

Protokół Diagnostyczny: PTSD — darmowy fragment

Protokół diagnostyczny — materiał wspierający dla psychologów i psychiatrów

SEKCJA 1

Wprowadzenie i zasady korzystania z protokołu

1.1 Cel materiału

Ten protokół to narzędzie wspierające ustrukturyzowaną ocenę objawów zespołu stresu pourazowego (PTSD) i złożonego zespołu stresu pourazowego (cPTSD) w praktyce klinicznej. Porządkuje przebieg wywiadu diagnostycznego, podaje gotowe pytania i wskazówki interpretacyjne, karty oceny nasilenia objawów per klaster, schematy diagnozy różnicowej oraz szablony dokumentacji — konspekt hipotezy diagnostycznej, wzór skierowania i arkusz monitorowania między sesjami.

Materiał **nie jest** samodzielnym narzędziem diagnostycznym i nie zastępuje wykształcenia klinicznego, superwizji, zwalidowanych, ustandaryzowanych narzędzi pomiarowych (np. CAPS-5, PCL-5, ITQ, IES-R) ani obowiązującej dokumentacji medycznej. Pełna nota o ograniczeniach znajduje się w sekcji 14 — warto przeczytać ją przed pierwszym użyciem protokołu w pracy z klientem/pacjentem.

1.2 Dla kogo

Protokół jest przeznaczony dla psychologów i psychiatrów posiadających kompetencje do prowadzenia diagnozy klinicznej w ramach obowiązujących ich uprawnień zawodowych. Zakłada znajomość podstaw psychopatologii, zasad prowadzenia wywiadu klinicznego oraz — w przypadku pracy z osobami po doświadczeniach traumatycznych — podstawowej wiedzy o reakcjach na traumę, dysocjacji i zasadach pracy uwzględniającej bezpieczeństwo osoby badanej (trauma-informed care). Osoby w trakcie szkolenia powinny korzystać z materiału pod superwizją.

1.3 Jak zbudowany jest protokół

Poszczególne sekcje odpowiadają kolejnym etapom procesu diagnostycznego, ale nie muszą być przechodzone liniowo — doświadczony klinicysta będzie wracał między wywiadem, kartami oceny nasilenia i diagnozą różnicową w miarę napływu informacji.

Sekcja	Zawartość	Kiedy używać
2	Zestawienie kryteriów ICD-11 i DSM-5	Punkt odniesienia przed i podczas wywiadu
3	Wywiad strukturalny — pytania per klaster	Główna sesja/sesje diagnostyczne
4	Diagnoza różnicowa	Gdy obraz kliniczny jest niejednoznaczny
5	Karty oceny nasilenia objawów	Po zebraniu wywiadu, do monitorowania w czasie
6	Czynniki ryzyka i ochronne	Uzupełnienie obrazu klinicznego, planowanie leczenia
7	Winiety kliniczne	Kalibracja własnego rozumowania diagnostycznego
8	Red flags	Na każdej sesji — bezpieczeństwo ma priorytet
9	Planowanie badań uzupełniających	Gdy potrzebna jest kwantyfikacja lub potwierdzenie
10-12	Szablony: hipoteza, skierowanie, monitorowanie	Dokumentacja procesu
13	Słowniczek	Odniesienie w każdej chwili
14	Nota o ograniczeniach	Przed pierwszym użyciem

1.4 Zasady pracy z materiałem

- Pytania z sekcji 3 to **propozycje sformułowań**, nie sztywny skrypt — dopasuj język do osoby badanej, jej wieku, stanu emocjonalnego i etapu rozmowy.
- Zanim przejdziesz do szczegółowego omawiania zdarzenia traumatycznego, upewnij się, że relacja terapeutyczna i poczucie bezpieczeństwa osoby badanej są wystarczające — wywiad diagnostyczny nie powinien wywoływać wtórnej retraumatyzacji.
- Obserwuj sygnały przeciążenia (dysocjacja, silne pobudzenie, zamrożenie) i miej gotowy plan uziemienia (grounding)

— krótkie techniki sensoryczne, powrót do „tu i teraz”, przerwanie wywiadu jeśli potrzeba.

- Diagnoza PTSD/cPTSD wymaga zwykle więcej niż jednej sesji — nie należy przyspieszać procesu na siłę.
- Red flags (sekcja 8) sprawdzaj na każdej sesji, niezależnie od etapu diagnostyki.

1.5 Uwaga o superwizji

Praca diagnostyczna i terapeutyczna z osobami po doświadczeniach traumatycznych bywa obciążająca również dla klinicysty (wtórna traumatyzacja, zmęczenie współczuciem). Regularna superwizja i konsultacje z innymi specjalistami są integralną częścią bezpiecznej praktyki, nie opcjonalnym dodatkiem — szczególnie przy pracy z cPTSD, gdzie proces bywa długotrwały i emocjonalnie wymagający dla obu stron.

SEKCJA 2

Kryteria diagnostyczne ICD-11 i DSM-5 — zestawienie porównawcze

Poniższe zestawienie ma charakter orientacyjny i porządkujący. Przy formułowaniu diagnozy klinicznej i w dokumentacji medycznej zawsze odwołuj się do aktualnego, pełnego tekstu klasyfikacji (ICD-11 WHO, DSM-5-TR APA) — ten protokół nie zastępuje lektury pierwotnego źródła.

2.1 PTSD w DSM-5 — struktura klastrów objawowych

DSM-5 opisuje PTSD jako zaburzenie następujące po ekspozycji na zdarzenie traumatyczne (kryterium A), z objawami zgrupowanymi w cztery klastry. Diagnoza wymaga obecności objawów z każdego klastra, utrzymywania się ich powyżej miesiąca oraz istotnego wpływu na funkcjonowanie, po wykluczeniu innych przyczyn (np. działania substancji).

Klaster	Istota objawów	Przykładowe przejawy
A — Ekspozycja	Bezpośrednie doświadczenie, bycie świadkiem, dowiedzenie się o zdarzeniu dotyczącym bliskiej osoby, lub powtarzana ekspozycja zawodowa na szczegóły traumatycznych zdarzeń	Zagrożenie życia, poważny uraz, przemoc seksualna — doświadczone, obserwowane lub pośrednie
B — Intruzje	Mimowolne, powracające wspomnienia, sny, flashbacki, silny dyskomfort psychiczny lub reakcja fizjologiczna na przypomnienia	Nawracające obrazy zdarzenia, koszmary, poczucie "jakby się to działo znowu"
C — Unikanie	Aktywne unikanie myśli, wspomnień, uczuć lub zewnętrznych przypomnień związanych ze zdarzeniem	Unikanie miejsc, osób, rozmów, mediów przypominających o zdarzeniu
D — Negatywne zmiany poznawcze i nastroju	Trudność z przypomnieniem kluczowych elementów zdarzenia, trwale negatywne przekonania o sobie/świecie, obwinianie się, uporczywe negatywne emocje, utrata zainteresowań, wycofanie, niemożność odczuwania pozytywnych emocji	„Świat jest niebezpieczny”, „To moja wina”, anhedonia, poczucie obcości wobec innych
E — Pobudzenie i reaktywność	Drażliwość, wybuchy gniewu, zachowania ryzykowne lub autodestrukcyjne, nadmierna czujność, wzmożona reakcja startle, trudności koncentracji, zaburzenia snu	Nadmierna czujność w miejscach publicznych, trudność zasypiania, "podskakiwanie" na nieoczekiwane dźwięki

DSM-5 przewiduje dodatkowo **specyfikator dysocjacyjny** (z istotnymi objawami depersonalizacji lub derealizacji) oraz **specyfikator z opóźnioną ekspresją** (gdy pełne kryteria zostają spełnione dopiero po co najmniej sześciu miesiącach od zdarzenia).

2.2 PTSD w ICD-11 — trzy klastry rdzenne

ICD-11 przyjmuje bardziej oszczędną strukturę: PTSD definiowane jest przez trzy klastry rdzenne, z których każdy musi być reprezentowany przez co najmniej jeden wyraźny objaw, wraz z istotnym upośledzeniem funkcjonowania.

Klaster rdzenny ICD-11	Istota
Reeksperiencjonowanie w „tu i teraz”	Zdarzenie jest przeżywane na nowo nie tylko jako wspomnienie, ale jako coś dziejącego się aktualnie — z towarzyszącym silnym afektem i reakcją fizjologiczną (flashbacki, koszmary o wysokiej sile reeksperiencjonowania)
Unikanie	Unikanie myśli, wspomnień i zewnętrznych przypomnień o zdarzeniu
Poczucie aktualnego zagrożenia	Nadmierna czujność lub wzmożona reakcja przestrachu, odczuwana jako trwający stan podwyższonej gotowości na zagrożenie

ICD-11 kładzie większy nacisk na kliniczne rozpoznanie zaburzenia niż na wyczerpujące wyliczenie objawów — stąd mniejsza liczba klastrów niż w DSM-5, przy zachowaniu podobnego jądra klinicznego.

2.3 Złożone PTSD (cPTSD) — tylko w ICD-11

ICD-11 jako jedyna z obu klasyfikacji formalnie wyodrębnia złożone PTSD (cPTSD) jako rozpoznanie odrębne od PTSD — zwykle związane z długotrwałą, powtarzaną traumą, od której trudno było się wydostać (przemoc domowa, przemoc w dzieciństwie, tortury, długotrwałe uwięzienie). cPTSD obejmuje pełny obraz PTSD (trzy klastry rdzenne) oraz trzy

dodatkowe domeny zaburzeń organizacji siebie (disturbances in self-organization, DSO):

Domena DSO	Istota	Przykładowe przejawy
Zaburzenia regulacji afektu	Trudność z regulacją silnych emocji — nadmierna reaktywność emocjonalna albo odwrotnie, spływanie/zdrętwienie emocjonalne	Wybuchy złości bez wyraźnego wyzwalacza, epizody dysocjacyjnego "wyłączenia się", trudność w samouspokojeniu
Negatywny obraz siebie	Trwałe przekonania o sobie jako osobie zniszczonej, bezwartościowej, winnej temu, co się wydarzyło	Uporczywy wstyd, poczucie "bycia innym/gorszym", trudność w docenieniu własnych osiągnięć
Zaburzenia relacji	Trwała trudność w utrzymywaniu bliskości i zaangażowania w relacjach	Unikanie bliskich związków, poczucie "nie pasowania" do ludzi, cykliczne zrywanie relacji przy narastającej bliskości

DSM-5 nie wyodrębnia cPTSD jako osobnej kategorii — obraz kliniczny odpowiadający cPTSD bywa w tym systemie kodowany jako PTSD (często z nasilonymi objawami klastra D) lub, w niektórych przypadkach, rozważana bywa diagnoza współistniejąca (np. zaburzenie osobowości typu borderline) — patrz sekcja 4.

2.4 Zestawienie zbiorcze

	DSM-5 — PTSD	ICD-11 — PTSD	ICD-11 — cPTSD
Liczba kłastrów rdzennych	4 (B, C, D, E)	3	3 + 3 domeny DSO
Wymóg czasowy	> 1 miesiąc	brak sztywnego minimum, nacisk na obraz kliniczny	jak PTSD
Specyfikator dysocjacyjny	tak	brak jako specyfikator (dysocjacja opisywana klinicznie)	brak jako specyfikator
Wyodrębnia cPTSD	nie	—	tak, jako osobne rozpoznanie
Filozofia klasyfikacji	szczegółowa lista objawów	oszczędna, nastawiona na użyteczność kliniczną	jak PTSD w ICD-11

W praktyce klinicznej warto znać oba systemy — dokumentacja i orzecznictwo w Polsce częściej odwołują się do ICD, natomiast znaczna część literatury badawczej i narzędzi psychometrycznych (np. PCL-5) powstała w oparciu o kryteria DSM-5. Rozumienie różnic pozwala świadomie wybrać system klasyfikacji adekwatny do celu (diagnoza kliniczna, dokumentacja, orzecznictwo, badania) i nie gubić się przy porównywaniu wyników różnych narzędzi.

SEKCJA 3 · CZĘŚĆ 1

Wywiad diagnostyczny strukturalny

3.1 Zasady prowadzenia wywiadu

Wywiad w kierunku PTSD/cPTSD różni się od typowego wywiadu klinicznego tym, że samo zadawanie pytań może być dla osoby badanej obciążające emocjonalnie — pytania o zdarzenie traumatyczne mogą wywołać reeksperyjencjonowanie. Poniższe zasady dotyczą całego wywiadu, niezależnie od tego, którego klastra aktualnie dotyczą pytania.

- **Kolejność ma znaczenie.** Zaczynaj od pytań ogólnych o funkcjonowanie i samopoczucie, zanim przejdziesz do szczegółów zdarzenia traumatycznego. Nie musisz — i często nie powinieneś — prosić o pełny, szczegółowy opis zdarzenia przy pierwszym kontakcie.
- **Daj kontrolę osobie badanej.** Poinformuj, że może w każdej chwili przerwać, poprosić o przerwę albo powiedzieć, że nie chce w danym momencie odpowiadać na pytanie.
- **Psychoedukacja przed pytaniami trudnymi.** Krótkie wyjaśnienie, po co zadajesz dane pytania („to pomoże mi zrozumieć, jak to doświadczenie na Panią/Pana wpływa”) zmniejsza poczucie inwazyjności.
- **Obserwuj sygnały przeciążenia.** Spłycenie oddechu, "zniecieruchomienie", nagła zmiana tonu głosu, poczucie "odpłynięcia" zgłaszane przez osobę badaną — to sygnały do zwolnienia tempa, zastosowania techniki uziemienia albo przerwania wywiadu.
- **Nie naciskaj na szczegóły sensoryczne zdarzenia,** jeśli nie są klinicznie niezbędne — wystarcza zwykle ogólna charakterystyka zdarzenia (rodzaj, czas, kontekst) do oceny kryterium ekspozycji.
- **Pytania poniżej to propozycje, nie skrypt.** Dostosuj język, tempo i liczbę pytań do osoby badanej. Dziecko, osoba starsza, osoba z niepełnosprawnością intelektualną czy osoba w ostrym kryzysie wymagają innego podejścia niż przyjęty tu ogólny wzorzec dla dorosłego pacjenta/klienta.

3.2 Struktura sesji diagnostycznej — orientacyjny przebieg

Etap	Cel	Orientacyjny czas
1. Nawiązanie kontaktu i psychoedukacja	Bezpieczeństwo, wyjaśnienie celu wywiadu, zasady przerywania	10-15 min
2. Wywiad ogólny o funkcjonowaniu	Kontekst życiowy, powód zgłoszenia, dotychczasowe wsparcie	15-20 min
3. Ustalenie kryterium ekspozycji (A)	Charakter zdarzenia/zdarzeń — bez wymuszania szczegółów	10-20 min
4. Klastry objawowe B-E (DSM-5) / trzy klastry rdzenne (ICD-11)	Ocena obecności i nasilenia objawów	30-45 min, często kilka sesji
5. Domeny DSO (jeśli podejrzenie cPTSD)	Regulacja afektu, obraz siebie, relacje	20-30 min, zwykle osobna sesja
6. Czynniki ryzyka, red flags, plan dalszych działań	Bezpieczeństwo i dalsze kroki	15-20 min, na każdej sesji

Rozłożenie wywiadu na kilka sesji jest normą, nie odstępstwem od standardu — zwłaszcza przy podejrzeniu cPTSD, gdzie pełny obraz kliniczny ujawnia się często dopiero po zbudowaniu wystarczającego zaufania.

3.3 Kryterium ekspozycji (A) — ustalenie charakteru zdarzenia

Czy w swoim życiu doświadczyła Pani/doświadczył Pan sytuacji, która wiązała się z realnym zagrożeniem życia, poważnym urazem, przemocą seksualną — bezpośrednio, jako świadek, czy dowiadując się o niej wobec bliskiej osoby?

- Czy było to jedno zdarzenie, czy powtarzające się sytuacje?
- Kiedy to się wydarzyło (orientacyjnie)?
- Czy to zdarzenie/zdarzenia dotyczyły Pani/Pana bezpośrednio, czy był(a) Pan/Pani świadkiem?

Wskazówka interpretacyjna: Nie prosz o pełny, szczegółowy opis przebiegu zdarzenia na tym etapie — wystarczy ustalić rodzaj, ramowy czas i to, czy ekspozycja była jednorazowa czy powtarzana (co jest istotne przy rozważaniu cPTSD). Szczegółowy opis sensoryczny zdarzenia często nie jest konieczny do postawienia diagnozy i bywa dla osoby badanej znacząco obciążający.

NOTATKI WŁASNE

Czy zdarzenie to wiązało się z zawodową, powtarzaną ekspozycją na traumatyczne szczegóły (np. praca ratownika, funkcjonariusza, osoby przeglądającej materiały o przemocy)?

Wskazówka interpretacyjna: Istotne przy ocenie ekspozycji zawodowej — DSM-5 uwzględnia tę ścieżkę jako odrębny wariant kryterium A, częściej pomijany w standardowym wywiadzie.

NOTATKI WŁASNE

3.4 Wprowadzenie do oceny klastrów objawowych

Kolejne części tej sekcji (3.5-3.10, dostępne w pełnej wersji materiału) prowadzą przez pytania dla każdego z klastrów objawowych DSM-5 (B — intruzje, C — unikanie, D — negatywne zmiany poznawcze i nastroju, E — pobudzenie i reaktywność) oraz trzech domen zaburzeń organizacji siebie w cPTSD (regulacja afektu, obraz siebie, relacje), wraz ze wskazówkami interpretacyjnymi przy każdym pytaniu i podsumowującymi kartami oceny nasilenia w sekcji 5.

SEKCJA 3 · CZĘŚĆ 2

3.5 Klaster B — Intruzje

Mimowolne, powracające doświadczanie elementów zdarzenia traumatycznego — wspomnienia, sny, flashbacki oraz reakcje emocjonalne i fizjologiczne na przypomnienia.

Czy zdarza się, że wspomnienia tego zdarzenia wracają nagle, mimowolnie — nawet kiedy nie chce Pani/Pan o nim myśleć?

- Jak często to się dzieje?
- Co je zwykle wywołuje — konkretne miejsca, dźwięki, zapachy, rozmowy?

Wskazówka interpretacyjna: Kluczowe jest słowo „mimowolnie” — odróżnia to intruzję od świadomego, zamierzonego przypominania sobie zdarzenia (np. podczas rozmowy o nim z terapeutą), które nie jest objawem klastra B.

NOTATKI WŁASNE

Czy miewa Pani/Pan sny związane z tym zdarzeniem albo koszmary o podobnej tematyce (zagrożenie, bezradność), nawet jeśli treść snu nie jest dokładnym odtworzeniem zdarzenia?

Wskazówka interpretacyjna: Koszmary związane z traumą nie muszą wiernie odtwarzać zdarzenia — liczy się powtarzający się motyw zagrożenia, bezradności lub podobnego afektu.

NOTATKI WŁASNE

Czy zdarzało się Pani/Panu pocucie, jakby zdarzenie działa się na nowo, w chwili obecnej — nie tylko wspomnienie, ale pocucie 'bycia tam znowu' (flashback)?

- Jak długo to trwa?
- Czy w tym momencie ma Pani/Pan pocucie, gdzie faktycznie jest, czy to pocucie się zaciera?

Wskazówka interpretacyjna: Flashback to jakościowo różny objaw od zwykłego wspomnienia — obejmuje utratę (częściową lub całkowitą) poczucia „tu i teraz”. Warto rozróżnić od żywego, ale rozpoznawanego jako wspomnienie, przypomnienia.

NOTATKI WŁASNE

Czy pojawia się silny dyskomfort psychiczny (strach, smutek, wstyd, złość) w reakcji na coś, co przypomina to zdarzenie?

Wskazówka interpretacyjna: Reakcja emocjonalna może być nieproporcjonalnie silna w stosunku do samego wyzwalacza (np. dźwięk zbliżony do tego z momentu zdarzenia) — to typowy wzorec dla klastra B.

NOTATKI WŁASNE

Czy zauważa Pani/Pan reakcje fizjologiczne (przyspieszone bicie serca, pocenie się, drżenie, mdłości) w reakcji na przypomnienie zdarzenia?

Wskazówka interpretacyjna: Reakcja fizjologiczna bywa czasem jedynym uchwytym objawem, gdy osoba badana ma trudność z nazwaniem emocji (aleksytymia, dysocjacja emocjonalna) — warto pytać o ciało, nie tylko o „co Pani/Pan czuje”.

NOTATKI WŁASNE

Czy zauważa Pani/Pan, że pewne konkretne pory dnia, rocznice albo powtarzające się okazje (np. określony dzień tygodnia, miesiąc, święto) wiążą się z nasileniem tych doświadczeń?

- Czy udało się Pani/Panu zauważyć ten wzorzec samodzielnie, czy zauważa go Pani/Pan teraz po raz pierwszy?

Wskazówka interpretacyjna: Wzorce rocznicowe (anniversary reactions) bywają nierozpoznane przez samego pacjenta jako związane z traumą — warto o nie pytać wprost, szczególnie gdy w wywiadzie pojawia się niewyjaśnione, cykliczne nasilenie objawów.

NOTATKI WŁASNE

Czy zdarza się, że intruzje pojawiają się także w formie innej niż wizualna — na przykład jako nagły zapach, dźwięk czy odczucie w ciele, bez towarzyszącego obrazu?

Wskazówka interpretacyjna: Intruzje sensoryczne bywają niedoceniane, bo pacjenci najczęściej kojarzą 'wspomnienie' z obrazem — warto rozszerzyć pytanie na inne modalności sensoryczne, zwłaszcza przy traumie związanej z dotykiem lub bólem fizycznym.

NOTATKI WŁASNE

Podsumowując klaster B: kluczowe jest odróżnienie mimowolnego, intruzywnego charakteru objawów od świadomego przypominania sobie zdarzenia oraz ustalenie, w jakich modalnościach sensorycznych (obraz, dźwięk, zapach, odczucie ciała) najsilniej się przejawiają — to informacja przydatna także przy późniejszym planowaniu interwencji terapeutycznej.

SEKCJA 3 · CZĘŚĆ 3

3.6 Klaster C — Unikanie

Aktywne unikanie wewnętrznych (myśli, uczucia) i zewnętrznych (miejsca, osoby, sytuacje) przypomnień o zdarzeniu.

Czy stara się Pani/Pan unikać myślenia o tym zdarzeniu albo odczuwania emocji z nim związanych?

Wskazówka interpretacyjna: Unikanie wewnętrzne (myśli, uczucia) jest odrębnym elementem klastra C od unikania zewnętrznego (miejsca, osoby) — warto zapytać o oba.

NOTATKI WŁASNE

Czy unika Pani/Pan miejsc, osób, rozmów, przedmiotów albo sytuacji, które przypominają o tym zdarzeniu?

- Jak bardzo to ogranicza codzienne życie — pracę, relacje, codzienne czynności?

Wskazówka interpretacyjna: Warto skwantyfikować wpływ na funkcjonowanie — to jest jednocześnie element oceny klastra C i wymogu istotnego upośledzenia funkcjonowania.

NOTATKI WŁASNE

Czy zdarza się, że unika Pani/Pan mediów (wiadomości, filmów, książek) dotyczących tematów zbliżonych do zdarzenia?

Wskazówka interpretacyjna: Częsty, ale rzadziej spontanicznie zgłaszany przejaw unikania — warto dopytać wprost, bo klienci go nie zawsze łączą z traumą.

NOTATKI WŁASNE

Czy unikanie doprowadziło do znaczącego zawężenia Pani/Pana życia — miejsc, do których nie chodzi, ludzi, z którymi nie rozmawia, rzeczy, których nie robi?

Wskazówka interpretacyjna: Zawężenie życiowej przestrzeni jest jednym z najbardziej wiarygodnych wskaźników nasilenia unikania — łatwiej uchwytne niż samoocena „jak bardzo unikam”.

NOTATKI WŁASNE

Czy zdarza się, że unika Pani/Pan rozmów o samym zdarzeniu nawet z bliskimi osobami, które chciałyby o tym rozmawiać?

Wskazówka interpretacyjna: Unikanie rozmów z bliskimi bywa źle odczytywane przez otoczenie jako brak zaufania lub odpychanie — warto to zaznaczyć w dokumentacji, bo ma znaczenie dla planowania wsparcia rodzinnego/systemowego.

NOTATKI WŁASNE

Czy zauważa Pani/Pan, że unikanie z czasem się poszerza — obejmuje coraz więcej sytuacji, niż na początku?

Wskazówka interpretacyjna: Postępujące poszerzanie się zakresu unikania (tzw. generalizacja) jest wskaźnikiem narastania, nie stabilizacji obrazu klinicznego — istotne dla oceny pilności interwencji.

NOTATKI WŁASNE

Podsumowując klaster C: warto ocenić obie postaci unikania (wewnętrzną i zewnętrzną) oraz to, czy zakres unikanych sytuacji się poszerza w czasie — to razem z wpływem na funkcjonowanie jest kluczowe dla oceny nasilenia klinicznego.

SEKCJA 3 · CZĘŚĆ 4

3.7 Klaster D — Negatywne zmiany poznawcze i nastroju

Trudności pamięciowe dotyczące zdarzenia, trwałe negatywne przekonania, uporczywe negatywne emocje i wycofanie z relacji i zainteresowań.

Czy ma Pani/Pan trudność z przypomnieniem sobie ważnych elementów tego, co się wydarzyło — nie z powodu urazu głowy czy substancji, ale jakby to wyparło się z pamięci?

Wskazówka interpretacyjna: Ta amnezja dysocjacyjna różni się od zwykłego zapominania — dotyczy zwykle kluczowych fragmentów samego zdarzenia, nie ogólnej pamięci.

NOTATKI WŁASNE

Czy ma Pani/Pan trwałe, negatywne przekonania o sobie (np. „jestem zepsuty/a”, „to moja wina”), o innych ludziach (np. „nikomu nie można ufać”) albo o świecie (np. „świat jest niebezpieczny”)?

- Od kiedy te przekonania się utrzymują?
- Czy są związane konkretnie z tym zdarzeniem, czy szersze?

Wskazówka interpretacyjna: Odróżnij trwałe, uogólnione przekonania (klaster D) od realistycznej, ograniczonej czasowo oceny ryzyka po konkretnym zdarzeniu — np. uzasadniona czujność wobec konkretnej osoby, która wyrządziła krzywdę, to inna sprawa niż uogólnione „nikomu nie można ufać”.

NOTATKI WŁASNE

Czy obwinia się Pani/Pan o to, co się wydarzyło, albo o to, jak Pani/Pan zareagował(a) w tamtym momencie?

Wskazówka interpretacyjna: Samoobwinianie jest częste, zwłaszcza po przemocy interpersonalnej i wykorzystaniu — warto delikatnie zbadać, na czym opiera się to przekonanie, bez podejmowania próby jego natychmiastowego „obalenia” na etapie diagnostycznym.

NOTATKI WŁASNE

Czy od zdarzenia towarzyszy Pani/Panu uporczywy, silny negatywny stan emocjonalny — strach, przerażenie, gniew, poczucie winy, wstyd?

Wskazówka interpretacyjna: Klaster D obejmuje szerokie spektrum negatywnych emocji, nie tylko strach — warto nie ograniczać pytania tylko do strachu/lęku.

NOTATKI WŁASNE

Czy zauważa Pani/Pan wyraźny spadek zainteresowania czynnościami, które wcześniej były ważne albo przyjemne?

Wskazówka interpretacyjna: Anhedonia w PTSD bywa mylona z depresją — różnicowanie w sekcji 4. Warto ustalić, czy spadek zainteresowań pojawił się w bliskim związku czasowym ze zdarzeniem.

NOTATKI WŁASNE

Czy odczuwa Pani/Pan poczucie oddzielenia, obcości wobec innych ludzi — nawet bliskich?

Wskazówka interpretacyjna: To subiektywne poczucie dystansu emocjonalnego, niezależne od realnej dostępności bliskich osób — osoba może mieć wsparcie i mimo to czuć się od niego odcięta.

NOTATKI WŁASNE

Czy zauważa Pani/Pan trudność w odczuwaniu pozytywnych emocji — radości, satysfakcji, miłości — nawet w sytuacjach, które wcześniej by je wywoływały?

Wskazówka interpretacyjna: Ten objaw (emotional numbing) bywa najbardziej niedoceniany przez samych pacjentów, którzy zgłaszają się raczej z powodu objawów pobudzenia lub intruzji — warto pytać wprost, bo rzadko jest spontanicznie zgłaszany.

NOTATKI WŁASNE

Czy zmienił(a) się Pani/Pana ocena własnych szans na przyszłość — np. poczucie, że nie będzie Pani/Pan miał(a) kariery, relacji, długiego życia?

Wskazówka interpretacyjna: Skrócone, pesymistyczne poczucie przyszłości (foreshortened sense of future) jest odrębnym, ważnym przejawem klastra D — łatwo pomijany, jeśli pytanie jest formułowane tylko o „przekonania o sobie i świecie”.

NOTATKI WŁASNE

Czy zdarza się, że trudno Pani/Panu nazwać, co właściwie czuje w danym momencie — jakby dostęp do własnych emocji był ograniczony?

Wskazówka interpretacyjna: Warto rozróżnić to od znieczulenia emocjonalnego (brak odczuwania) — tu chodzi o trudność w rozpoznaniu/nazwaniu emocji, która może być obecna nawet przy zachowanym przeżywaniu (element bliski aleksytymii wtórnej do traumy).

NOTATKI WŁASNE

Podsumowując klaster D: to najbardziej heterogeniczny klaster objawowy — obejmuje zarówno zaburzenia pamięci, jak i przekonania, emocje oraz wycofanie. Warto przejść przez wszystkie podtypy systematycznie, bo osoba badana rzadko spontanicznie zgłasza wszystkie naraz.

SEKCJA 3 · CZĘŚĆ 5

3.8 Klaster E — Pobudzenie i reaktywność

Drażliwość, zachowania ryzykowne, nadmierna czujność, wzmożona reakcja przestachu, trudności koncentracji i zaburzenia snu.

Czy zauważa Pani/Pan u siebie drażliwość albo wybuchy gniewu, czasem nieproporcjonalne do sytuacji, które je wywołały?

- Jak reagują na to osoby wokół?
- Czy zauważa Pani/Pan to zjawisko dopiero po zdarzeniu, czy było wcześniej?

Wskazówka interpretacyjna: Ważne ustalenie chronologii — drażliwość obecna już przed zdarzeniem sugeruje inny mechanizm (np. cechę osobowości, inne zaburzenie) niż drażliwość, która pojawiła się po nim.

NOTATKI WŁASNE

Czy podejmuje Pani/Pan zachowania ryzykowne lub autodestrukcyjne, których wcześniej Pani/Pan nie podejmował(a)?

Wskazówka interpretacyjna: Może obejmować nadużywanie substancji, ryzykowną jazdę, przypadkowe kontakty seksualne bez zabezpieczenia, samouszkodzenia — zawsze pytaj wprost o samookaleczenia i myśli samobójcze (patrz sekcja 8, red flags).

NOTATKI WŁASNE

Czy czuje Pani/Pan, że musi być stale czujny/a na potencjalne zagrożenie, nawet w sytuacjach obiektywnie bezpiecznych?

- Jak to wygląda w praktyce — skanowanie otoczenia, siadanie tyłem do wyjścia, sprawdzanie zamków?

Wskazówka interpretacyjna: Nadmierna czujność (hiperwigitancja) bywa najbardziej wyczerpującym objawem — warto zapytać o konkretne zachowania, bo sama osoba badana czasem nie nazywa tego „czujnością”, tylko traktuje jako nawyk.

NOTATKI WŁASNE

Czy 'podskakuje' Pani/Pan albo reaguje gwałtownie na nieoczekiwane dźwięki, dotyk czy ruch bardziej niż inni ludzie w tej samej sytuacji?

Wskazówka interpretacyjna: Wzmożona reakcja przestachu (exaggerated startle response) jest jednym z bardziej obiektywnie obserwowalnych objawów klastra E — czasem widoczna już w gabinecie.

NOTATKI WŁASNE

Czy ma Pani/Pan trudność z koncentracją, którą łączy Pani/Pan z okresem po zdarzeniu?

Wskazówka interpretacyjna: Trudności koncentracji w PTSD często są wtórne do intruzji i pobudzenia (uwaga „zajęta” monitorowaniem zagrożenia), nie do pierwotnego zaburzenia poznawczego.

NOTATKI WŁASNE

Jak wygląda Pani/Pana sen — trudności z zasypianiem, częste wybudzania, sen niedający odpoczynku?

Wskazówka interpretacyjna: Zaburzenia snu w PTSD bywają wielowymiarowe: trudność zasypiania (z powodu pobudzenia/nadmiernej czujności), wybudzania (koszmary) i sen niedający wypoczynku nawet bez pamiętanych przebudzeń.

NOTATKI WŁASNE

Czy zauważa Pani/Pan u siebie zachowania nadmiernie ochronne wobec bliskich (np. dzieci, partnera/partnerki) — kontrolowanie, sprawdzanie, ograniczanie ich samodzielności z obawy o bezpieczeństwo?

Wskazówka interpretacyjna: Nadopiekuńczość wynikająca z pobudzenia i nadmiernej czujności bywa źle interpretowana przez rodzinę jako nadmierna kontrola — warto ją nazwać w kontekście PTSD, bo to zmienia sposób pracy nad nią.

NOTATKI WŁASNE

Czy zauważyła Pani/Pan zmiany w apetycie, wadze albo ogólnej energii, które łączy Pani/Pan z okresem po zdarzeniu?

Wskazówka interpretacyjna: Objawy somatyczne (apetyt, energia) nie są formalnym kryterium klastra E, ale często współwystępują z pobudzeniem przewlekłym i warto je odnotować przy ocenie ogólnego obrazu klinicznego oraz przy różnicowaniu z depresją (sekcja 4.4).

NOTATKI WŁASNE

Podsumowując klaster E: pobudzenie i reaktywność często najbardziej wyczerpują osobę badaną w codziennym funkcjonowaniu (sen, koncentracja, relacje) — nawet jeśli klaster B (intruzje) jest subiektywnie bardziej „dramatyczny”. Warto ocenić wpływ na funkcjonowanie zawodowe i rodzinne, nie tylko obecność poszczególnych objawów.

SEKCJA 3 · CZĘŚĆ 6

3.9 Czas trwania, funkcjonowanie i specyfikatory

Od jak dawna te objawy się utrzymują? Czy były okresy, kiedy ustępowały, a potem wracały?

Wskazówka interpretacyjna: DSM-5 wymaga utrzymywania się objawów dłużej niż miesiąc. Warto też ustalić przebieg — stały, narastający, epizodyczny — istotny dla planowania interwencji i różnicowania ze specyfikatorem opóźnionej ekspresji.

NOTATKI WŁASNE

Jak te objawy wpływają na Pani/Pana pracę, relacje, codzienne funkcjonowanie?

- Czy zmienił(a) Pan/Pani coś w swoim życiu z powodu tych objawów — pracę, mieszkanie, relacje?

Wskazówka interpretacyjna: Istotne upośledzenie funkcjonowania jest wymogiem formalnym diagnozy w obu klasyfikacjach — nie wystarczy obecność objawów, muszą one realnie zakłócać funkcjonowanie.

NOTATKI WŁASNE

Specyfikator dysocjacyjny (DSM-5)**Czy zdarza się Pani/Panu poczucie oddzielenia od własnego ciała lub myśli, jakby obserwował(a) siebie z zewnątrz (depersonalizacja), albo poczucie, że otoczenie jest nierealne, jakby przez mgłę czy sen (derealizacja)?**

Wskazówka interpretacyjna: Obecność istotnych, uporczywych objawów depersonalizacji/derealizacji uzasadnia specyfikator dysocjacyjny w DSM-5 — istotne też dla oceny bezpieczeństwa (dysocjacja może obniżać zdolność do samoochrony) i dla wyboru metody terapeutycznej.

NOTATKI WŁASNE

Specyfikator opóźnionej ekspresji

Jeśli pełny obraz kliniczny spełniający kryteria ujawnił się dopiero po co najmniej sześciu miesiącach od zdarzenia (choć pojedyncze objawy mogły być obecne wcześniej), rozważ specyfikator opóźnionej ekspresji. Warto wtedy zapytać o możliwe wyzwalacze, które „uruchomiły” pełny obraz kliniczny (np. rocznica zdarzenia, podobne zdarzenie, zmiana życiowa zmniejszająca dotychczasowe mechanizmy kompensacyjne).

SEKCJA 3 · CZĘŚĆ 7

3.10 Domeny zaburzeń organizacji siebie (DSO) — złożone PTSD

Pytania poniżej mają sens tylko wtedy, gdy potwierdzony jest już pełny obraz PTSD (trzy klastry rdzenne wg ICD-11) oraz historia długotrwałej, powtarzanej ekspozycji traumatycznej, od której trudno było się wydostać. Same domeny DSO, bez pełnego obrazu PTSD, nie uzasadniają diagnozy cPTSD.

Regulacja afektu

Czy zdarza się, że emocje 'zalewają' Panią/Pana nagle i silnie, w sposób trudny do opanowania?

Wskazówka interpretacyjna: Kluczowa jest nieproporcjonalność i trudność samoregulacji, nie samo doświadczanie silnych emocji — każdy je czasem doświadcza.

NOTATKI WŁASNE

Czy z drugiej strony zdarza się, że 'wyłącza się' Pani/Pan emocjonalnie — nie czuje nic, nawet w sytuacjach, które powinny wywołać reakcję?

Wskazówka interpretacyjna: Zaburzenia regulacji afektu w cPTSD często obejmują OBA bieguny — naprzemiennie nadmierną reaktywność i spływanie/zdrętwienie, nie tylko jeden z nich.

NOTATKI WŁASNE

Jak Pani/Pan sobie radzi, kiedy emocje stają się bardzo silne — co Pani/Pan robi, żeby się uspokoić?

Wskazówka interpretacyjna: Warto zwrócić uwagę na strategie samoregulacji — czy są adaptacyjne (np. techniki oddechowe, kontakt z bliską osobą) czy potencjalnie szkodliwe (samouszkodzenia, substancje, izolacja).

NOTATKI WŁASNE

Czy zdarzają się epizody, kiedy 'traci Pani/Pan kontakt' z otoczeniem na dłuższą chwilę — 'wyłącza się' z rozmowy, traci wątek, nie pamięta fragmentu dnia?

Wskazówka interpretacyjna: Dysocjacyjne 'wyłączenie się' różni się od typowego 'zamyślenia się' — dotyczy realnej utraty ciągłości doświadczenia, czasem z amnezją na dany fragment czasu.

NOTATKI WŁASNE

Czy zdarza się, że reaguje Pani/Pan impulsywnie w sytuacjach silnych emocji, w sposób, którego później Pani/Pan żałuje?

Wskazówka interpretacyjna: Impulsywność w reakcji na afekt to częsty przejaw zaburzeń regulacji emocji w cPTSD, odrębny od impulsywności jako trwałej cechy osobowości — warto ustalić chronologię i kontekst.

NOTATKI WŁASNE

Negatywny obraz siebie

Jak by Pani/Pan opisał(a) siebie jako osobę — jakie są główne przekonania o sobie samym/samej?

Wskazówka interpretacyjna: Otwarte pytanie pozwalające osobie badanej samodzielnie zwerbalizować obraz siebie, zanim zadasz pytania bardziej ukierunkowane.

NOTATKI WŁASNE

Czy ma Pani/Pan uporczywe poczucie bycia zniszczonym/ą, gorszym/gorszą od innych, bezwartościowym/bezwartościową?

Wskazówka interpretacyjna: To jądro negatywnego obrazu siebie w cPTSD — trwałe, uogólnione, niezależne od aktualnych osiągnięć czy pozytywnej informacji zwrotnej z otoczenia.

NOTATKI WŁASNE

Czy odczuwa Pani/Pan silny, uporczywy wstyd związany z tym, co się wydarzyło — nawet jeśli rozumie Pani/Pan racjonalnie, że nie była to Pani/Pana wina?

Wskazówka interpretacyjna: Rozdźwięk między racjonalnym rozumieniem („to nie moja wina”) a emocjonalnym poczuciem wstydu jest typowy i wart odnotowania — sam fakt jego istnienia jest diagnostycznie istotny.

NOTATKI WŁASNE

Czy trudno Pani/Panu docenić własne osiągnięcia albo przyjąć pozytywną informację zwrotną od innych?

Wskazówka interpretacyjna: Trudność w integrowaniu pozytywnych informacji o sobie ze sztywnym negatywnym obrazem siebie — częsty, subtelny przejaw tej domeny.

NOTATKI WŁASNE

Czy to poczucie o sobie jest inne niż to, jakie miał(a) Pani/Pan przed doświadczeniem traumatycznym zdarzeniem/zdarzeniami?

Wskazówka interpretacyjna: Ustalenie zmiany w czasie pomaga odróżnić negatywny obraz siebie związany z traumą od długotrwałej, niezależnej od traumy niskiej samooceny lub cech osobowości.

NOTATKI WŁASNE

Zaburzenia relacji**Jak wyglądają Pani/Pana bliskie relacje — z partnerem/partnerką, rodziną, przyjaciółmi?**

Wskazówka interpretacyjna: Pytanie otwierające temat relacji przed przejściem do bardziej ukierunkowanych pytań o trudności w bliskości.

NOTATKI WŁASNE

Czy trudno Pani/Panu pozwolić sobie na bliskość z innymi ludźmi, nawet kiedy tego chce?

- Co się dzieje, kiedy relacja staje się bliższa — co Pani/Pan czuje, jak Pani/Pan reaguje?

Wskazówka interpretacyjna: Warto rozróżnić trudność w budowaniu bliskości (np. z powodu nieufności) od trudności w jej tolerowaniu, gdy już się pojawia (np. wycofanie, sabotowanie relacji w miarę narastania zaangażowania).

NOTATKI WŁASNE

Czy ma Pani/Pan poczucie, że 'nie pasuje' do innych ludzi, że jest Pani/Pan inny/inna, odizolowany/odizolowana?

Wskazówka interpretacyjna: Poczucie fundamentalnej odmienności/izolacji, niezależne od realnej dostępności relacji, jest typowe dla tej domeny — może współistnieć z aktywnym życiem towarzyskim.

NOTATKI WŁASNE

Czy zauważa Pani/Pan powtarzający się wzorec w swoich relacjach — np. cykliczne zrywanie ich w miarę narastania bliskości, albo trudność w zaufaniu partnerowi/partnerce?

Wskazówka interpretacyjna: Powtarzalność wzorca w wielu różnych relacjach (nie jednorazowy incydent) wzmacnia hipotezę zaburzenia relacji w ramach cPTSD.

NOTATKI WŁASNE

Czy trudno Pani/Panu ufać innym ludziom, nawet tym, którzy dotychczas nie zrobili niczego, co by na to nie zasłużyli?

Wskazówka interpretacyjna: Nieufność generalizowana, wykraczająca poza osobę/osoby odpowiedzialne za traumę, jest charakterystyczna dla tej domeny — odróżnij od uzasadnionej, ograniczonej czujności wobec konkretnej osoby.

NOTATKI WŁASNE

SEKCJA 3 · CZĘŚĆ 8

3.11 Warianty pytań w zależności od typu zdarzenia traumatycznego

Charakter zdarzenia wpływa na to, które sformułowania będą bezpieczniejsze i bardziej precyzyjne. Poniżej cztery częste konteksty — każdy z kilkoma zaadaptowanymi pytaniami i uwagami specyficznymi dla danego typu ekspozycji, do stosowania obok (nie zamiast) pytań ogólnych z części 3.3-3.10.

Przemoc seksualna

Zanim przejdziemy dalej — czy jest coś, co powinienem/powinnam wiedzieć o tym, jak wygodnie/niewygodnie jest Pani/Panu rozmawiać o tym temacie, żebyśmy mogli to zrobić w sposób, który jest dla Pani/Pana bezpieczny?

Wskazówka interpretacyjna: Przy przemocy seksualnej oddanie kontroli nad tempem i zakresem rozmowy jest szczególnie istotne — ryzyko retraumatyzacji przez sam proces wywiadu jest tu wyższe niż przy wielu innych typach zdarzeń. Rozważ, czy pytania szczegółowe są w tym momencie niezbędne diagnostycznie.

NOTATKI WŁASNE

Czy zauważa Pani/Pan wpływ tego doświadczenia na obszary życia związane z bliskością, ciałem lub seksualnością?

Wskazówka interpretacyjna: Ten obszar bywa pomijany z ostrożności klinicysty — a jednocześnie jest często centralny dla obrazu klinicznego i dla planowania terapii. Zadaj pytanie otwarte, obserwuj gotowość osoby badanej do rozwinięcia tematu.

NOTATKI WŁASNE

Uwaga: reakcje samoobwiniania (klaster D) i wstydu (domena DSO) bywają szczególnie nasilone przy przemocy seksualnej — warto uważnie różnicować je od realnych okoliczności zdarzenia, bez podejmowania próby ich „odwracania” na etapie samej diagnostyki.

Wypadek komunikacyjny lub katastrofa naturalna

Czy od zdarzenia zmieniło się Pani/Pana podejście do sytuacji podobnych do tej, w której doszło do wypadku/katastrofy (np. jazda samochodem, podróże, określona pogoda)?

Wskazówka interpretacyjna: Tego typu zdarzenia częściej dają obraz bardziej „prototypowy” (patrz winieta A, sekcja 7) — jednoznaczne kryterium A, klarowny związek czasowy. Warto jednak sprawdzić ewentualny komponent winy/odpowiedzialności (np. u kierowcy, który przetrwał, a pasażer zginął) — może dawać obraz bliższy cPTSD niż by się wydawało.

NOTATKI WŁASNE

Jeśli w zdarzeniu ucierpiały lub zginęły inne osoby — jak Pani/Pan radzi sobie z tym aspektem, niezależnie od własnych obrażeń?

Wskazówka interpretacyjna: Element żalu/straty może współistnieć z PTSD (patrz różnicowanie z żałobą, sekcja 4.3) — nie traktuj automatycznie całego obrazu jako czystego PTSD, jeśli obecny jest istotny komponent żałoby.

NOTATKI WŁASNE

Przemoc rówieśnicza i cyberprzemoc

Czy przemoc, o której mówimy, miała miejsce także (albo wyłącznie) online — w mediach społecznościowych, wiadomościach, grupach?

- Czy materiały związane z tą przemocą są nadal dostępne online, czy osoba badana ma do nich dostęp/są jej pokazywane?

Wskazówka interpretacyjna: Cyberprzemoc różni się od przemocy „offline” trwałością materiału (zrzuty ekranu, posty mogą być odnawiane/udostępniane ponownie) — to utrudnia naturalne wygaszanie unikania i bywa źródłem powtarzającej się re-ekspozycji, nie tylko wspomnienia.

NOTATKI WŁASNE

Jak zareagowało otoczenie (szkoła, rodzice, rówieśnicy) na to, co się wydarzyło?

Wskazówka interpretacyjna: Reakcja otoczenia (wsparcie vs. minimalizowanie, obwinianie ofiary) jest silnym czynnikiem modyfikującym przebieg — element czynników post-traumatycznych z sekcji 6.3, szczególnie istotny u dzieci i młodzieży.

NOTATKI WŁASNE

Ekspozycja zawodowa (służby ratunkowe, medycyna, wymiar sprawiedliwości)

Czy jest Pani/Pan w stanie wskazać jedno zdarzenie, które szczególnie zapadło w pamięć, czy odczuwa Pani/Pan raczej efekt nawarstwienia wielu podobnych sytuacji w czasie?

Wskazówka interpretacyjna: Jak w winiecie E (sekcja 7) — obraz kliniczny bywa rozmyty, bez jednego zdarzenia indeksowego. Warto zapytać też o wsparcie instytucjonalne (debriefing, dostęp do konsultacji psychologicznych w miejscu pracy) jako czynnik ochronny lub jego brak jako czynnik ryzyka.

NOTATKI WŁASNE

Jak wygląda Pani/Pana relacja z samą pracą teraz — czy nadal odczuwa Pani/Pan sens/satysfakcję z niej, czy to się zmieniło?

Wskazówka interpretacyjna: Warto różnicować z wypaleniem zawodowym (sekcja 4.7-podobne rozumowanie jak przy zaburzeniu panicznym — sprawdź czy objawy są tematycznie związane z konkretnymi wspomnieniami, czy to ogólne wyczerpanie zasobów).

NOTATKI WŁASNE

MASZ PACJENTA Z...?

Protokół, szkolenia i artykuł w jednym pakiecie

Ten protokół jest częścią gotowego pakietu do pracy z konkretnym problemem klienta. Obok protokołu znajdziesz 2 szkolenia, które pogłębiają temat, i artykuł na szybki start.

→ Masz pacjenta po traumie?

cwp.edu.pl/masz-pacjenta/trauma

→ Wszystkie problemy

cwp.edu.pl/masz-pacjenta