

PTSD W OBLICZU PRZEWLEKŁEJ CHOROBY SOMATYCZNEJ NA PRZYKŁADZIE PACJENTÓW ZAKAŻONYCH WIRUSEM HIV ORAZ CIERPIĄCYCH Z POWODU CHRONICZNEGO BÓLU: PRZEGLĄD BADAŃ

Marcin Rzeszutek

Wyższa Szkoła Finansów i Zarządzania w Warszawie
University of Finance and Management in Warsaw

PTSD IN THE AFTERMATH OF CHRONIC SOMATIC ILLNESS AS THE EXAMPLE OF HIV+ AND CHRONIC PAIN PATIENTS: RESEARCH REVIEW

Summary. The aim of this article is to highlight the understudied problems from the health and clinical psychology, which is the co-occurrence of posttraumatic stress disorder (PTSD) symptoms in the aftermath of the diagnosis and the course of chronic somatic illness, as the example of HIV+ and chronic pain patients. Firstly, definitions of traumatic stressors leading to PTSD in DSM and ICD-10 were summarized. Further, research on the PTSD in HIV/AIDS and chronic pain patients were presented. Finally, controversies around the diagnosis of PTSD in somatic illness were discussed.

Key words: PTSD, HIV/AIDS, chronic pain

Wprowadzenie

W dzisiejszych czasach coraz więcej autorów podkreśla konieczność wyjścia poza tradycyjny, redukcjonistyczno-biomedyczny model rozumienia zdrowia i choroby, i postuluje potrzebę szerszej implementacji modelu biopsychospołecznego, akcentującego wielopłaszczyznowe widzenie człowieka z perspektywy fizycznej, psychospołecznej czy nawet duchowej (Heszen, Sęk, 2012). Jednym z bardzo ważnych obszarów badawczych w psychologii zdrowia i psychologii klinicznej jest proces psychologicznego przystosowania się do nieuleczalnej, przewlekłej choroby somatycznej. Diagnoza takiej choroby, jej przebieg i proces leczenia stanowi dla pacjenta nierzadko bardzo silny stres, powodując znaczące obniżenie jakości życia nie tylko na płaszczyźnie fizjologicznej, ale również psychologicznej i społecznej. Choroba tego rodzaju w szczególności stwarza ryzyko pojawienia się zaburzeń psychicznych, z których najczęściej wymienia się zaburzenia afektywne, zaburzenia lękowe, zaburzenia snu oraz zaburzenia związane z nadużywaniem substan-

Adres do korespondencji: Marcin Rzeszutek, e-mail, rzeszutek@vizja.pl

cji psychoaktywnych (de Ridder i in., 2008). Wzrasta liczba prac wskazujących na występowania objawów zaburzenia po stresie traumatycznym (PTSD) wśród chorych przewlekle, w tym przede wszystkim śmiertelnie. Jest to stosunkowo nowy, a jednocześnie bardzo kontrowersyjny nurt badań z zakresu stresu traumatycznego (Tedstone, Tarrrier, 2003; Moye, Rouse, 2014).

Zaburzenie po stresie traumatycznym zostało umieszczone w amerykańskim systemie klasyfikacji i diagnozy zaburzeń psychicznych DSM-III w 1980 roku (APA, 1980). Kryteria diagnostyczne PTSD zmieniały się wraz z pojawieniem się nowych edycji DSM (zob. APA, 1980, 1987, 1994, 2000, 2013). W ostatnio opublikowanym wydaniu DSM-V (APA, 2013) wyróżnia się cztery grupy objawów potraumatycznych, odnoszące się do nawracających wspomnień o traumie, unikania i nadmierne go wzbudzenia oraz zmian poznawczych i zmian nastroju, które powstały lub nasiliły się po przeżytym urazie. Należy mieć jednak na uwadze, że kluczowym czynnikiem dla diagnozy PTSD jest przeżycie przez jednostkę zdarzenia, które spełnia kryteria traumatycznego stresora. Kryteria te są wciąż mało precyzyjne, zatem warto poświęcić im na początku trochę uwagi.

Definicje traumatycznego stresora

Zaburzenie po stresie traumatycznym jest jedynym zaburzeniem psychicznym, do którego rozpoznania konieczne jest wykazanie zaistnienia zewnętrznego czynnika etiologicznego, jakim jest traumatyczny stresor (Lis-Turlejska, 2005). W literaturze wciąż jednak trwa intensywne dyskusja dotycząca sposobu definiowania traumatycznego stresora, jak i konsekwencji przyjęcia określonej definicji zdarzenia traumatycznego predysponującego do wystąpienia PTSD (Lis-Turlejska, 2009; Brevin i in., 2009; Zawadzki, Popiel, 2014).

Tuż po wprowadzeniu PTSD do DSM-III (APA, 1980) za wydarzenia traumatyczne (zob. kryterium „A” diagnozy PTSD) prowadzące do tego zaburzenia uznawano doświadczenia będące poza zakresem normalnych ludzkich przeżyć, takie jak na przykład wojny, tortury, katastrofy przemysłowe bądź wypadki komunikacyjne. Autorzy pierwszej definicji PTSD traktowali wyżej wspomniane zdarzenia za wyraźnie odrębne od stresorów, opisywanych w literaturze jako „stresujące zdarzenia życiowe”, takie jak rozwód, emocjonalne odrzucenie, poważna choroba itp. Wychodzili bowiem z założenia, że większość osób jest w stanie poradzić sobie ze stresem „życiowym”, natomiast w obliczu stresu traumatycznego każda jednostka ulegnie załamaniu i wykształci objawy PTSD (Lis-Turlejska, 2009). W kolejnych edycjach DSM przyjmowano jednak mniej rygorystyczne kryteria definiowania traumatycznego stresora, odchodząc od obiektywnego i „katastrofalnego” charakteru traumy na rzecz bardziej subiektywnego doświadczenia wydarzenia traumatycznego. Na przykład w zrewidowanej wersji DSM-III-R (APA, 1987) doprecyzowano sposób doświadczenia wydarzenia traumatycznego opisany w kryterium „A” poprzez zaakcentowanie możliwości nie tylko bezpośredniego przeżycia zdarzenia traumatycznego, ale również bycia jego świadkiem. W diagnozie PTSD w DSM-IV (APA, 1994) zwiększono liczbę zdarzeń, uznawanych za potencjalnie wywołujące to zaburzenie (np. niespodziewana śmierć bliskiej osoby lub uzyskanie

wiadomości o zagrażającej życiu chorobie), jak również zreformowano kryterium „A” do postaci: (A1) dana osoba przeżyła, była świadkiem lub została skonfrontowana ze zdarzeniem lub zdarzeniami związanymi z rzeczywistą śmiercią lub zagrożeniem życia bądź poważnym zranieniem, zagrożeniem fizycznej integralności własnej czy innych ludzi, (A2) reakcja tej osoby obejmowała intensywny strach, poczucie bezradności lub horroru (APA, 1994). Kryterium „A” w tym brzmieniu zostało utrzymane w diagnozie PTSD w DSM-IV-TR (APA, 2000). Dalsze badania nie wykazały jednak konieczności spełnienia kryterium A2 dla diagnozy PTSD (Friedman, Karam, 2009). Stąd też w niedawno opublikowanym DSM-V (APA, 2013), w którym, co warto zaznaczyć, PTSD nie należy już do zaburzeń lękowych, lecz zaburzeń związanych z traumą i stresem, zrezygnowano z tego kryterium przy diagnozie PTSD i skupiono się na bardziej szczegółowym opisie konfrontacji z traumatycznym stresorem. W końcu, w obowiązującej cały czas w Polsce klasyfikacji ICD-10 kryterium „A” nawiązuje do „katastroficznego” sposobu rozumienia traumatycznego stresora zawartego w DSM-III, mówiąc o „narażeniu na wydarzenie lub sytuację o cechach wyjątkowo zagrażających lub katastroficznych, które mogłyby spowodować przenikliwie odczuwane cierpienie niemal u każdego” (WHO, 1998).

Jak zauważyli Zawadzki i Popiel (2014), rozumienie istoty traumatycznego stresora nadal nie jest do końca jasne i precyzyjne, bowiem liczni autorzy nie mogą dojść do porozumienia w dwóch fundamentalnych kwestiach: zdefiniowanie stresora przez obiektywny opis *vs.* przez subiektywną reakcję oraz obecność określonego stresora jako niezbędnego kryterium *vs.* jako czynnika ryzyka dla rozpoznania zaburzenia. Wyżej cytowani autorzy proponują również stosowanie odrębnych polskich tłumaczeń terminu PTSD w zależności od przyjmowanych kryteriów klasyfikacyjnych. I tak, dla kryteriów postulowanych przez DSM sugerują posługiwanie się określeniem „zaburzenie po stresie traumatycznym” (tzn., że stres był traumatyczny, a po nim pojawiło się zaburzenie), zaś w stosunku do klasyfikacji ICD bardziej odpowiednim tłumaczeniem według tych badaczy byłoby „pourazowe zaburzenie stresowe” (tzn. po traumie pojawia się zaburzenie cechujące się objawami typowymi dla ciągłego stresu). Ponieważ w pracy tej bazuje się na kryteriach PTSD postulowanych przez kolejne edycje DSM, obecne będzie pierwsze tłumaczenie tego terminu.

Przewlekła choroba somatyczna a PTSD

W obliczu problemów z ustaleniem jednoznacznej definicji traumatycznego stresora, jak i rozszerzania zakresu zdarzeń mogących prowadzić do PTSD, coraz więcej stresorów doświadczanych przez jednostkę jest traktowanych jako potencjalnie traumatogenne (Lis-Turlejska, 2009). Jednym z nich może być uzyskanie diagnozy przewlekłej, nieuleczalnej choroby somatycznej, pociągającej za sobą stresujące procedury diagnostyczne, bolesne leczenie, połączone nierzadko z wieloma efektami ubocznymi oraz upośledzenie funkcjonowania psychospołecznego (Tedstone, Tarrier, 2003; Baum, Mundy, 2004; Moye, Rouse, 2014). Zagrażająca życiu choroba jako doświadczenie, które może się przyczynić do rozwoju objawów potraumatycznych została włączona do diagnozy PTSD już w 1994 roku (DSM-IV).

Od tego czasu coraz więcej autorów uwypukla występowanie symptomów PTSD w następstwie doświadczenia potencjalnie terminalnych schorzeń somatycznych, takich jak choroby nowotworowe (Kangas, Henry, Bryant, 2005), choroby kardiologiczne (Ayers, Copland, Dunmore, 2009) oraz zakażenie wirusem HIV (Theuninck, Lake, Gibson, 2010; Rzeszutek, Oniszczenko, Firląg-Burkacka, 2012; Rzeszutek i in., 2015). Na uwagę zasługuje jednak fakt, że wciąż rozszerza się lista chorób mogących indukować objawy potraumatyczne również o schorzenia niebędące bezpośrednio powiązane z zagrożeniem życia, a wiążące się z przewlekłym, bolesnym i upośledzającym przebiegiem. Obecność objawów PTSD zauważono szczególnie wśród ludzi doświadczających przewlekłego bólu (zob. np. Sharp, Harvey, 2001; Asmundson i in., 2002; Asmundson, 2014), definiowanego jako ból trwający dłużej niż trzy miesiące, utrzymujący się mimo wygojenia się tkanek organizmu oraz wyróżniający się uporczywością i wymagający stałego leczenia (IASP, 1994). Współwystępowanie symptomów potraumatycznych i przewlekłego bólu odnotowano wśród pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów (Boscarino, Forsberg, Goldberg, 2010), osób chorych na fibromialgię (Häuser i in., 2013) oraz osób z przewlekłym bólem kręgosłupa (Guez i in., 2006). W pracy tej dokonano przeglądu badań dotyczących występowania objawów PTSD wśród osób zakażonych wirusem HIV oraz cierpiących z powodu przewlekłego bólu.

Zakażenie wirusem HIV a PTSD

Z uwagi na bardzo intensywne postępy w leczeniu antyretrowirusowym, jakie miały miejsce w ostatniej dekadzie, infekcja HIV postrzegana jest w coraz większym stopniu jako choroba przewlekła niż śmiertelna (Deeks, Lewin, Havlir, 2013). Mimo to zakażenie wirusem HIV oraz jego przebieg wiąże się z bardzo silnym stresem psychologicznym mogącym wywołać wiele zaburzeń psychicznych, takich jak depresja (Leserman, 2008), nadużywanie substancji psychoaktywnych (Chawarski, Mazan, Schottenfeld, 2006), zaburzenie lękowe uogólnione (Olley i in., 2003) oraz zaburzenie po stresie traumatycznym (PTSD; Martin, Kagee, 2011; Rzeszutek, Oniszczenko, Firląg-Burkacka, 2012; Rzeszutek i in., 2015). To ostatnie zaburzenie, którego częstość występowania wśród zakażonych HIV w wielu badaniach przekracza nawet 25% (zob. np. Olley i in., 2005), łączone jest z takimi czynnikami traumatyzującymi, jak uzyskanie diagnozy obecności potencjalnie śmiertelnego wirusa w organizmie (Delahanty, Bogart, Figler, 2004), nieprzewidywalny przebieg infekcji HIV oraz ciągła świadomość ryzyka przedwczesnej śmierci (Theuninck, Lake, Gibson, 2010), jak i wciąż utrzymująca się silna stygmatyzacja społeczna wobec osób HIV+ oraz HIV/AIDS, naruszająca ich dotychczasowy status społeczny (Breet, Kagee, Seedat, 2014). Poniżej omówiono w sposób bardziej szczegółowy badania wskazujące na traumatyczny charakter infekcji HIV.

Liczni autorzy podkreślają, że zakomunikowanie pozytywnego wyniku testu na HIV może wiązać się z istotnym ryzykiem samobójstwa (Gali, Naaya, Adamus, 2004; Cooperman, Simoni, 2005; Komiti i in., 2011). W szczególności wykazano, że myśl o ewentualności zakażenia, motywująca osoby do wykonania testu na HIV, jednocześnie wpływa na znaczące pogorszenie nastroju, jak też powoduje pobu-

dzenie psychomotoryczne, które to czynniki składają się na syndrom presuicydalny. W sytuacji otrzymania wiadomości o byciu seropozytywnym nawet nieznaczny spadek samopoczucia psychicznego bądź drobne niepowodzenie życiowe mogą spowodować podjęcie próby samobójczej. Dodatkowo wykonanie takiego testu często bywa sposobem udowodnienia najbliższemu swojej porażki życiowej i tym samym usprawiedliwieniem decyzji targnięcia się na własne życie (Nawrocki, 2000).

Symptomy potraumatyczne u nosicieli HIV wiążą się również z samym przebiegiem choroby oraz procesem leczenia (Vranceanu i in., 2008; Keuroghlian i in., 2011). Towarzysząca nosicielom wirusa HIV świadomość ryzyka zagrożenia życia, w tym przede wszystkim lęk przed śmiercią mogą indukować wiele objawów psychopatologicznych, w tym i PTSD (Safren, Gershuny, Hendriksen, 2003; Katz, Nevid, 2005). Wskazuje się, że symptomy PTSD występują wśród tej grupy chorych zazwyczaj w dwóch momentach: zaraz po uzyskaniu wiadomości o zdiagnozowaniu obecności HIV w organizmie oraz przy przejściu infekcji z fazy bezobjawowej do objawowej, gdy widoczne są pierwsze objawy chorób wskaźnikowych (Boarts i in., 2006). Najbardziej jednak znamiennej cechą przebiegu zakażenia HIV, która wiąże się istotnie z poziomem objawów potraumatycznych w tej populacji, jest wysoki stopień nieprzewidywalności przebiegu tego schorzenia (Martinez i in., 2002). Mimo że zgromadzono już dużą wiedzę na temat rozwoju infekcji HIV i jej leczenia, to jednak nosiciele tego wirusa nigdy nie wiedzą dokładnie, na jakie choroby będą chorować (infekcyjne, nowotworowe, degeneracyjne bądź inne), które organy zostaną zaatakowane przez te choroby (mózg, serce, płuca czy skóra), jak długo pozostaną w fazie bezobjawowej oraz, po prostu, ile czasu będą jeszcze żyć (Chernoff, 2007). Taki stan ciągłej niepewności oraz świadomość niemożności całkowitego wyleczenia choroby mogą wywołać poczucie beznadziejności, głęboki smutek, odrętwienie uczuciowe, jak również ryzyko myśli i prób samobójczych (Stynes, 1998). Dodatkowo dochodzi do tego wyczerpujące leczenie, okupione nierzadko uciążliwymi objawami ubocznymi (Barber, Hughes, Dinsmore, 2008).

Kolejnym czynnikiem, mogącym wpływać negatywnie na stan psychologiczny osób seropozytywnych są procesy somatyczne związane z zakażeniem HIV (Łojek, 2001). Warto podkreślić fakt, że problemy emocjonalne u nosicieli HIV mogą zostać wywołane przez samą świadomość obecności wirusa w organizmie, nawet jeśli niewidoczne są jakiegokolwiek symptomy fizyczne infekcji. Wskazując na organiczne podłoże zaburzeń psychicznych u osób seropozytywnych, uwypukla się wpływ procesów neurodegeneracyjnych w mózgu na zaburzenia czynnościowe, np. spośród somatycznych przejawów depresji w infekcji HIV najczęstsze są poczucie zmęczenia oraz zaburzenia snu (O'Dell, Meighen, Riggs, 1996). Nie można też zapominać o związku stanu psychicznego z immunologicznym oraz z rozwojem infekcji HIV. Niektóre badania wskazują, że ciągły, negatywny stan emocjonalny oraz życiowe stresory związane z szybszym rozwojem infekcji HIV należą do ważnych predyktorów negatywnych zmian immunologicznych (Boarts i in., 2006).

W końcu, bycie nosicielem wirusa HIV wiąże się z licznymi problemami natury społecznej (Gonzalez i in., 2009; Bogart i in., 2011; Breet, Kagee, Seedat, 2014).

Problemy te są w dużej mierze spowodowane przez wiele przejawów stygmatyzacji i dyskryminacji osób zakażonych HIV, naruszających w dużym stopniu ich dotychczasowy status społeczny. Choć ujawnienie infekcji HIV może spowodować uzyskanie wsparcia społecznego, to jednak znacznie częściej skutkuje odrzuceniem osoby zakażonej, szczególnie przy większej liczbie objawów wirusa (Chin, Kroesen, 1999; Emler, 2006). Wiadomość o zakażeniu HIV nawet w najbliższej rodzinie chętnie wzbudza najczęściej szok i uczucie przerażenia, powoduje uczucie wstydu przed dalszą rodziną i sąsiadami, co w skrajnych przypadkach prowadzi nawet do izolacji czy wręcz wykluczenia nosiciela HIV z grona bliskich (Li i in., 2008; Ssali, Atuyambe, Tumwine, 2010). Nosiciele HIV są też bardzo często ofiarą przemocy domowej (głównie emocjonalnej, fizycznej i seksualnej), co dotyczy szczególnie seropozytywnych kobiet, ale też występuje u zakażonych HIV homoseksualnych i biseksualnych mężczyzn (Siemieniuk i in., 2010).

Wyżej wymienione, urazowe czynniki, wynikające ze świadomości ryzyka zagrożenia życia, uciążliwego oraz nieprzewidywalnego przebiegu infekcji HIV oraz intensywnej dyskryminacji społecznej, powodują doświadczenie specjalnej, indywidualno-subiektywnej traumy, która różni się od konceptualizacji traumatycznego stresora jako czynnika obiektywnego i działającego w przeszłości (zob. APA, 1994, 2013; WHO, 1998). Kontrowersje związane z diagnozą zaburzenia po stresie traumatycznym wśród pacjentów HIV/AIDS zostaną przedstawione w dalszej części tej pracy.

Ból przewlekły a PTSD

Międzynarodowe Towarzystwo Badania Bólu (*International Association for the Study of Pain, IASP*) definiuje pojęcie bólu jako subiektywnie przykre wrażenie zmysłowe i emocjonalne, powstające pod wpływem bodźców uszkadzających tkanki organizmu lub zagrażających ich uszkodzeniem (IASP, 1994). Najczęściej występującą postacią bólu jest ból ostry, pełniący funkcję ostrzegawczo-ochronną i będący doświadczeniem każdego człowieka w jakimś momencie jego życia. O bólu przewlekłym mówi się wtedy, gdy objawy bólowe trwają dłużej niż trzy miesiące, utrzymują się mimo wygojenia się tkanek organizmu, wyróżniają się uporczywością i nawrotowością oraz wymagają stałego leczenia (IASP, 1994). Według danych epidemiologicznych częstość występowania przewlekłego bólu w populacji ogólnej waha się od 11,0% do 64,0% (Landmark i in., 2012). Johannes i współpracownicy (2010) odnotowali, że 30,7% populacji ogólnej USA zmaga się z jakąś formą bólu przewlekłego. W Europie najwyższy odsetek osób cierpiących na ból przewlekły występuje w Norwegii (30,0%) i w Polsce (27,0%), podczas gdy najrzadziej z bólem przewlekłym mają do czynienia mieszkańcy Wielkiej Brytanii (13,0%) oraz Irlandii (13,0%) (Leadley i in., 2012). Wśród najczęstszych zespołów bólu przewlekłego wymienia się bóle głowy (np. migrena, pourazowe bóle głowy), bóle twarzy (np. nerwobóle twarzy, zespół piekących ust), neuropatyczne zespoły bólowe (np. półpasiec, neuropatie obwodowe), zespoły bólowe narządu ruchu (np. różne formy zapalenia stawów, fibromialgia, bóle kręgosłupa) oraz bóle nowotworowe (Stępień, 2004).

Leczenie przewlekłego bólu jest o wiele bardziej skomplikowane w porównaniu z leczeniem bólu ostrego, bowiem w wielu przypadkach chronicznego bólu choroba lub uszkodzenie ciała, które mogłyby ten ból wyjaśnić, nie mogą zostać zdiagnozowane (Woolf, 2004). W innych sytuacjach ból, jakiego doświadcza pacjent, nie daje się wytłumaczyć przeszłym bądź aktualnym urazem lub stanem chorobowym. Nawet jeśli przyczyny niektórych zespołów przewlekłego bólu są możliwe do zdiagnozowania, to nie można ich w pełni wyleczyć, a współczesna medycyna może jedynie łagodzić ich objawy (Stępień, 2004).

Podobnie jak osoby zakażone wirusem HIV, ludzie zmagający się z przewlekłym bólem doświadczają bardzo silnego dystresu psychologicznego, wynikającego nie tylko z wszechogarniającego bólu, ale też z postępującej niesprawności, znacznego obniżenia jakości życia, jak również istniejącego w niektórych przypadkach zespołów przewlekłego bólu (np. reumatoidalnego zapalenia stawów), ryzyka przedwczesnego zgonu (Lame, Peters, Vlaeyen, 2005; Helmick i in., 2008). Czynniki te są odpowiedzialne za występowanie wielu zaburzeń psychicznych wśród tych chorych, u których najczęściej wymienia się zaburzenia snu i zaburzenia lękowe (Van't Land i in., 2010), depresję (Nicassio i in., 2012) oraz zaburzenie po stresie traumatycznym (Glynn i in., 2007; Norman i in., 2008; Asmundson, 2014).

Pierwszymi autorami, którzy podjęli temat wzajemnej relacji łączącej ból przewlekły i PTSD byli Sharp i Harvey (2001). Badacze ci zauważyli, że od 20% do 80% zbadanych pacjentów cierpiących na PTSD doświadczało jednocześnie jakiejś formy przewlekłego bólu, z kolei zaś od 10% do 50% osób z bólem przewlekłym spełniało kryteria diagnostyczne dla zaburzenia po stresie traumatycznym w DSM-IV (APA, 1994). Skłoniło to tych autorów do skonstruowania modelu wzajemnego utrzymywania się (ang. *mutual maintenance model*) chronicznego bólu i PTSD, który uwypukla mechanizmy psychologiczne wspólne dla obu tych schorzeń i jednocześnie je utrzymujące, takie jak występowanie zniekształceń uwagi (ang. *attentional biases*), skłonność do katastrofizacji, ograniczone zasoby poznawcze (ang. *restrained cognitive resources*) oraz unikający styl radzenia sobie ze stresem. Mechanizmy te, oprócz wywoływania stanu chronicznego, wewnętrznego pobudzenia są odpowiedzialne za mylną interpretację bodźców płynących z otoczenia i/lub z ciała jako indukujących, odpowiednio, wspomnienia o traumie (w przypadku PTSD) lub początek ataku przewlekłego bólu. Powodują też wzrastającą izolację społeczną wśród takich pacjentów, co dodatkowo wzmacnia u nich przekonanie o braku kontroli nad własnym życiem, opanowanym przez, odpowiednio, ból lub objawy potraumatyczne.

Ból przewlekły jest jednym z najczęstszych problemów zdrowotnych wśród osób, które przeżyły traumę oraz cierpią na PTSD (Kendall-Tackett, 2001). Z jednej strony odnotowano, że zdarzenia traumatyczne z dzieciństwa mogą pośrednio predysponować człowieka do różnych, chronicznych dolegliwości bólowych w dorosłości, co zaobserwowano w przypadku osób z reumatoidalnym zapaleniem stawów (Spitzer i in., 2013). Z drugiej strony traumatyczne wydarzenia doświadczone w dorosłym życiu mogą bezpośrednio przyczynić się do pojawienia się chronicznego bólu, o czym świadczą badania nad weteranami wojny w Wietnamie (Beckham i in., 1997) oraz ocalałymi po katastrofach naturalnych (Leythan, Powel, 2012).

Niektóre prace wykazały, że ekspozycja na traumę i PTSD może powodować nadmierną syntetyzację układu nerwowego oraz chroniczne zmiany w układzie hormonalnym, w tym głównie zjawisko hiperkortyzolizmu, związane z ryzykiem wielu chorób przewlekłych, jak na przykład nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, osteoporoza czy reumatoidalne zapalenie stawów (Heim, Ehler, Hellhammer, 2000; Masi i in., 2005). Dodatkowo inni autorzy udowodnili związek pomiędzy długim utrzymywaniem się objawów PTSD a ryzykiem wykształcenia się niektórych chorób autoimmunologicznych (Boscarino, 2004). Boscarino, Forsberg i Goldberg (2010), badając grupę weteranów wojny w Wietnamie cierpiących jednocześnie na PTSD oraz reumatoidalne zapalenie stawów odnotowali wśród nich istotny poziom deregulacji w układzie neuroendokrynologicznym spowodowany przez objawy PTSD i powiązali go z pojawieniem się późniejszych zmian zapalnych w stawach.

W obliczu ciągłych trudności współczesnej medycyny w zakresie całkowitego wyleczenia chronicznego bólu, wzrasta znaczenie czynników psychospołecznych w roli determinantów przewlekłego bólu. Niemniej jednak, podobnie jak w przypadku infekcji HIV, powyższa tematyka wywołuje wiele kontrowersji w literaturze przedmiotu dotyczącej stresu traumatycznego i PTSD. Ostatni rozdział niniejszej pracy poświęcony zostanie przedstawianiu uwag krytycznych kierowanych w stronę badań nad PTSD w obliczu choroby somatycznej, zarówno prowadzonych wśród pacjentów zakażonych wirusem HIV, jak i cierpiących z powodu przewlekłego bólu.

Kontrowersje wokół diagnozy PTSD w obliczu przewlekłej choroby somatycznej

O ile uzyskanie diagnozy o byciu zakażonym HIV może być oczywiście traktowane jako rodzaj traumy związanej z zagrożeniem życia, to jednak wątpliwości pojawiają się już przy próbie zdefiniowania tego, co stanowi istotę traumatycznego stresora według kryteriów DSM, z którym chory się konfrontuje i którego konsekwencją może być PTSD. Zarówno w DSM-IV (APA, 1994), jak i w obecnym DSM-V (APA, 2013) zmierza się do zobiektywizowania tego zdarzenia jako czynnika zewnętrznego od jednostki i działającego w przeszłości. Tymczasem w przypadku zakażonych HIV utrudniony jest nie tylko obiektywny pomiar ekspozycji na traumę, ale też dokładne stwierdzenie, czy faktycznie owym traumatycznym stresorem jest sam fakt zakażenia potencjalnie śmiertelnym wirusem, konfrontacja z zagrażającą życiu chorobą następującą po uzyskaniu informacji o zakażeniu bądź też wystąpienie fazy AIDS (Bakelaar i in., 2011). PTSD ponadto jest formą reakcji na zdarzenia traumatyczne działające w przeszłości i tego dotyczą objawy tego zaburzenia. Znaczna część czynników traumatycznych natomiast, których doświadczają zakażeni HIV dotyczy teraźniejszości czy przyszłości (np. obawy o pojawienie się fazy AIDS, lęk przed osieroceniem swojej rodziny), stąd też pojawia się trudność w jednoznacznym określeniu, co mogłoby być przedmiotem objawów PTSD w HIV/AIDS (Kagee, 2008). Co więcej, większość badań poświęconych PTSD wśród nosicieli HIV koncentruje się jedynie na samoopisowych technikach pomiaru PTSD,

a techniki takie często są wrażliwe na różne objawy ogólnego dystresu emocjonalnego (zob. np. Renshaw i in., 2011), przez co wysokie wskaźniki PTSD wśród zakażonych HIV uzyskane tą metodą pomiaru wcale nie muszą świadczyć o klinicznym nasileniu tego zaburzenia. Niewiele w końcu wiadomo na temat wpływu przebiegu infekcji HIV jako czynnika traumatyzującego. Jest o tyle istotne, bowiem wśród tej grupy chorych dochodzi często do zmian w układzie organicznym, które skutkują pojawieniem się zaburzeń psychicznych o objawach zbliżonych do PTSD (np. demencja HIV; Cohen i in., 2010). Pojawia się zatem problem diagnozy różnicowej i odróżnienia symptomów wywołanych zmianami organicznymi a tymi, które są spowodowane przez związany z infekcją HIV traumatyczny stres.

W przypadku osób cierpiących z powodu przewlekłego bólu trudność w ustaleniu traumatycznego stresora jest jeszcze większa, bowiem schorzenia, którym taki ból towarzyszy z reguły, choć nie zawsze (zob. np. reumatoidalne zapalenia stawów; Helmick i in., 2008) nie wiążą się z zagrożeniem życia, a jedynie charakteryzują się bolesnym i upośledzającym przebiegiem. Tym samym w przypadku takich pacjentów istnieją jeszcze większe problemy ze znalezieniem konkretnego czynnika urazowego, mogącego predysponować do pojawienia się PTSD (Asmundson i in., 2002). Dodatkowo wielu autorów poprzestaje jedynie na wykazaniu współwystępowania objawów PTSD i przewlekłego bólu, nie mogąc jednoznacznie stwierdzić zależności przyczynowo-skutkowej między tymi dwoma zaburzeniami (Moeller-Bertram, Keltner, Strigo, 2012). Innymi słowy, nadal nie jest do końca jasne, czy objawy potraumatyczne wśród osób z przewlekłym bólem poprzedzają pojawienie się dolegliwości bólowych, mając swoje źródło we wcześniejszych doświadczeniach traumatycznych pacjenta czy też zostały wywołane przez bolesny i upośledzający przebieg obecnej choroby. Obraz zależności między bólem przewlekłym a PTSD komplikuje również fakt, że najnowsze doniesienia w literaturze przedmiotu (zob. np. Boscarino, Forsberg, Goldberg, 2010) wskazują, że długo utrzymujące się objawy zaburzenia po stresie traumatycznym same w sobie mogą nieść ryzyko pojawienia się wielu chorób somatycznych, w tym również tych z towarzyszącym bólem przewlekłym (np. reumatoidalne zapalenie stawów). Wyżej nakreślone niejasności natury konceptualizacyjnej są w części pochodną problemów metodologicznych, tj. dominującego, poprzecznego schematu badawczego oraz stosowanych samoopisowych metod pomiaru, które, podobnie jak w przypadku badań nad zakażonymi HIV, mogą być wrażliwe na ogólne symptomy dystresu psychologicznego, przez co nie do końca trafnie i rzetelnie mierzyć rzeczywiście PTSD wśród pacjentów z chronicznym bólem (Bosco i in., 2013). W dodatku, wiele objawów doświadczanych przez pacjentów z chronicznym bólem (np. trudności ze snem i koncentracją, nadmierne pobudzenie psychofizyczne) pokrywa się z symptomami PTSD, a obecnie nie ma oddzielnych narzędzi, które różnicowałyby tę diagnozę tych dwóch zaburzeń (Beck, Clapp, 2011).

Podsumowanie

Zaprezentowany w tej pracy przegląd badań dotyczących występowania zaburzenia po stresie traumatycznym wśród pacjentów zmagających się z przewlekłą chorobą somatyczną miał na celu zwrócenie uwagi na rolę specyficznych czynników psychologicznych w przebiegu takich chorób somatycznych. Wzrastająca liczba prac wskazujących na występowanie objawów PTSD u osób zakażonych wirusem HIV oraz cierpiących z powodu przewlekłego bólu sugeruje potrzebę badań przesiewowych wśród tych grup pacjentów w kontekście diagnozy stresu traumatycznego. Jeśli świadomość personelu medycznego na temat ryzyka występowania zaburzeń psychicznych (np. depresji) wśród osób z HIV oraz doświadczających objawów bólowych jest coraz większa, to jednak wiedza na temat znaczenia objawów potraumatycznych w przebiegu tych schorzeń medycznych jest wciąż bardzo mała, jeśli nie zerowa. Tymczasem, jak starano się w tej pracy wykazać, diagnoza niniejszych chorób oraz ich stresujący przebieg, proces leczenia oraz jego skutki mogą być postrzegane przez niektórych pacjentów jako stresor traumatyczny o charakterze przewlekłym i powtarzającym się.

Chociaż problematyka PTSD w obliczu nieuleczalnej choroby somatycznej wywołuje bardzo wiele kontrowersji, których część zaprezentowano na przykładzie pacjentów HIV/AIDS oraz cierpiących z powodu przewlekłego bólu, to jednak badania nad powyższym tematem mogą okazać się cennym źródłem wiedzy na temat funkcjonowania psychicznego chorych cierpiących przewlekłe, pozwalającym na wyodrębnienie czynników umożliwiających nie tylko zwiększenie jakości ich życia, ale również przyczyniających się do wypracowania bardziej efektywnych metod pomocy psychologicznej dla takich grup pacjentów.

Literatura cytowana

- APA – American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3rd ed.)*. Washington DC: Author.
- APA – American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3rd ed. - Text Revision)*. Washington DC: Author.
- APA – American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed.)*. Washington DC: Author.
- APA – American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed. – Text Revision)*. Washington DC: Author.
- APA – American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.)*. Washington DC: Author.
- Asmundson, G. (2014). The emotional and physical pains of trauma: contemporary and innovative approaches for treating co-occurring PTSD in chronic pain. *Depression & Anxiety*, 31, 717-720.
- Asmundson, G., Coons, M., Taylor, S., Katz, J. (2002). PTSD and the experience of pain: research and clinical implications of shared vulnerability and mutual maintenance models. *Canadian Journal of Psychiatry*, 46, 930-937.

- Ayers, S., Copland, C., Dunmore, E. (2009). A preliminary study of negative appraisals and dysfunctional coping strategies associated with post-traumatic stress disorder symptoms following myocardial infarction. *British Journal of Health Psychology*, 14, 459-471.
- Bakelaar, S., Rosenstein, D., Kagee, A., Seedat, S. (2011). HIV as an index stressor for PTSD: challenges and pitfalls in applying DSM criteria. *African Journal of Psychiatry*, 14, 259-261.
- Barber, T., Hughes, A., Dinsmore, W. (2008). Effect of HAART on incident cancer and noncancer AIDS events among male HIV seroconverters. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 48, 485-490.
- Baum, A., Mundy, E. (2004). Medical disorders as a cause of psychological trauma and posttraumatic stress disorder. *Current Opinion in Psychiatry*, 17, 123-128.
- Beck, J., Clapp, J. (2011). A different kind of comorbidity: understanding posttraumatic stress disorder and chronic pain. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 3, 101-108.
- Beckham, J., Crawford, A., Feldman, M., Kirby, A., Hertzberg, M., Davidston, J., Moore, D. (1997). Chronic posttraumatic stress disorder and chronic pain in Vietnam combat veterans. *Journal of Psychosomatic Research*, 43, 379-389.
- Boarts, J., Sledjeski, E., Bogart, L., Delahanty, D. (2006). The differential impact of PTSD and depression on HIV disease markers and adherence to HAART in people living with HIV. *AIDS and Behavior*, 10, 253-261.
- Bogart, L., Wagner, G., Galvan, F., Landrine, H., Klein, D., Sticklor, L.A. (2011). Perceived discrimination and mental health symptoms among Black men with HIV. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 17, 295-302.
- Boscarino, J. (2004). Association between posttraumatic stress disorder and physical illness: results and implications from clinical and epidemiologic studies. *Annals of the New York Academy of Science*, 1032, 141-153.
- Boscarino, J., Forsberg, C., Goldberg, J. (2010). A twin study of the association between PTSD symptoms and rheumatoid arthritis. *Psychosomatic Medicine*, 72, 481-486.
- Bosco, M., Gallinati, J., Clark, M. (2013). Conceptualizing and treating comorbid chronic pain and PTSD. *Pain Research and Treatment*, doi: 10.1155/2013/174728
- Breet, E., Kagee, A., Seedat, S. (2014). HIV-related stigma and symptoms of post-traumatic stress disorder and depression in HIV-infected individuals: Does social support play a mediating or moderating role? *AIDS Care*, 26, 947-951.
- Brewin, C., Lanius, R., Novac, A., Schnyder, U., Galea, A. (2009). Reformulating PTSD for DSMV: life after criterion A. *Journal of Traumatic Stress*, 22, 266-373.
- Chawarski, M., Mazan, M., Schottenfeld, S. (2006). Heroin dependence and HIV infection in Malaysia. *Drug and Alcohol Dependence*, 82, 39-42.
- Chernoff, R. (2007). Treating an HIV/AIDS Patients' PTSD and Medication Nonadherence With Cognitive-Behavioral Therapy: A Principle-Based Approach. *Cognitive and Behavioral Practice*, 14, 125-126.
- Chin, D., Kroesen, K. (1999). Disclosure of HIV Infection among Asian/Pacific Islander American Women: Cultural Stigma and Support. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 5, 222-235.

- Cohen, R., Harezlak, J., Schifitto, G., Hana, G., Clark, U. (2010). Effects of nadir CD4 count and duration of human immunodeficiency virus infection on brain volumes in the highly active antiretroviral therapy era. *Journal of Neurovirology*, 16, 25-32.
- Cooperman, N., Simoni, J. (2005). Suicidal ideation and attempted suicide among women living with HIV/AIDS. *Journal of Behavioral Medicine*, 28, 149-156.
- Deeks, S., Lewin, S., Havlir, D. (2013). The end of AIDS: HIV infection as a chronic disease. *Lancet*, Published online October 21, 2013, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61809](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61809)
- Delahanty, D., Bogart, L., Figler, J. (2004). Posttraumatic stress disorder symptoms, salivary cortisol, medication adherence, and CD4 levels in HIV-positive individuals. *AIDS Care*, 16, 247-260.
- De Ridder, D., Geenen, R., Kuijer, R., van Middendorp, H. (2008). Psychological adjustment to chronic disease. *Lancet*, 372, 246-255.
- Emler, C. (2006). A comparison of HIV stigma and disclosure patterns between older and younger adults living with HIV/AIDS. *AIDS Patient Care and STDs*, 20, 350-358.
- Friedman, M., Karam, E. (2009). Posttraumatic stress disorder. W: G. Andrews, D. Charney, P. Sirovatka, D. Regier (red.), *Stress induced and fear circuitry disorders. Defining the research agenda for DSM-V*. Arlington: American Psychiatric Association.
- Gali, B., Naaya, H., Adamu, S. (2004). Suicide attempts in HIV/AIDS patients: report of two cases presenting with penetrating abdominal injuries. *Nigerian Journal of Medicine*, 13, 407-409.
- Glynn, S., Shetty, V., Elliot-Brown, K., Leathers, R., Belin, T., Wang, J. (2007). Chronic posttraumatic stress disorder after facial injury: a 1-year prospective cohort study. *Journal of Trauma*, 62, 410-418.
- Gonzalez, A., Solomon, S., Zvolensky, M., Miller, C. (2009). The interaction of mindful-based attention and awareness and disengagement coping with HIV/AIDS-related stigma in regard to concurrent anxiety and depressive symptoms among adults with HIV/AIDS. *Journal of Health Psychology*, 14, 403-413.
- Guez, M., Hildingsson, C., Nasic, S., Toolanen, G. (2006). Chronic low back pain in individuals with chronic neck pain of traumatic and non-traumatic origin. *Acta Orthopaedica*, 77, 132-137.
- Häuser, W., Galek, A., Erbslöh-Möller, B., Kelner, V., Kühn-Becker, H. (2013). Posttraumatic stress disorder in fibromyalgia syndrome: Prevalence, temporal relationship between posttraumatic stress and fibromyalgia symptoms, and impact on clinical outcome. *Pain*, 154, 1216-1223.
- Heim, C., Ehlert, U., Hellhammer, D. (2000). The potential role of hypocortisolism in the pathophysiology of stress-related bodily disorders. *Psychoneuroendocrinology*, 25, 1-35.
- Helmick, C., Felson, D., Lawrence, R., Gabriel, S., Hirsch, R. (2008). Estimates of the prevalence of arthritis and other rheumatic conditions in the United States. *Arthritis and Rheumatology*, 58, 15-25.
- Heszen, I., Sęk, H. (2012). *Psychologia zdrowia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

- IASP – Task force on Taxonomy. *Classification of Chronic Pain: Descriptions of Chronic Pain Syndromes and Definitions of Pain Terms*. (1994). Seattle: IASP Press.
- Johannes, C., Le, T., Zhou, X., Johnston, J., Dworkin, R. (2010). The prevalence of chronic pain in United States adults: results of an Internet-based survey. *Journal of Pain*, 11, 1230-1239.
- Kagee, A. (2008). Application of the DSM-IV criteria to the experience of living with AIDS: some concerns. *Journal of Health Psychology*, 13, 1008-1011.
- Kangas, M., Henry, J., Bryant, R. (2005). Predictors of posttraumatic stress disorder following cancer. *Health Psychology*, 24, 579-585.
- Katz, S., Nevid, J. (2005). Risk factors associated with posttraumatic stress disorder symptomatology in HIV-infected women. *AIDS Patient Care and STDs*, 19, 110-120.
- Kendall-Tackett, K. (2001). Chronic Pain: The Next Frontier in Child Maltreatment Research. *Child Abuse & Neglect*, 25, 997-1000.
- Keuroghlian, A., Kamen, C., Neri, E., Lee, S., Liu, R., Gore-Felton, C. (2011). Trauma, dissociation, and antiretroviral adherence among persons living with HIV/AIDS. *Journal of Psychiatric Research*, 45, 942-948.
- Komiti, A., Judd, F., Grech, P., Mijch, A., Hoy, J., Lloyd, J. (2001). Suicidal behaviour in people with HIV/AIDS: a review. *The Australian And New Zealand Journal of Psychiatry*, 35, 747-757.
- Lame, I., Peters, M., Vlaeyen, J.W. (2005). Quality of life in chronic pain is more associated with beliefs about pain, than with pain intensity. *European Journal of Pain*, 9, 15-24.
- Landmark, T., Romundstad, P., Dale, O., Borchgrevink, P., Kaasa, S. (2012). Estimating the prevalence of chronic pain: validation of recall against longitudinal reporting (the HUNT pain study). *Pain*, 153, 1368-1373.
- Leadley, R., Armstrong, N., Lee, Y., Allen, A., Kleijnen, J. (2012). Chronic diseases in the European Union: the prevalence and health cost implications of chronic pain. *Journal of Pain and Palliative Care Pharmacotherapy*, 26, 310-325.
- Leserman, J. (2008). Role of depression, stress, and trauma in HIV disease progression. *Psychosomatic Medicine*, 70, 539-545.
- Leytham, S., Powel, T. (2012). Chronic pain and its association with type of natural disaster, community support and social-cultural context. *International Journal of Interdisciplinary Social Sciences*, 6, 234-242.
- Li, L., Wu, Z., Wu, S., Jia, M., Lieber, E., Lu, Y. (2008). Impacts of HIV/AIDS stigma on family identity and interactions in China. *Families, Systems & Health*, 26, 431-442.
- Lis-Turlejska, M. (2005). *Traumatyczne zdarzenia i ich skutki psychiczne*. Warszawa: Instytut Psychologii PAN.
- Lis-Turlejska M. (2009). Zdarzenia traumatyczne – sposoby definiowania, pomiar i rozpowszechnienie. W: J. Strelau, B. Zawadzki, M. Kaczmarek (red.), *Konsekwencje psychiczne traumy: uwarunkowania i terapia* (s. 15-33). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Łojek, E. (2001). *Neuropsychologia osób zarażonych wirusem HIV*. Warszawa: Wydawnictwo Medyk.

- Martin, L., Kagee, A. (2011). Lifetime and HIV related PTSD among persons recently diagnosed with HIV. *AIDS and Behavior*, 15, 125-131.
- Martinez, A., Israelski, D., Walker, C., Koopman, C. (2002). Posttraumatic stress disorder in women attending human immunodeficiency virus outpatient clinics. *AIDS Patient Care and STDs*, 16, 283-291.
- Masi, A., Aldag, J., Jacobs, J. (2005). Rheumatoid arthritis: neuroendocrine immune integrated physiopathogenetic perspectives and therapy. *Rheumatic Disease Clinics of North America*, 31, 131-160.
- Moeller-Bertram, T., Keltner, J., Strigo, I. (2012). Pain and post traumatic stress disorder – Review of clinical and experimental evidence. *Neuropharmacology*, 62, 586-597.
- Moye, J., Rouse, S. (2014). Posttraumatic stress in older adults: when medical diagnoses or treatments cause traumatic stress. *Clinics in Geriatric Medicine*, 30, 577-580.
- Nawrocki, A. (2000). *Pacjent HIV/AIDS pozytywny w procesie psychoterapii*. Warszawa: Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogiki Specjalnej.
- Nicassio, P., Ormseth, S., Kay, M., Custodio, M., Irwin, M. (2012). The contribution of pain and depression to self-reported sleep disturbance in patients with rheumatoid arthritis. *Pain*, 153, 107-112.
- Norman, S., Stein, M., Dimsdale, J., Hoyt, D. (2008). Pain in the aftermath of trauma is a risk factor for post-traumatic stress disorder. *Psychology and Medicine*, 38, 533-542.
- O'Dell, M., Meighen, M., Riggs, R. (1996). Correlates of fatigue in HIV infection prior to AIDS: a pilot study. *Disability and rehabilitation*, 18, 249-254.
- Olley, B., Gxamza, F., Seedat, S., Theron, H., Taljaard, J., Reid, E., Reuter, H., Stein, D.J. (2003). Psychopathology and coping in recently diagnosed HIV/AIDS patients-the role of gender. *South African Medical Journal*, 93, 928-931.
- Olley, B., Zeier, M., Seedat, S., Stein, D. (2005). Post-traumatic stress disorder among recently diagnosed patients with HIV/AIDS in South Africa. *AIDS Care*, 17, 550-557.
- Renshaw, K., Allen, E., Rhoads, G., Blais, R., Markman, H., Stanley, S. (2011). Distress in spouses of servicemembers with symptoms of combat-related PTSD: Secondary traumatic stress or general psychological distress? *Journal of Family Psychology*, 25, 461-469.
- Rzeszutek, M., Oniszczenko, W., Firląg-Burkacka, E. (2012). Temperament traits, coping style and trauma symptoms in HIV+ men and women. *AIDS Care*, 24, 1150-1154.
- Rzeszutek, M., Oniszczenko, W., Żebrowska, M., Firląg-Burkacka, E. (2015). HIV infection duration, social support and the level of trauma symptoms in a sample of HIV-positive Polish individuals. *AIDS Care*, 27, 363-369.
- Safren, S., Gershuny, B., Hendriksen, E. (2003). Symptoms of posttraumatic stress and death anxiety in persons with HIV and medication adherence difficulties. *AIDS Patient Care and STDs*, 17, 657-664.
- Sharp, T., Harvey, A. (2001). Chronic pain and posttraumatic stress disorder: mutual maintenance? *Clinical Psychology Review*, 21, 857-877.

- Siemieniuk, R., Hartmut, B., Gish, J., Gill, J. (2010). Domestic Violence Screening: Prevalence and Outcomes in a Canadian HIV Population. *AIDS Patient Care and STDs*, 24, 763-770.
- Spitzer, C., Weger, S., Wollenhaupt, W., Wingenfeld, K., Bernow, S. (2013). Gender-specific association between childhood trauma and rheumatoid arthritis: A case-control study. *Journal of Psychosomatic Research*, 74, 296-300.
- Ssali, S., Atuyambe, L., Tumwine, C. (2010). Reasons for disclosure of HIV status by people living with HIV/AIDS and in HIV care in Uganda: An Exploratory Study. *AIDS Patient Care and STDs*, 24, 675-681.
- Stępień, A. (2004). Wybrane zespoły bólu przewlekłego. W: J. Dobregołowski, J. Wordliczek (red.), *Medycyna bólu* (s. 214-305). Warszawa: PZWL.
- Stynes, R. (1998). Suicide-talk in HIV-AIDS therapy: Rhetoric or intent? *The Interdisciplinary International Journal of Sexual Health*, 11, 15-25.
- Tedstone, J., Tarrier, N. (2003). Posttraumatic stress disorder following medical illness and treatment. *Clinical Psychology Review*, 23, 409-448, doi: 12729679
- Theuninck, A., Lake, N., Gibson, S. (2010). HIV-related posttraumatic stress disorder: Investigating the traumatic events. *AIDS Patient Care and STDs*, 24, 458-491.
- Van't Land, H., Verdurmen, J., Ten Have, M., van Dorsselaer, S., Beekman, A. (2010). The association between arthritis and psychiatric disorders; results from a longitudinal population-based study. *Journal of Psychosomatic Research*, 68, 187-193.
- Velluci, R. (2012). Heterogeneity of Chronic Pain. *Clinical Drug Investigation*, 32, 3-10.
- Vranceanu, A.M., Steven, A., Safren, I., Minyi, L. (2008). The Relationship of Post-traumatic Stress Disorder and Depression to Antiretroviral Medication Adherence in Persons with HIV. *AIDS Patient Care and STDs*, 22, 34-46.
- WHO – Światowa Organizacja Zdrowia. (1998). *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Badawcze kryteria diagnostyczne*. Kraków: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Woolf, C. (2004). Pain: moving from symptom control toward mechanism-specific pharmacologic management. *Annals of Internal Medicine*, 140, 441-451.
- Zawadzki, B., Popiel, A. (2014). Na rozstaju dróg: struktura objawów stresu pourazowego (PTSD) po DSM-5, a przed ICD-11. *Nauka*, 4, 69-86.

Streszczenie. Celem niniejszego artykułu jest przybliżenie mało poznanej problematyki z zakresu psychologii zdrowia i psychologii klinicznej, jaką jest występowanie objawów zaburzenia po stresie traumatycznym (PTSD) w następstwie diagnozy i przebiegu przewlekłych chorób somatycznych na przykładzie pacjentów zakażonych wirusem HIV oraz cierpiących z powodu przewlekłego bólu. Na początku opisane zostały wybrane definicje traumatycznych stresorów prowadzących do PTSD w klasyfikacjach DSM oraz ICD-10. Następnie dokonano przeglądu badań nad występowaniem PTSD wśród pacjentów z HIV/AIDS oraz cierpiących z powodu przewlekłego bólu. Artykuł wieńczy przedstawienie kontrowersji wokół diagnozy PTSD w następstwie choroby somatycznej.

Słowa kluczowe: trauma, infekcja HIV, ból