;
4. doświadczenia przeżywane jako zagrażające z powodu urojeniowej interpretacji prawidłowych spostrzeżeń (np. samochód jadący z tyłu przeżywany jako pościg mafii). Tego typu doświadczenia są również związane ze zniekształcaniem rzeczywistości.

Ponieważ doświadczenie objawów psychozy może być samo w sobie traumatyczne, a hospitalizacja niekiedy wiąże się z zastosowaniem przymusu bezpośredniego lub przymusowym podaniem leków i stanowi dodatkowy czynnik urazowy, Berry i wsp. (2013) zaproponowali pojęcie zespołu stresu pourazowego związanego z psychozą (*psychosis-related PTSD*, PR-PTSD), które odnosi się do PTSD wywołanego doświadczeniem psychozy i przykrymi lub potencjalnie traumatycznymi doświadczeniami związanymi z leczeniem. Pojęcie to obejmuje kategorie 2, 3 i 4 spośród wymienionych powyżej. W literaturze PR-PTSD jest też określane jako „popsychotyczny zespół stresu pourazowego” (*post-psychotic PTSD*) (White i Gumley, 2009).

Doświadczenia urazowe są częstsze u osób z diagnozą ze spektrum schizofrenii niż w populacji ogólnej (Matheson

*et al.*, 2013; Stanton *et al.*, 2020). Doświadczenia urazowe w wywiadzie mają przyczynowy związek z zachorowaniem na psychozę (Bendall *et al.*, 2012; Bentall *et al.*, 2012; Trotta *et al.*, 2015; Varese *et al.*, 2012), a zależność ta jest proporcjonalna do dawki (Shevlin *et al.*, 2008; Varese *et al.*, 2012). Ponadto trauma w wywiadzie ma znaczenie dla obrazu klinicznego psychozy, gdyż wykazano, że koreluje z większym nasileniem objawów pozytywnych (Bailey *et al.*, 2018; Peach *et al.*, 2021). Doświadczenia urazowe mają też znaczenie dla przebiegu psychozy i wyników leczenia, gdyż trauma (szczególnie dziecięca) w wywiadzie u osób z psychozą zwiększa ryzyko lekooporności (Hassan i De Luca, 2015) i pogarsza współpracę w leczeniu (Lecomte *et al.*, 2008). Z kolei wydarzenia urazowe mające miejsce już po zachorowaniu na psychozę wiążą się z większym ryzykiem nawrotu (Martland *et al.*, 2020).

### Epidemiologia PTSD w psychozie

Populacja osób z ciężką chorobą psychiczną jest słabo zbadana epidemiologicznie pod kątem występowania PTSD. W swoim przeglądzie Grubaugh i wsp. (2011) wykazują niewielką liczbę badań stosujących wywiad CAPS (Clinician Administered PTSD Scale), uznawany za złoty standard w diagnozowaniu PTSD. W trzech badaniach wykorzystujących to narzędzie odnotowano częstość PTSD wśród osób z psychozą na poziomie 13%, 44% i 46% (Ford i Fournier, 2007; Gearon *et al.*, 2003; Resnick *et al.*, 2003), a PTSD w ciągu całego życia w granicach 14–53% (Ford i Fournier, 2007; Neria *et al.*, 2002), a więc znacznie wyższą niż w populacji ogólnej (Kessler, 2000). Uwzględnienie diagnozy PTSD w dokumentacji medycznej jest jednak drastycznie zaniżone – w grupie 275 pacjentów z psychozą Mueser i wsp. (1998) rozpoznali PTSD u 43%, ale jedynie u 2% osób z tej grupy rozpoznanie to pojawiało się w ich dokumentacji medycznej.

Jeśli chodzi o częstość występowania PR-PTSD, to różne przeglądy wskazują na zakres 11–67% (Berry *et al.*, 2013), 11–51% (Fornells-Ambrojo *et al.*, 2016) i 14–47% (Buswell *et al.*, 2021). Tak duże różnice wynikają z odmiennych metodologii oraz zróżnicowanych grup badanych w analizowanych badaniach. Warto zwrócić uwagę, że stosując dokładniejsze metody diagnostyczne (np. wywiad kliniczny CAPS for Schizophrenia – CAPS-S), autorzy badań uzyskiwali wyniki na poziomie 37% i 38% (TARRIER *et al.*, 2007; White i Gumley, 2009). Spośród badań nad PR-PTSD tylko nieliczne dotyczą pierwszego epizodu psychozy. W swojej metaanalizie Rodrigues i Anderson (2017) szacują jego częstość na 30%, choć więcej, bo aż 42% pacjentów zgłaszało objawy PTSD, lecz nie spełniały one wszystkich kryteriów zaburzenia.

### TRUDNOŚCI W ROZPOZNAWANIU PTSD W PSYCHOZIE

Istnieje wiele powodów, dla których u pacjentów z psychozą tak rzadko rozpoznaje się PTSD. Wiążą się one

z trudnościami w zbieraniu wywiadu na temat doświadczeń urazowych, z konstrukcją kryteriów PTSD w klasyfikacjach psychiatrycznych, a także nakładaniem się objawów stresu pourazowego i objawów wytwórczych.

### Uzyskiwanie informacji o traumie

Chociaż identyfikacja urazów w historii życia pacjenta jest istotna z wielu powodów, to w praktyce napotyka się liczne trudności przy zbieraniu informacji na ten temat. Wielu profesjonalistów nie ma w tym obszarze odpowiedniego przeszkolenia, ponadto uważają, że zadawanie pytań o wydarzenia urazowe może spowodować zaostrzenie objawów psychozy (Chadwick i Billings, 2022). Profesjonaliści czasem wyrażają wątpliwości co do wiarygodności informacji dotyczących traumy podawanych przez osoby z doświadczeniem psychozy (np. ze względu na urojeniowe interpretacje wydarzeń), jednak badania wskazują, że zgłaszanie przez takie osoby nadużyć nie zmienia się w czasie i jest wiarygodne (Goodman *et al.*, 1999). Występują również bariery systemowe, takie jak niemożność poświęcenia pacjentowi wystarczającej ilości czasu, nadmierne obciążenie pracą oraz – w szerszym kontekście – dominujący model biomedyczny, który przyczynia się do pomijania znaczenia traumy w leczeniu psychozy.

Bywa również i tak, że osoby korzystające z leczenia unikają nawiązywania do urazowych doświadczeń (objaw stresu pourazowego) i same z siebie nie wspominają o traumie (Salysers *et al.*, 2004). Z drugiej strony pacjenci ci często doceniają, kiedy profesjonalści uznają wagę tych doświadczeń i zachęcają, by się nimi podzielić. Rozwiązaniem wielu trudności z uzyskaniem informacji o urazowej historii jest stosowanie kwestionariuszy samoopisowych. Istnieją przesłanki, że niektórym łatwiej jest ujawnić informacje o pewnych zdarzeniach w tej formie aniżeli w bezpośredniej rozmowie (Jansen *et al.*, 2016). Spośród narzędzi do badania traumy u osób z psychozą Childhood Trauma Questionnaire – Short Form ma największą liczbę dowodów na przydatność w tej grupie (Airey *et al.*, 2023). Zadowalającą użyteczność wykazywało także Traumatic Experiences Checklist (TEC) – narzędzie dostępne w języku polskim pod nazwą „TEC PL”. Jedynym narzędziem, które bezpośrednio eksploruje doświadczenia związane z psychozą i jej leczeniem, jest Trauma and Life Experiences checklist (TALE) (Carr *et al.*, 2018). Należy podkreślić, że na etapie badania celem nie jest szczegółowa rozmowa o doświadczeniach urazowych, która mogłaby niektórych badanych rzeczywiście destabilizować. Wstępne badanie przesiewowe pod kątem historii urazowej pozwala ukierunkować wywiad na identyfikację objawów związanych z traumą oraz sformułować adekwatny plan dalszego postępowania.

### Problemy nozologiczne

Rozpoznawanie PR-PTSD stwarza problemy związane z definicją doświadczenia urazowego jako podstawy rozpoznania

zespołu stresu pourazowego. O ile ICD-11<sup>1</sup> uwzględniła w kryteriach PTSD dość szeroki zakres różnych doświadczeń urazowych, wymieniając przy tym również chorobę somatyczną, o tyle DSM-5 jest bardziej restrykcyjne pod tym względem. W klasyfikacji tej kryterium A dla PTSD określa jako doświadczenie urazowe narażenie na śmierć lub groźbę śmierci, poważny uraz lub przemoc seksualną w co najmniej jeden spośród wymienionych sposobów: bezpośrednie doświadczenie, bycie naocznym świadkiem, uzyskanie informacji o takim doświadczeniu bliskiej osoby, duże narażenie na szczegóły doświadczenia urazowego. Nie można zatem spełnić tego kryterium w przypadku objawów PTSD spowodowanych zniekształceniem rzeczywistości (*distorted-reality PTSD*). Dla porównania, w badaniu Abdelghaffar i wsp. (2018) 42,3% osób z pierwszym epizodem psychozy spełniało wszystkie kryteria kliniczne PTSD, ale w przypadku pominięcia kryterium A odsetek ten wzrósł do 69,2%. W związku z tym Fornells-Ambrojo i wsp. (2016) proponują utworzenie w DSM dodatkowego podtypu PTSD, odnoszącego się do pacjentów, którzy nie są w stanie ocenić rzeczywistości doświadczanego zagrożenia. Tego typu PTSD związane ze zniekształceniem rzeczywistości (*distorted-reality PTSD*) może dotyczyć nie tylko osób z doświadczeniem psychozy, ale także na przykład z otępieniem.

Doświadczenia związane z psychozą nie są zwykle pojedynczym wydarzeniem, ale mają raczej przewlekły charakter i można w tym czasie zidentyfikować wiele wydarzeń o urazowym charakterze. Z tego punktu widzenia istnieją analogie między PR-PTSD a PTSD spowodowanym chorobą somatyczną. Podobnie jak w tym drugim przypadku, objawy stresu pourazowego w psychozie mogą mieć zmienne nasilenie zarówno w okresie epizodu psychozy, jak i w remisji (Kangas *et al.*, 2002). Ponadto, podobnie jak w przypadku choroby somatycznej, obraz kliniczny PR-PTSD może się różnić od obrazu PTSD związanego z pojedynczym incydentem urazowym i może zawierać mniej elementów ponownego doświadczania, zmian afektywnych i poznawczych oraz nadmiernego pobudzenia, ale zarazem cechować się podobnym nasileniem unikania (El-Gabalawy *et al.*, 2018). Według modelu PTSD związanego ze stresem spowodowanym zdrowiem somatycznym (Edmondson, 2014) intruzje związane są raczej z przyszłością i obawami o to, co się wydarzy, a nie ze wspomnieniem przeszłego wydarzenia. Natomiast pobudzenie często wiąże się z wyzwalaczami o charakterze wewnętrznym, zatem trudnym do uniknięcia. White i Gumley (2009) potwierdzili analogiczny mechanizm u osób z doświadczeniem psychozy i PR-PTSD, u których istniała silniejsza korelacja pomiędzy skalą unikania w CAPS a podskalą obaw przed nawrotem (Fear of Recurrence Scale) w porównaniu z grupą z doświadczeniem psychozy, ale bez PR-PTSD. Na tej podstawie można sądzić, że to objawy stresu pourazowego napędzają lęk przed nawrotem u osób z PR-PTSD. Objawy unikania w przypadku PTSD związanego z chorobą somatyczną mogą mieć również inną prezentację

<sup>1</sup> <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en#2070699808>.

i duże praktyczne znaczenie w leczeniu. Kronish i wsp. (2012) wskazali, że osoby z objawami sugerującymi diagnozę PTSD, które przeżyły udar mózgu, z tego powodu prawie trzy razy częściej nie stosowały przepisanych im leków niż osoby bez objawów PTSD. Można się spodziewać, że w przypadku pacjentów z PR-PTSD jest podobnie i że objaw unikania w PTSD może być elementem „zaprzeczania” i „braku wglądu” w psychozie oraz wynikającego z tego braku współpracy w leczeniu. Wiadomo, że trauma dziecięca stanowi czynnik ryzyka braku współpracy w leczeniu psychozy (Lecomte *et al.*, 2008), ale nie można stwierdzić, czy PTSD jest takim czynnikiem, chociaż istnieją dane na ten temat dla choroby dwubiegunowej (Sajatovic *et al.*, 2007).

### Nakładanie się objawów PTSD i psychozy

Jednym z powodów nierozpoznawania u pacjentów z psychozą objawów stresu pourazowego jest ich częściowe podobieństwo do objawów wytwórczych. Według kryteriów wprowadzonych przez ICD-11 postawienie diagnozy PTSD wymaga obecności doświadczenia urazowego w wywiadzie oraz spełnienia trzech kryteriów: 1) obecności objawów ponownego doświadczenia (intruzywne wspomnienia, flash-backi, koszmary senne), 2) objawów unikania oraz 3) objawów obecnego poczucia zagrożenia. Jeśli epizod psychozy był bardzo trudnym i przytłaczającym doświadczeniem, to może być on odtwarzany w formie objawów ponownego doświadczenia. Oznacza to przeżywanie elementów wspomnień epizodu psychozy tak, jakby wydarzenia te działały się ponownie w chwili obecnej. Może się tak dziać w reakcji na jakiś bodziec zewnętrzny, aktywujący to wspomnienie. Przykładowo, jeśli w psychozie pacjent słyszał głos szatana, który groził mu śmiercią, to ponowne doświadczenie oznacza żywe, choć krótkotrwałe wspomnienie głosu, które może być nieodróżnialne od pierwotnego doświadczenia. W takich sytuacjach bardzo łatwo jest myśleć klinicytom, że dana osoba prezentuje objawy wytwórcze.

Dodatkową komplikacją może być fakt, że wspomnienia traumatyczne niekoniecznie odtwarzane są jako całościowe doświadczenia, gdyż ponownemu odtwarzaniu mogą podlegać poszczególne składowe wspomnienia (np. obraz, dźwięk lub jedynie odczucia somatyczne), oderwane od kontekstu całego wydarzenia. Jest to związane z zaburzeniami kodowania w pamięci epizodycznej (Hardy, 2017). Osoba może mieć trudność ze zrozumieniem tych nietypowych doświadczeń, a zlokalizowanie w adekwatny sposób ich źródeł nie jest możliwe z powodu zaburzonej integracji informacji o kontekście danej intruzji (Steel *et al.*, 2005). Inne elementy diagnozy PTSD, które mogą dodatkowo komplikować kliniczną prezentację, to objawy obecnego poczucia zagrożenia, obejmujące nadmierną czujność, wzmożoną reakcję zaskoczenia, wybuchy gniewu. Jeśli treści doświadczeń psychotycznych wiązały się z poczuciem bycia śledzonym, to ta grupa objawów (obecnego poczucia zagrożenia) w ICD-11 promuje reakcje z poziomów emocjonalnego, fizjologicznego i behawioralnego związanych

z walką/ucieczką. Przeżywanie uczucia zagrożenia może prowadzić do wnioskowania o realnym istnieniu zagrożenia („skoro czuję się zagrożony, to znaczy, że istnieje realne zagrożenie”). W ten sposób objawy PTSD mogą napędzać objawy wytwórcze.

### ZALEŻNOŚCI MIĘDZY PTSD A PSYCHOZĄ

Zależności między PTSD a psychozą są skomplikowane. Z jednej strony psychoza może być przyczyną PR-PTSD, z drugiej zaś objawy PTSD mogą prowadzić do rozwinięcia się klinicznego zaburzenia psychotycznego albo promować pojawianie się jedynie pewnych objawów psychozy lub mieć charakterystykę nazwaną w literaturze „PTSD z wtórnymi cechami psychotycznymi” (*PTSD with secondary psychotic features*, PTSD-SP) (Compean i Hamner, 2019). PTSD-SP nie jest związany ani z większym nasileniem objawów samego stresu pourazowego, ani też z rodzajem czy ciężkością traury. Treść halucynacji przede wszystkim wiąże się z doświadczeniem urazowym, a treści urojeniowe mają głównie charakter prześladowczy. Co do zasady formalne zaburzenia myślenia, takie jak rozluźnienie związków skojarzeniowych (*loose associations*), niespójność myślenia i neologizmy, są nieobecne w obrazie PTSD-SP (Braakman *et al.*, 2009).

Morrison i wsp. (2003) wskazują również na ewentualną trudność z wyraźnym odgraniczeniem doświadczeń wynikających ze stresu pourazowego od doświadczeń psychotycznych, które mogą być jak dwie strony tego samego medalu, związane z reakcją na traumę. Potwierdzeniem tego byłaby obserwacja, że PTSD spowodowane traumą w okresie rozwojowym może przyczynić się do pojawiania się doświadczeń psychotycznych, szczególnie w adolescencji (Strelchuk *et al.*, 2022). Te psychotyczne doświadczenia rozwijają się na podłożu intruzji pofragmentowanych wspomnień pourazowych, czemu towarzyszą dysfunkcyjne mechanizmy regulacji emocjonalnej, nieprawidłowości przetwarzania pamięci epizodycznej i percepcyjnej oraz pamięci semantycznej (Hardy, 2017).

### ZŁOŻONE PTSD W PSYCHOZIE

Kwestia współwystępowania PTSD i psychozy skomplikowała się wraz z wprowadzeniem w klasyfikacji ICD-11 nowej diagnozy, tj. złożonego zespołu stresu pourazowego (*complex PTSD*, cPTSD). Rozpoznanie to podkreśla znaczenie chronicznych doświadczeń urazowych obecnych już w okresie rozwojowym i mających istotny wpływ na rozwój jednostki. Już w latach 90. XX wieku Judith Herman (1992) podkreślała odrębność tego zaburzenia od klasycznego PTSD. W późniejszych latach proponowano diagnozę DESNOS (*disorders of extreme stress not otherwise specified*), jednak nie została ona włączona do klasyfikacji DSM-IV (Pelcovitz *et al.*, 1997) i dopiero jedenasta edycja klasyfikacji ICD wprowadziła oficjalnie do użycia to rozpoznanie. Według ICD-11 do postawienia diagnozy cPTSD wymagane

jest spełnienie kryteriów PTSD i występowanie objawów zaburzeń organizacji self (*disturbance of self-organisation*, DSO). Ta druga składowa obejmuje trzy grupy objawów: 1) dysregulację afektywną, 2) negatywny obraz siebie i 3) zaburzenia w relacjach.

Jak dotąd przeprowadzono tylko jedno badanie oceniające częstość cPTSD u osób z psychozą (Panayi *et al.*, 2022). Wynika z niego, że w grupie 144 badanych aż 40% spełniało kryteria cPTSD, a jedynie 10% – kryteria PTSD. Podobne proporcje obserwowano w innych grupach klinicznych, co podkreśla dużą częstość cPTSD jako zaburzenia. Istnieją natomiast dowody na umiarkowaną korelację występowania cPTSD i psychozy w populacji ogólnej (Ho *et al.*, 2021), a analiza klas ukrytych w populacji ogólnej wykazała dwie klasy współwystępowania cech cPTSD z doświadczeniami psychotycznymi. W pierwszej z nich obok cech cPTSD występowały wszystkie badane doświadczenia psychotyczne, w drugiej – tylko niektóre z nich (Frost *et al.*, 2019). Być może fakt ten odzwierciedla istnienie jednej grupy z psychozą i cPTSD oraz drugiej z PTSD i wtórnymi cechami psychotycznymi.

## BADANIE PTSD U OSÓB Z PSYCHOZĄ

Różnicowanie objawów psychozy i stresu pourazowego może być trudne, dlatego wskazane jest stosowanie narzędzi do klinicznej oceny, obejmujących kwestionariusze samoopisu i wywiady diagnostyczne. W badaniach i w praktyce klinicznej stosuje się wiele narzędzi do badania PTSD opartych na samoopisie. Wśród osób z diagnozą z grupy schizofrenii używano narzędzi takich jak Impact of Event Scale (IES) (Creamer *et al.*, 2003) czy Posttraumatic Diagnostic Scale (PDS) (Foa *et al.*, 1997). Jedynym narzędziem przesiewowym, którego skuteczność badano u osób z psychozą, jest PTSD checklist (PCL). W oparciu o uzyskane wyniki autorzy odradzają jednak jego wykorzystanie w tej grupie (Steel *et al.*, 2017). Wskazywano na potencjalne trudności ze zrozumieniem pytań, różnicowaniem objawów związanych z PTSD od innych, w tym objawów psychozy. W szczególności dotyczy to intruzji sensorycznych, objawów dysocjacyjnych, objawów nadmiernego pobudzenia i unikania.

Z powyższych względów zastosowanie wywiadu diagnostycznego jest bardziej wiarygodne (*reliable*). Za złoty standard w diagnozowaniu PTSD uznawana jest Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS) (Fornells-Ambrojo *et al.*, 2016). Jednak u osób z doświadczeniem psychozy, z powodu ich deficytów w przetwarzaniu informacji i małej niekiedy zdolności obserwowania swoich doświadczeń oraz opisywania ich, objawy stresu pourazowego mogą być nieadekwatnie zgłaszane. Z tego względu Gearon i wsp. (2004) zaproponowali zmodyfikowaną wersję tego wywiadu – CAPS-Schizophrenia (CAPS-S), w której język jest uproszczony, a niektóre pytania mają bardziej behawioralne odniesienia. Na przykład zamiast pytania o „fizjologiczne reakcje” użyto sformułowań takich jak „szybkie bicie serca, zmienione oddychanie, bóle głowy lub brzucha”.

Rozpoznawanie cPTSD według kryteriów ICD-11 to względnie nowy obszar, a najczęściej stosowanym w tym celu narzędziem przesiewowym jest Międzynarodowy Kwestionariusz Traumatyczny (International Trauma Questionnaire, ITQ)<sup>2</sup> (Seiler *et al.*, 2023). Wywiad diagnostyczny zgodny z kryteriami ICD-11 stanowi International Trauma Interview (ITI) (Gelezelyte *et al.*, 2022). Nie znaleziono natomiast badań oceniających te narzędzia w populacji osób z psychozą.

## LECZENIE PTSD U OSÓB Z DOŚWIADCZENIEM PSYCHOZY

Według ostatniej wersji wytycznych amerykańskiego Departamentu ds. Weteranów (U.S. Department of Veterans Affairs) w leczeniu PTSD zaleca się w pierwszej kolejności stosowanie psychoterapii skoncentrowanej na traumie (*trauma-focused therapy*) (VA/DoD clinical practice guideline..., 2018). Do rekomendowanych metod należą: terapia przedłużonej ekspozycji, terapia przetwarzania poznawczego (*cognitive processing therapy*), terapia EMDR (*eye movement desensitisation and reprocessing*), krótkoterminowa terapia eklektyczna dla PTSD (*brief eclectic psychotherapy*) oraz ekspozycyjna terapia narracyjna (*narrative exposure therapy*). Brakuje jednak szczegółowych wytycznych dotyczących leczenia osób z PTSD i diagnozą zaburzeń ze spektrum schizofrenii.

W ostatnich latach pojawiają się badania kliniczne dotyczące terapii traumy u pacjentów z diagnozą PTSD i psychozą. Wynika z nich, że leczenie za pomocą terapii ekspozycji lub EMDR jest dobrze tolerowane oraz skuteczne. W badaniu van den Berga i wsp. (2015) wskutek leczenia 56,6–60% pacjentów nie spełniało już kryteriów PTSD w porównaniu z 27,9% bez takiego leczenia. Co więcej, poprawa ta utrzymywała się w 12-miesięcznym okresie obserwacji oraz przekładała na zmniejszenie nasilenia myśli prześladowczych, objawów depresyjnych oraz na większy odsetek osób wyleczonych z psychozy (van den Berg *et al.*, 2018; de Bont *et al.*, 2016).

Innym potwierdzeniem bezpieczeństwa leczenia PTSD u osób z psychozą było badanie van den Berga i wsp. (2016), w którym nie stwierdzono zaostrzeń psychozy, nasilenia halucynacji, paranoi, dysocjacji w związku z leczeniem skoncentrowanym na traumie. Zauważono natomiast większą częstość zaostrzeń i rewiktymizacji w grupie kontrolnej bez terapii traumy. Bliższe przyjrzenie się przebiegowi terapii wskazało, że u 32–46,5% pacjentów w czasie pierwszych czterech sesji (z ośmiu zaplanowanych w protokole) i pomiędzy tymi sesjami miało miejsce nasilenie objawów, jednak nie wiązało się ono z przerywaniem leczenia (Burger *et al.*, 2023).

Kolejne badania wieloośrodkowe nad terapią skoncentrowaną na traumie w psychozie są obecnie w toku (Burger *et al.*, 2022). Nie dysponujemy w tej chwili badaniami

<sup>2</sup> <https://www.traumameasuresglobal.com/itq>.

klinicznymi ukierunkowanymi konkretnie na terapię złożonego PTSD w kontekście zaburzeń ze spektrum schizofrenii, jednak jedno z toczących się właśnie wielośrodkowych badań klinicznych stresu pourazowego w psychozie, tj. badanie STAR (Study of Trauma And Recovery), ma bardziej długoterminowy charakter i adresuje w założeniu różne aspekty skutków traumy, w tym problemy z regulacją emocji, przekonania i objawy stresu pourazowego (Peters *et al.*, 2022). W badaniu tym założono również pomiary objawów cPTSD.

Autorzy nie znaleźli badań dotyczących skuteczności farmakoterapii w leczeniu objawów PTSD u osób z doświadczeniem psychozy. Co do zasady jednak w tej grupie pacjentów stosuje się leki przeciwpsychotyczne i chociaż nie są one wymieniane we wspomnianych wyżej wytycznych U.S. Department of Veterans Affairs, to istnieją dowody, że spośród leków z tej grupy kwetiapina może zmniejszać nasilenie nadmiernego pobudzenia i ponownego doświadczania (Zhang *et al.*, 2023). Z kolei wytyczne National Institute for Health and Care Excellence (NICE) dotyczące leczenia PTSD (NG116)<sup>3</sup> zalecają w przypadku nieskuteczności leków pierwszego wyboru (selektywne inhibitory zwrotnego wychwytu serotoniny, wenlafaksyna) rozważenie leków przeciwpsychotycznych, np. risperidonu. Zalecenia te nie odnoszą się jednak do osób z PTSD i psychozą. Istnieją doniesienia, że leki przeciwpsychotyczne mogą w różny sposób wpływać na objawy PTSD – zarówno je łagodzić, jak i nasilać, a także mogą oddziaływać na gotowość pacjentów do podjęcia psychoterapii PTSD (Kamitsis *et al.*, 2022).

## PODSUMOWANIE

Jak wynika z badań, objawy PTSD są częste u pacjentów z zaburzeniami z kręgu schizofrenii, a sam epizod psychozy może być ich źródłem. Identyfikowanie PTSD w tej grupie daje możliwość zastosowania adekwatnego leczenia w postaci terapii skoncentrowanej na traumie, co prowadzi do lepszych wyników leczenia. Istnieją dowody naukowe na skuteczność i bezpieczeństwo terapii przedłużonej ekspozycji i EMDR.

### Konflikt interesów

*Autorzy nie zgłaszają żadnych finansowych ani osobistych powiązań z innymi osobami lub organizacjami, które mogłyby negatywnie wpłynąć na treść publikacji oraz rościć sobie prawo do tej publikacji.*

### Wkład autorów

*Gromadzenie i/lub zestawianie danych; napisanie artykułu; krytyczne zrecenzowanie artykułu; zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu: RT, IJP.*

<sup>3</sup> <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116/chapter/Recommendations#principles-of-care>.

## Piśmiennictwo

- Abdelghaffar W, Ouali U, Jomli R *et al.*: Posttraumatic stress disorder in first-episode psychosis: prevalence and related factors. *Clin Schizophr Relat Psychoses* 2018; 12: 105–112B.
- Airey ND, Taylor CDJ, Vikram A *et al.*: Trauma measures for use with psychosis populations: a systematic review of psychometric properties using COSMIN. *Psychiatry Res* 2023; 323: 115163.
- Bailey T, Alvarez-Jimenez M, Garcia-Sanchez AM *et al.*: Childhood trauma is associated with severity of hallucinations and delusions in psychotic disorders: a systematic review and meta-analysis. *Schizophr Bull* 2018; 44: 1111–1122.
- Bendall S, Alvarez-Jimenez M, Hulbert CA *et al.*: Childhood trauma increases the risk of post-traumatic stress disorder in response to first-episode psychosis. *Aust N Z J Psychiatry* 2012; 46: 35–39.
- Bentall RP, Wickham S, Shevlin M *et al.*: Do specific early-life adversities lead to specific symptoms of psychosis? A study from the 2007 the Adult Psychiatric Morbidity Survey. *Schizophr Bull* 2012; 38: 734–740.
- van den Berg D, de Bont PAJM, van der Vleugel BM *et al.*: Long-term outcomes of trauma-focused treatment in psychosis. *Br J Psychiatry* 2018; 212: 180–182.
- van den Berg DPG, de Bont PAJM, van der Vleugel BM *et al.*: Prolonged exposure vs eye movement desensitization and reprocessing vs waiting list for posttraumatic stress disorder in patients with a psychotic disorder: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry* 2015; 72: 259–267.
- van den Berg DPG, de Bont PAJM, van der Vleugel BM *et al.*: Trauma-focused treatment in PTSD patients with psychosis: symptom exacerbation, adverse events, and revictimization. *Schizophr Bull* 2016; 42: 693–702.
- Berry K, Ford S, Jellicoe-Jones L *et al.*: PTSD symptoms associated with the experiences of psychosis and hospitalisation: a review of the literature. *Clin Psychol Rev* 2013; 33: 526–538.
- de Bont PAJM, van den Berg DPG, van der Vleugel BM *et al.*: Prolonged exposure and EMDR for PTSD v. a PTSD waiting-list condition: effects on symptoms of psychosis, depression and social functioning in patients with chronic psychotic disorders. *Psychol Med* 2016; 46: 2411–2421.
- Braakman MH, Kortmann FAM, van den Brink W: Validity of 'post-traumatic stress disorder with secondary psychotic features': a review of the evidence. *Acta Psychiatr Scand* 2009; 119: 15–24.
- Burger SR, Hardy A, van der Linden T *et al.*: The bumpy road of trauma-focused treatment: posttraumatic stress disorder symptom exacerbation in people with psychosis. *J Trauma Stress* 2023; 36: 299–309.
- Burger SR, van der Linden T, Hardy A *et al.*: Trauma-focused therapies for post-traumatic stress in psychosis: study protocol for the RE.PROCESS randomized controlled trial. *Trials* 2022; 23: 851.
- Buswell G, Haime Z, Lloyd-Evans B *et al.*: A systematic review of PTSD to the experience of psychosis: prevalence and associated factors. *BMC Psychiatry* 2021; 21: 9.
- Carr S, Hardy A, Fornells-Ambrojo M: The Trauma and Life Events (TALE) checklist: development of a tool for improving routine screening in people with psychosis. *Eur J Psychotraumatol* 2018; 9: 1512265.
- Chadwick E, Billings J: Barriers to delivering trauma-focused interventions for people with psychosis and post-traumatic stress disorder: a qualitative study of health care professionals' views. *Psychol Psychother* 2022; 95: 541–560.
- Compean E, Hamner M: Posttraumatic stress disorder with secondary psychotic features (PTSD-SP): diagnostic and treatment challenges. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2019; 88: 265–275.
- Creamer M, Bell R, Failla S: Psychometric properties of the Impact of Event Scale – revised. *Behav Res Ther* 2003; 41: 1489–1496.
- Edmondson D: An enduring somatic threat model of posttraumatic stress disorder due to acute life-threatening medical events. *Soc Personal Psychol Compass* 2014; 8: 118–134.
- El-Gabalawy R, Mota N, Sommer JL *et al.*: Prevalence of illness-induced posttraumatic stress disorder in the United States. *Psychosom Med* 2018; 80: 783–785.

- Foa EB, Cashman L, Jaycox L et al.: The validation of a self-report measure of posttraumatic stress disorder: the posttraumatic diagnostic scale. *Psychol Assess* 1997; 9: 445–451.
- Ford JD, Fournier D: Psychological trauma and post-traumatic stress disorder among women in community mental health aftercare following psychiatric intensive care. *J Psychiatr Intensive Care* 2007; 3: 27–34.
- Fornells-Ambrojo M, Gracie A, Brewin CR et al.: Narrowing the focus on the assessment of psychosis-related PTSD: a methodologically orientated systematic review. *Eur J Psychotraumatol* 2016; 7: 32095.
- Frost R, Louison Vang M, Karatzias T et al.: The distribution of psychosis, ICD-11 PTSD and complex PTSD symptoms among a trauma-exposed UK general population sample. *Psychosis* 2019; 11: 187–198.
- Gearon JS, Bellack AS, Tenhula WN: Preliminary reliability and validity of the Clinician-Administered PTSD Scale for Schizophrenia. *J Consult Clin Psychol* 2004; 72: 121–125.
- Gearon JS, Kaltman SI, Brown C et al.: Traumatic life events and PTSD among women with substance use disorders and schizophrenia. *Psychiatr Serv* 2003; 54: 523–528.
- Gelezelyte O, Roberts NP, Kvedaraitė M et al.: Validation of the International Trauma Interview (ITI) for the clinical assessment of ICD-11 posttraumatic stress disorder (PTSD) and complex PTSD (CPTSD) in a Lithuanian sample. *Eur J Psychotraumatol* 2022; 13: 2037905.
- Goodman LA, Thompson KM, Weinfurt K et al.: Reliability of reports of violent victimization and posttraumatic stress disorder among men and women with serious mental illness. *J Trauma Stress* 1999; 12: 587–599.
- Grubaugh AL, Cusack KJ, Zinzow HM: “Trumping rules” affect diagnoses of persons with severe mental illness. *Psychiatr Serv* 2008; 59: 1219–1220.
- Grubaugh AL, Zinzow HM, Paul L et al.: Trauma exposure and post-traumatic stress disorder in adults with severe mental illness: a critical review. *Clin Psychol Rev* 2011; 31: 883–899.
- Hardy A: Pathways from trauma to psychotic experiences: a theoretically informed model of posttraumatic stress in psychosis. *Front Psychol* 2017; 8: 697.
- Hassan AN, De Luca V: The effect of lifetime adversities on resistance to antipsychotic treatment in schizophrenia patients. *Schizophr Res* 2015; 161: 496–500.
- Herman JL: *Trauma and Recovery: The Aftermath of Violence – From Domestic Abuse to Political Terror*. Basic Books, New York 1992.
- Ho GWK, Hyland P, Karatzias T et al.: Traumatic life events as risk factors for psychosis and ICD-11 complex PTSD: a gender-specific examination. *Eur J Psychotraumatol* 2021; 12: 2009271.
- Jansen JE, Pedersen MB, Trauelsen AM et al.: The experience of childhood trauma and its influence on the course of illness in first-episode psychosis: a qualitative study. *J Nerv Ment Dis* 2016; 204: 210–216.
- Kamitsis I, Harms L, Bendall S: The subjective effect of antipsychotic medication on trauma-related thoughts, emotions, and physical symptoms: a qualitative study with people who have experienced childhood trauma and psychosis. *Psychol Psychother* 2022; 95: 256–276.
- Kangas M, Henry JL, Bryant RA: Posttraumatic stress disorder following cancer. A conceptual and empirical review. *Clin Psychol Rev* 2002; 22: 499–524.
- Kessler RC: Posttraumatic stress disorder: the burden to the individual and to society. *J Clin Psychiatry* 2000; 61 Suppl 5: 4–12; discussion 13–14.
- Kronish IM, Edmondson D, Li Y et al.: Post-traumatic stress disorder and medication adherence: results from the Mind Your Heart study. *J Psychiatr Res* 2012; 46: 1595–1599.
- Lecomte T, Spidel A, Leclerc C et al.: Predictors and profiles of treatment non-adherence and engagement in services problems in early psychosis. *Schizophr Res* 2008; 102: 295–302.
- Martland N, Martland R, Cullen AE et al.: Are adult stressful life events associated with psychotic relapse? A systematic review of 23 studies. *Psychol Med* 2020; 50: 2302–2316.
- Matheson SL, Shepherd AM, Pinchbeck RM et al.: Childhood adversity in schizophrenia: a systematic meta-analysis. *Psychol Med* 2013; 43: 225–238.
- Morrison AP, Frame L, Larkin W: Relationships between trauma and psychosis: a review and integration. *Br J Clin Psychol* 2003; 42: 331–353.
- Mueser KT, Goodman LB, Trumbetta SL et al.: Trauma and posttraumatic stress disorder in severe mental illness. *J Consult Clin Psychol* 1998; 66: 493–499.
- Neria Y, Bromet EJ, Sievers S et al.: Trauma exposure and posttraumatic stress disorder in psychosis: findings from a first-admission cohort. *J Consult Clin Psychol* 2002; 70: 246–251.
- Panayi P, Berry K, Sellwood W et al.: The role and clinical correlates of complex post-traumatic stress disorder in people with psychosis. *Front Psychol* 2022; 13: 791996.
- Peach N, Alvarez-Jimenez M, Cropper SJ et al.: Trauma and the content of hallucinations and post-traumatic intrusions in first-episode psychosis. *Psychol Psychother* 2021; 94 Suppl 2: 223–241.
- Pelcovitz D, van der Kolk B, Roth S et al.: Development of a criteria set and a structured interview for disorders of extreme stress (SIDES). *J Trauma Stress* 1997; 10: 3–16.
- Peters E, Hardy A, Dudley R et al.: Multisite randomised controlled trial of trauma-focused cognitive behaviour therapy for psychosis to reduce post-traumatic stress symptoms in people with co-morbid post-traumatic stress disorder and psychosis, compared to treatment as usual: study protocol for the STAR (Study of Trauma And Recovery) trial. *Trials* 2022; 23: 429.
- Resnick SG, Bond GR, Mueser KT: Trauma and posttraumatic stress disorder in people with schizophrenia. *J Abnorm Psychol* 2003; 112: 415–423.
- Rodrigues R, Anderson KK: The traumatic experience of first-episode psychosis: a systematic review and meta-analysis. *Schizophr Res* 2017; 189: 27–36.
- Sajatovic M, Valenstein M, Blow F et al.: Treatment adherence with lithium and anticonvulsant medications among patients with bipolar disorder. *Psychiatr Serv* 2007; 58: 855–863.
- Salyers MP, Evans LJ, Bond GR et al.: Barriers to assessment and treatment of posttraumatic stress disorder and other trauma-related problems in people with severe mental illness: clinician perspectives. *Community Ment Health J* 2004; 40: 17–31.
- Seiler N, Davoodi K, Keem M et al.: Assessment tools for complex post traumatic stress disorder: a systematic review. *Int J Psychiatry Clin Pract* 2023; 27: 292–300.
- Shevlin M, Houston JE, Dorahy MJ et al.: Cumulative traumas and psychosis: an analysis of the national comorbidity survey and the British Psychiatric Morbidity Survey. *Schizophr Bull* 2008; 34: 193–199.
- Stanton KJ, Denietolis B, Goodwin BJ et al.: Childhood trauma and psychosis: an updated review. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2020; 29: 115–129.
- Steel C, Doukani A, Hardy A: The PCL as a brief screen for posttraumatic stress disorder within schizophrenia. *Int J Psychiatry Clin Pract* 2017; 21: 148–150.
- Steel C, Fowler D, Holmes EA: Trauma-related intrusions and psychosis: an information processing account. *Behav Cogn Psychother* 2005; 33: 139–152.
- Strelchuk D, Hammerton G, Wiles N et al.: PTSD as a mediator of the relationship between trauma and psychotic experiences. *Psychol Med* 2022; 52: 2722–2730.
- Tarrier N, Khan S, Cater J et al.: The subjective consequences of suffering a first episode psychosis: trauma and suicide behaviour. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2007; 42: 29–35.
- Trotta A, Murray RM, Fisher HL: The impact of childhood adversity on the persistence of psychotic symptoms: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Med* 2015; 45: 2481–2498.
- VA/DoD clinical practice guideline for the management of posttraumatic stress disorder and acute stress disorder: clinician summary. *Focus (Am Psychiatr Publ)* 2018; 16: 430–448.
- Varese F, Smeets F, Drukker M et al.: Childhood adversities increase the risk of psychosis: a meta-analysis of patient-control, prospective- and cross-sectional cohort studies. *Schizophr Bull* 2012; 38: 661–671.
- White RG, Gumley AI: Postpsychotic posttraumatic stress disorder: associations with fear of recurrence and intolerance of uncertainty. *J Nerv Ment Dis* 2009; 197: 841–849.
- Zhang ZX, Liu RB, Zhang J et al.: Clinical outcomes of recommended active pharmacotherapy agents from NICE guideline for post-traumatic stress disorder: network meta-analysis. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2023; 125: 110754.