

Maria Lis-Turlejska

Rok: 2000

Czasopismo: Nowiny Psychologiczne

Numer: 2

Doświadczenia urazowe o szczególnym nasileniu, związane z wpływem przyrody lub powodowane przez ludzi, były udziałem jednostek i społeczeństw od zarania dziejów. Ich wpływ na ludzką psychikę w pewnym stopniu rozpoznawano, czego przykłady można znaleźć w literaturze pięknej i pamiętnikarskiej. W nauce — medycynie i psychologii — świadomość roli traumy psychologicznej w genezie zaburzeń psychicznych pojawiała się i zanikała, poczynając od prac francuskich uczonych z końca XIX wieku.

Jednak dopiero w ciągu ostatnich 20 lat wyłonił się nowy obszar teorii i badań w dziedzinie psychiatrii i psychologii dotyczący wpływu szczególnie nasilonego stresu na ludzką psychikę. Określany jest on mianem badań nad skrajnym stresem środowiskowym, katastroficzną traumą, traumatycznym stresem. Pogląd, że stres określany obecnie najczęściej jako traumatyczny może powodować głębokie i trwałe zmiany funkcjonowania psychologicznego i fizjologicznego jest już dobrze ugruntowany przez koncepcje teoretyczne i badania empiryczne prowadzone w tym obszarze.

Szczególnie ważnym momentem z punktu widzenia rozwoju badań nad psychologicznymi konsekwencjami skrajnie urazowych przeżyć było ukazanie się w 1980 roku trzeciego wydania "Diagnostic and statistical manual of mental disorders" (w skrócie DSM-III; American Psychiatric Association, 1980) — systemu klasyfikacji i diagnozy zaburzeń psychicznych opracowanego przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne. Wprowadzono wówczas do obowiązującego w USA systemu klasyfikacji zaburzeń psychicznych nową jednostkę chorobową określoną jako zespół stresu pourazowego (*post-traumatic stress disorder*, w skrócie - PTSD). Stało się to w związku ze zgromadzonymi już wówczas obserwacjami klinicznymi i wynikami badań, dotyczącymi zwłaszcza amerykańskich weteranów wojny w Wietnamie i Żydów ocalałych z Holocaustu. W tym okresie pojawiły się także publikacje zwracające uwagę na inne rodzaje traumatycznych przeżyć i ich psychologiczne konsekwencje — podobne do występujących u ofiar wojny. Burgess i Holmstrom (1974) opisały "syndrom traumy gwałtu". Kempe i Kempe (1978) oraz Walker (1979) i inni prezentowali prace na temat przemocy wobec dzieci i kobiet w rodzinie.

Istniejące dane umożliwiły opracowanie kryteriów diagnostycznych — charakterystycznych objawów PTSD. Z kolei wyraźne określenie symptomów z odniesieniem ich do zewnętrznych przejawów (zachowań) pozwoliło na konstruowanie narzędzi pomiaru — kwestionariuszy i ustrukturalizowanych wywiadów przydatnych zarówno w diagnozie, jak i umożliwiających prowadzenie dalszych, bardziej precyzyjnych badań. W DSM-III jako stresory, które mogą prowadzić do PTSD wymieniano m.in.: gwałt, agresywny napad, walkę frontową, klęski

żywiłowe (np. powódź, trzęsienie ziemi), katastrofy komunikacyjne i przemysłowe, oraz tzw. *m an-made disasters* (bombardowanie, tortury, obozy koncentracyjne, terroryzm). Oznaczało to uznanie, że w wyniku szerokiego zakresu traumatycznych zdarzeń mogą wystąpić podobne objawy.

Poza wystąpieniem traumatycznego stresora, kryteria diagnostyczne DSM-III obejmują trzy kategorie symptomów. Pierwsza (B) dotyczy ponownego odtwarzania traumy i obejmuje takie objawy, jak powracające sny dotyczące traumy, powtarzające się natrączywe wspomnienia. Do kategorii drugiej (C) należą objawy związane z uporczywym unikaniem i zmniejszeniem ogólnej reaktywności, takie np. jak unikanie myśli i uczuć związanych z traumą; niemożność przypomnienia sobie ważnego aspektu traumy, uczucie obojętności lub chłodu w kontaktach z ludźmi. W trzeciej kategorii (D) uwzględniono utrzymujące się objawy psychofizjologicznego pobudzenia (np. trudności z zasypianiem lub snem; trudności z koncentracją; drażliwość lub wybuchy gniewu). W 1994 roku opublikowano czwartą edycję DSM ze zmodyfikowanym — w porównaniu z wcześniejszymi ustaleniami — sposobem określania zdarzenia, które może prowadzić do PTSD (kryterium A). Według DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) jest to zdarzenie związane z zagrożeniem życia lub fizycznej integralności, podczas którego dana osoba przeżywa intensywny strach, poczucie bezradności lub horroru (pełne tłumaczenie kryteriów diagnostycznych PTSD według DSM-IV zob.: Lis-Turlejska, 1998a).

Publikacja kryteriów diagnostycznych PTSD w DSM-III spowodowała znaczne zwiększenie liczby badań dotyczących zagadnień związanych ze stresem traumatycznym. Przybywa także profesjonalistów — badaczy i praktyków z zakresu psychiatrii, psychologii, opieki społecznej i innych dziedzin podejmujących działalność terapeutyczną, badawczą i szkoleniową w tym obszarze. Od 14 lat istnieje Międzynarodowe Towarzystwo Badań nad Traumatycznym Stresem (International Society for Traumatic Stress Studies). Od 1988 roku ukazuje się Journal of Traumatic Stress, ostatnio zapowiadana jest jego europejska edycja. W latach 1974-1997 opublikowano ponad 2100 artykułów w czasopiśmie naukowym oraz 512 książek i rozdziałów w książkach (American Psychological Association, 1997). W okresie od 1988 do 1998 roku wydano 40 monografii.

Istnieje wiele wystandaryzowanych metod pomiaru PTSD i objawów potraumatycznych (np. The PTSD Checklist — PCL, Weathers i in., 1993; Clinician-Administered PTSD Scale — CAPS, Blake i in., 1990; Mississippi Scale, Keane i in., 1988).

Zdaniem van der Kolka i McFarlane'a (1996) — redaktorów wydanego niedawno obszernego zbioru prac na temat zagadnień traumatycznego stresu — odkąd psychiatrzy zaczęli przypisywać coraz większe znaczenie organizowaniu psychologicznych problemów w systemy diagnostyczne, stracili zainteresowanie dla funkcjonowania umysłu (workings of the mind) i tajemnic medycyny; duszą psychiatrii stało się badanie traumy. „Ustalenie zespołu stresu pourazowego (PTSD) jako jednostki diagnostycznej stwarza zorganizowany schemat dla zrozumienia, w jaki sposób funkcjonowanie biologiczne ludzi, ich sposób widzenia świata i osobowość są nierozzerwalnie splecione i kształtowane przez doświadczenie. Diagnoza PTSD ponownie przywołała pogląd, że wiele »neurotycznych« objawów nie jest rezultatem jakiejś tajemniczej, niemal niemożliwej do wyjaśnienia, opartej na genetycznym podłożu irracjonalności, ale niemożności ludzi do dania sobie rady z rzeczywistymi przeżyciami, które

obezwładniły ich zdolność do radzenia sobie" (s. 4).

Niewątpliwie można powiedzieć, że w ciągu ostatnich 20 lat ukształtowała się nowa dziedzina, zyskująca — jak się wydaje — wciąż rosnące znaczenie w zakresie badań, terapii i profilaktyki zaburzeń potraumatycznych, oddziałująca także na opinię publiczną, przyczyniając się m.in. do zmian w legislacji i praktykach sądownictwa.

Pod koniec lat 90. wciąż można mówić o dynamicznym wzroście zainteresowania zagadnieniami następstw traumatycznego stresu, terapii i profilaktyki. W marcu 1999 roku ukazał się numer poważnego czasopisma naukowego, jakim jest *American Journal of Psychiatry*, poświęcony zagadnieniom traumy psychologicznej i PTSD. W zakończeniu artykułu wstępnego redaktor tego numeru J. Douglas Bremner z Ośrodka dla Weteranów Yale University pisze: "Im więcej przybywa badań nad traumatycznym stresem, tym bardziej staje się oczywiste, że może on wywierać dalekosiężny wpływ na wszystkie poważne zaburzenia psychiczne. W związku z tym PTSD zaczyna przypominać szybko jadący pociąg, grożący tym, że pociągnie za sobą wszystko, co pojawi się na jego drodze. Istnieje naturalna tendencja do oporu wobec diagnoz związanych ze stresem (stress-related diagnoses), wynikająca z ich potencjalnie wybuchowego oddziaływania na postawy społeczeństwa wobec sprawstwa i odpowiedzialności. Wyzwaniem dla nas — zajmujących się tymi zagadnieniami — jest znalezienie odpowiedniej równowagi" (Bremner, 1999, s. 351).

Trudno jest charakteryzować ogólnie obszerną obecnie dziedzinę badań i praktyki terapeutycznej związanych z zagadnieniami traumatycznego stresu. Tym bardziej, że w Polsce problematyka ta jest mało znana, a prace badawcze i praktyka kliniczna prowadzone są w niewielu ośrodkach, przez nieliczne osoby. Wydaje się jednak, że można wskazać na kilka skupiających obecnie uwagę badaczy zagadnień. Dotyczą one:

1. Rozpowszechnienia PTSD w różnych populacjach, a także współwystępowania z innymi zaburzeniami psychicznymi.
2. Uwarunkowań adaptacji potraumatycznej. Badania wskazują na to, że u przeważającej większości osób, które doznały stresu traumatycznego, nie rozwija się PTSD. Co zatem sprzyja pomyślnej adaptacji po traumie, a co przyczynia się do rozwoju chronicznych objawów pourazowych?
3. Wpływu traumy na rozwój. Wiele danych wskazuje na to, że istnieje potrzeba rozróżniania konsekwencji traumatycznego stresu o ograniczonym czasie trwania (w wieku dorosłym) od długotrwałych przeżyć traumatycznych w dzieciństwie (przemoc fizyczna, molestowanie seksualne). Następstwa tego drugiego rodzaju przeżyć są głębsze, zaburzają one rozwój wielu obszarów osobowości i funkcjonowania.
4. Fizjologicznych (biologicznych) konsekwencji traumatycznego stresu.

Coraz więcej wiadomo o możliwych konsekwencjach traumy w postaci długotrwałych fizjologicznych, biochemicznych, a nawet anatomicznych zmian w układzie nerwowym.

Przejdźmy teraz do bardziej szczegółowego zarysowania przedstawionych zagadnień.

Wyniki badań nad rozpowszechnieniem PTSD

Wcześniejsze badania prowadzone w Stanach Zjednoczonych wykazywały niższe wskaźniki rozpowszechnienia PTSD w populacji ogólnej. Helzer i in. (1987) ustalili średni wskaźnik dla mężczyzn i kobiet w wysokości 1%. W badaniach prowadzonych w późniejszych latach uzyskiwano wyższe wskaźniki PTSD. Prawdopodobnie wiąże się to ze stosowaniem bardziej precyzyjnych narzędzi pomiaru. Ponadto w badaniach prowadzonych w USA stwierdza się większe nasilenie zaburzeń potraumatycznych wśród ludzi młodszych, mieszkających w dużych aglomeracjach miejskich.

Stein i in. (1997) w badaniu przeprowadzonym na próbie 1000 gospodarstw domowych (1002 osoby) w liczącym 650000 mieszkańców Winnipeg (Kanada) zdiagnozowali "pełne" PTSD u 2,7% kobiet i u 1,2% mężczyzn oraz "częściowe" PTSD u 3,4% kobiet i 0,3% mężczyzn. W badaniu tym "częściowe" PTSD stwierdzano wówczas, gdy dana osoba podawała mniejszą niż wymagana liczbę objawów w kryteriach C i D wg DSM-IV. Zakłócenia funkcjonowania w szkole lub pracy były większe u osób z pełnym PTSD. Jednak, na co warto zwrócić uwagę, osoby z częściowym PTSD były w znacznie większym stopniu od osób bez PTSD upośledzone w zakresie funkcjonowania zawodowego.

Kessler i in. (1995) w badaniu krajowej reprezentatywnej próby losowej (USA) uzyskali dane dotyczące rozpowszechnienia PTSD w ciągu życia (life-time prevalence). Wskaźniki wynosiły 10,4% u kobiet i 5% u mężczyzn.

Breslau i współautorzy (1997a) badali losową próbę 1007 młodych dorosłych w jednym z dużych amerykańskich miast. Wskaźnik (skumulowany) występowania PTSD w ciągu życia dla kobiet wyniósł 30,2%, dla mężczyzn zaś — 13%. Występujące wcześniej zaburzenia lękowe i duża depresja (kliniczna) zwiększały ryzyko PTSD. Do wystąpienia PTSD przyczyniały się również historia zaburzeń lękowych w rodzinie i wczesna separacja od rodziców.

W innej pracy Breslau i in. (1997b) przedstawiono badanie grupy 801 kobiet, matek małych dzieci. Czterdzieści procent badanych relacjonowało wystąpienie traumatycznego zdarzenia w ciągu życia. Wskaźnik rozpowszechnienia PTSD w ciągu życia wyniósł 13,8% (16,8% u kobiet z miasta, 11,0% — z dzielnic podmiejskich). Zespół stresu pourazowego zwiększał ryzyko wystąpienia pierwszego epizodu depresji klinicznej i nadużywania alkoholu.

Jeżeli chodzi o rozpowszechnienie traumatycznych zdarzeń, Norris (1992) w badaniu próby dorosłych w południowych stanach USA stwierdził, że 69% badanych osób doświadczyło traumatycznego zdarzenia, w tym 21% w ciągu ostatniego roku. W przytaczanych wcześniej epidemiologicznych badaniach Kesslera i in. (1995) 60,3% mężczyzn i 50,3% kobiet relacjonowało przeżycie traumy spełniającej kryterium DSM-IV.

Współwystępowanie PTSD i innych zaburzeń psychicznych

Obraz kliniczny prezentowany przez pacjentów z PTSD nie ogranicza się do symptomów lub klas symptomów określonych jako kryteria diagnostyczne. Jako wtórne (lub skojarzone) traktowane są objawy lub grupy objawów, które powszechnie współwystępują z PTSD, ale nie wchodzi w skład kryteriów diagnostycznych tego zaburzenia. Stanowią one część szerszego, bardziej złożonego obrazu klinicznego prezentowanego przez pacjentów z zespołem stresu

pourazowego. Obok PTSD jako związane z traumatycznymi przeżyciami traktuje się także m. in.: depresję/dystymię, zaburzenia lękowe, zachowania impulsywne, uzależnienia i somatyzację (por. np.: Peterson, Prout i Schwarz, 1991).

Jako przykład badań na ten temat wskazać można prace dotyczące współwystępowania PTSD i zaburzeń związanych z uzależnieniem od substancji psychoaktywnych. Zagadnienie to staje się w coraz większym stopniu przedmiotem zainteresowania badaczy i klinicystów. Pacjenci, którzy szukają pomocy z powodu albo PTSD, albo zaburzenia związanego z nadużywaniem określonej substancji psychoaktywnej mają odpowiednio wysokie wskaźniki współwystępowania drugiego z tych zaburzeń. Szczegółowe oszacowania różnią się w zależności od rodzaju populacji, stosowanych procedur diagnostycznych, a także czasu, w którym prowadzono badanie (por. Najavits i in., 1998).

Rozpowszechnienie PTSD wśród osób obu płci z zaburzeniami spowodowanymi używaniem substancji psychoaktywnych (substance use disorders) ocenia się na 12% do 34% (Goldenberg i in. 1995, za: Najavits i in., 1998; Grice i in., 1995, za: Najavits i in., 1998). Wyższe wskaźniki — od 43% do 59% — stwierdza się w badaniach wyłącznie kobiet, co może się wiązać z wyższymi wskaźnikami PTSD wśród kobiet w ogóle oraz większym rozpowszechnieniem PTSD u kobiet, jeżeli doznały one traumatyzacji.

Badania wskazują na wyższe wskaźniki PTSD wśród pacjentów z zaburzeniami związanymi z nadużywaniem substancji psychoaktywnych, ale także — wyższe wskaźniki zaburzeń związanych z uzależnieniem wśród pacjentów z PTSD. Oszacowania dotyczące rozpowszechnienia diagnozy uzależnienia od alkoholu wśród pacjentów z rozpoznaniem PTSD wynoszą od 23% do 76% (por. Lis-Turlejska, 1998b). W badaniu osób zgłaszających się na leczenie z powodu PTSD okazało się, że 60% — 80% spośród nich cierpi na zaburzenia związane z nadużywaniem alkoholu lub narkotyków bądź uzależnienie (Branchey, Davis, Lieber, 1984). W trzech badaniach epidemiologicznych obejmujących duże grupy kobiet stwierdzono, że nadużywania alkoholu występowało 1,4 do 3,1 razy częściej u kobiet z PTSD (wg DSM-III-R) niż u kobiet bez tego rozpoznania (por. Breslau i in., 1997b).

Uwarunkowania adaptacji potraumatycznej

W początkowym okresie prac dotyczących następstw skrajnego stresu prowadzonych w latach 60. i 70. prezentowano osoby mające za sobą skrajnie traumatyczne przeżycia (na przykład byłych więźniów obozów koncentracyjnych) jako cierpiące na różnego rodzaju dolegliwości i zaburzenia psychiczne oraz fizyczne. W latach 80. pojawiły się głosy polemizujące z takim skoncentrowanym na patologii obrazem. W odniesieniu do prac dotyczących Żydów ocalałych z Holocaustu zwrócono uwagę na niedostatki teoretyczne i metodologiczne istniejących badań (Harel, 1983; Solcoff, 1981; Lomranz, 1995). Zebrano także dane wskazujące na znaczące adaptacyjne i reintegracyjne możliwości ocalałych, stworzenie przez nich zdrowych rodzin i społeczne osiągnięcia (np. Bergman i Jucowy, 1982; Helmreich, 1992).

Niektórzy autorzy — komentując wyniki takich prac, jak socjologiczne badania Helmreicha (1992) prezentujące wysokie wskaźniki różnych aspektów społecznego przystosowania osób ocalałych z Holocaustu (zamieszkałych w USA) — formułują pogląd, że obecność symptomów

traumy nie wyklucza dobrego społecznego i rodzinnego funkcjonowania (Davidson, 1981; Marcus, 1994).

Obecne badania dotyczące przebiegu i rozpowszechnienia PTSD cechuje koncentracja na bardziej szczegółowych zagadnieniach, a zarazem — większa precyzja stosowanych metod badawczych oraz korzystanie z bardziej zaawansowanych metod statystycznej analizy danych.

Badania prowadzone w latach 90. wykazują, że u większości osób po traumatycznych przeżyciach po pewnym czasie dochodzi do ustąpienia objawów zespołu stresu pourazowego. W zniszczonej przez powódź górniczej osadzie Buffalo Creek w 14 lat później zdiagnozowano PTSD u 28% mieszkańców. W spełniających bardzo wysokie wymogi metodologiczne badaniach nad amerykańskimi weteranami wojny w Wietnamie u 15,2% osób z badanej próby stwierdzono pełne PTSD, zaś u 11,0% — częściowe (Kulka i in., 1990).

Jakie są uwarunkowania pomyślnej adaptacji potraumatycznej w przeciwieństwie do powstania i trwałego utrzymywania się PTSD?

McFarlane i Yehuda (1995), uwzględniając istniejące dane empiryczne, przedstawili model dotyczący czynników etiologicznych wpływających na przechodzenie od dystresu do zaburzenia w następstwie traumy. Model ten wprowadza zmiany do dotychczasowego sposobu myślenia na temat rozwoju i utrzymywania się objawów pourazowych. Według McFarlane'a i Yehudy długofalowe konsekwencje traumy należy rozpatrywać jako proces.

Poznanie czynników, które wpływają na przechodzenie od zdrowia do zaburzenia i następnie do wyzdrowienia ma zasadnicze znaczenie dla zrozumienia długofalowego przebiegu PTSD, jak również psychopatologicznych konsekwencji traumy. Proces ten można podzielić na trzy etapy: ostra reakcja pourazowa, chroniczna reakcja na traumatyczne zdarzenie i wreszcie adaptacja jednostki do konieczności znoszenia chronicznego stanu PTSD.

Zespół stresu pourazowego — zdaniem autorów — nie rozwija się jako bezpośrednie następstwo traumatycznego zdarzenia. Raczej zaburzenie to powstaje/wyłania się z wzorca ostrego dystresu, silnej reakcji pourazowej uruchamianej przez zdarzenie. Stan dystresu jest normalną reakcją na horror, bezradność i strach, które są krytycznymi elementami traumatycznego doświadczenia. Jednak, zdaniem McFarlane'a i Yehudy (1995), typowy wzorec — nawet dla najbardziej katastroficznych zdarzeń — polega na ustąpieniu objawów, a nie na rozwoju PTSD. Chroniczne PTSD — w wiele lat po zdarzeniu urazowym — w zasadzie nie jest bezpośrednim następstwem traumatycznego zdarzenia. Jego przyczyny mogą być inne niż uwarunkowania tego, na co cierpią ludzie w sześć miesięcy po narażeniu na traumę. Najbardziej chroniczne postacie PTSD reprezentują niepowodzenie w uleczeniu i modulacji ostrej reakcji potraumatycznej. Innymi słowy — skutkiem traumy jest ostry stan pourazowy, natomiast rozwój chronicznego PTSD jest wynikiem braku możliwości poradzenia sobie z bezpośrednią reakcją na traumę.

Wśród czynników wpływających na obraz i nasilenie bezpośredniej reakcji na traumę (wdzierających się wspomnień) autorzy wymieniają: wsparcie, osobowość, inne zdarzenia życiowe, przeszłe doświadczenie i cechy biologiczne.

Dalszy przebieg adaptacji potraumatycznej w kierunku powrotu do zdrowia lub psychologicznego zaburzenia (chroniczne PTSD) związany jest z następującymi czynnikami: historia rodzinna, osobowość, styl radzenia sobie, reakcja środowiska, inne zdarzenia życiowe. W chronicznej formie zespół stresu pourazowego oraz związane z nim ograniczenia i upośledzenie są bardziej reakcjami na dystres i zakłócenia powodowane przez objawy zaburzenia niż pierwotnymi reakcjami na przeżycie traumatycznego zdarzenia. W związku z tym — zdaniem autorów — zdolność do tolerowania cierpienia jest zasadniczym wyznacznikiem długoterminowej adaptacji.

Jako uzupełnienie przedstawionego modelu można potraktować dane dotyczące predyktorów PTSD uzyskane w różnych badaniach empirycznych. Dane takie na podstawie analizy 45 badań przedstawił Shalev (1995). Ustalone w tych badaniach predyktory PTSD należą do czterech kategorii:

1. Przedtraumatyczne czynniki podatności (vulnerability) (m.in.: historia zaburzeń psychicznych w rodzinie, wczesna traumatyzacja — np. seksualne lub fizyczne wykorzystywanie w dzieciństwie).
2. Wielkość stresora (np. intensywność i czas trwania działań wojennych dla żołnierzy, niebezpieczeństwo incydentu zgwałcenia).
3. Przygotowanie do zdarzenia (adekwatne przygotowanie do stresującego zdarzenia — trening ratowania się podczas katastrofy helikoptera w symulatorze okazał się pomocny podczas wypadku).
4. Reakcja podczas trwania stresora (u żołnierzy biorących udział w walkach lęk, pobudzenie psychoruchowe i reakcja depresyjna nie były predyktorami PTSD, w przeciwieństwie do dysocjacji/zakłóceń świadomości oraz chaotycznych i zdezorganizowanych reakcji takich jak np. stupor).

Wydaje się, że przedstawiony przez McFarlane`a i Yehudę (1995) opis procesu adaptacji potraumatycznej ma duże znaczenie zarówno z punktu widzenia teorii następstw traumatycznego stresu, jak i terapii i profilaktyki zaburzeń pourazowych.

Przypomnijmy — objawy pourazowe doznawane przez daną osobę bezpośrednio po ekspozycji na traumę traktowane są w przedstawionym modelu jako normalna reakcja.

„Normalność” objawów powodowanych przez traumę podkreślają zresztą także inni autorzy, zwracając uwagę na to, że uprzytamnianie sobie tego przez jednostkę może mieć ważne znaczenie terapeutyczne (por. np.: Ochberg, 1995). Trwanie objawów pourazowych, rozwój chronicznego PTSD, należy jednak zgodnie z tym modelem widzieć jako pośrednio związane z traumatycznym przeżyciem. Ich istotne uwarunkowania związane są z cechami jednostki i jej otoczenia.

Okres pierwszych 6 miesięcy po traumie — dostępność i jakość wsparcia lub jego brak, podejmowane w tym czasie działania terapeutyczne oraz właściwa postawa szerszego otoczenia społeczno-kulturowego — ma decydujące znaczenie z punktu widzenia powrotu do zdrowia lub utrzymywania się objawów pourazowych (np. PTSD). Przypomnijmy, że można wskazać na potwierdzające przedstawiony model dane empiryczne.

Blank (1993) przestrzega przed dokonywaniem uogólnień na temat przebiegu PTSD, ponieważ analiza badań wskazuje na występowanie znaczącego zróżnicowania pomiędzy osobami, traumatycznymi zdarzeniami i kontekstami, w których one wystąpiły. Ostateczne odpowiedzi na wiele wciąż istniejących pytań będzie można uzyskać jedynie po przeprowadzeniu starannych badań prospektywnych dotyczących interakcji pomiędzy skutkami różnych czynników uwrażliwiających, wywierających wpływ na powstanie i przebieg zaburzeń psychicznych w różnych kontekstach sytuacyjnych.

Wpływ traumy na rozwój

Istnieje obecnie wiele danych wskazujących na to, że sposób określania zespołu stresu pourazowego (PTSD) nie jest w obecnej formie w pełni adekwatny. Dotychczasowe kryteria diagnostyczne stosują się głównie do ofiar wydarzeń ograniczonych w czasie. Wybitna badaczka i klinicystka prowadząca terapię ofiar przemocy seksualnej w dzieciństwie — Judith Herman (1998) — uważa, że zespół objawów stanowiący konsekwencje długotrwałego, powtarzającego się urazu wymaga odrębnego określenia. W wypadku ofiar tego rodzaju urazu obraz kliniczny jest bardziej złożony. Osoby, które w dzieciństwie były ofiarami przemocy fizycznej lub seksualnej borykają się z trudnościami w sferze relacji interpersonalnych i poczucia własnej tożsamości. Również osoby, które znajdowały się w takich warunkach, jak obóz koncentracyjny, przejawiają różnorodność i intensywność objawów klinicznych wykraczającą poza definicję PTSD. Autorka ta proponuje posłużenie się takimi określeniami jak "złożone PTSD" lub "złożony syndrom pourazowy".

Propozycje rozszerzenia istniejącej jednostki diagnostycznej, jaką jest PTSD, znalazły wyraz we włączeniu do części uzupełniającej DSM-IV kryteriów zaburzenia określonego w skrócie jako DESNOS (disorders of extreme stresses not otherwise specified). Proponowane główne kryteria tego zaburzenia obejmują:

- A. Zmiany regulacji pobudzenia afektywnego.
- B. Zmiany w zakresie uwagi i świadomości.
- C. Somatyzację.
- D. Chroniczne zmiany charakterologiczne.
- E. Zmiany w systemach znaczeń (zob. van der Kolk, 1996b, s. 203).

W ramach "Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych" (ICD) rozważa się termin "zmiana osobowości na skutek doświadczenia katastrofy" (zob. Herman, 1998).

Zdaniem Herman (op. cit.): "Nadanie nazwy złożonemu syndromowi pourazowemu to milowy krok w kierunku głębszego zrozumienia problemów ludzi, którzy przecierpieli długi okres maltretowania. Stanowi próbę odnalezienia sformułowania, które z jednej strony byłoby zgodne z tradycją dokładnej obserwacji psychologicznej, z drugiej zaś — brało pod uwagę moralne potrzeby ofiar urazu. Powinniśmy bowiem uczyć się od pacjentów, którzy lepiej niż najdociekliwszy badacz znają skutki niewoli" (s. 131-132).

Biologiczne aspekty PTSD

Jeden z pierwszych badaczy zaburzeń pourazowych Abram Kardiner (1941) twierdził, że istotą nerwicy pourazowej jest "fizjoneuroza". Występujące u weteranów I wojny światowej takie objawy, jak: nadmierna czujność, gwałtowne reakcje przestachu, koszmary senne i dolegliwości psychosomatyczne można, jego zdaniem, traktować jako rezultat chronicznego pobudzenia autonomicznego układu nerwowego.

Obecnie prowadzi się wiele badań nad biologicznymi konsekwencjami traumatycznego stresu i psychobiologicznymi aspektami PTSD. Odsyłając Czytelnika do bardziej szczegółowych opracowań (por. np.: van der Kolk, 1996b, 1997; Shalev, 1995; Shalev i in., 1996), ograniczymy się tutaj do ogólnego zarysu tej problematyki.

Shalev (1995) wskazuje na trzy "specyficzne" modele PTSD dotyczące:

1. Dysregulacji neuromodulacji opioidowej.
2. Wdrukowania (*imprinting*) i konsolidacji traumatycznych wspomnień.
3. Zakłóceń funkcjonowania osi podwzgórze—przysadka—nadnercza (HPA).

Van der Kolk (1996b) omawiając specyficzne psychobiologiczne zakłócenia w PTSD, odnosi je do skutków:

- psychofizjologicznych;
- neurohormonalnych;
- neuroanatomicznych.

W później opublikowanej pracy autor ten (van der Kolk, 1997), dokonując przeglądu badań dotyczących zaburzeń biologicznych występujących w PTSD, omawia zmiany dotyczące:

- funkcjonowania psychofizjologicznego;
- wydzielania neuroprzekaźników;
- pamięci oraz
- neuroanatomicznych.

W zakresie zakłóceń psychofizjologicznych badania wskazują m. in. na bardzo nasilone reakcje odruchowe na bodziec kojarzony z traumą oraz na nadwrażliwość na silne, ale neutralne bodźce (utrata zdolności do selekcji bodźców) wyrażającą się np. w niemożności pohamowania reakcji na nagły bodziec dźwiękowy.

Efekty neurohormonalne występujące w PTSD odnoszą się do zmian w poziomie wydzielania neuroprzekaźników noradrenergicznych i serotonergicznych oraz opiatów endogennych. Badania wskazują m. in. na: podwyższony poziom wydzielania katecholamin, hamowanie działania MAO, dysregulację (down-regulation) receptorów adrenergicznych, spadek wydzielania serotoniny oraz wzrost wydzielania opiatów przy ekspozycji na bodźce przypominające traumę (van der Kolk, 1997).

Zmiany dotyczące pamięci obejmują amnezje oraz hipermnezje. Pamięć jest raczej sensomotoryczna niż semantyczna. Specyficzne zjawiska dotyczące pamięci związane są z poziomem neurohormonów: noradrenaliny i wazopresyny (utrwalenie wspomnień związanych z traumą); oksytocyny i endogennych opiatów (amnezje) (van der Kolk, 1996b, 1997).

Skutki neuroanatomiczne obejmują m. in.: spadek efektywności pracy hipokampa (niektóre dane wskazują na zmniejszenie jego objętości); pobudzenie prawej strony ciała migdałowatego podczas wspomnień; pobudzenie obszarów sensorycznych prawej półkuli; spadek aktywacji ośrodka Broca podczas hipermnzji (flashbacks); zaznaczoną lateralizację aktywności prawej półkuli podczas aktywacji traumatycznych wspomnień (van der Kolk, 1996b, 1997).

Powyższa prezentacja danych dotyczących zmian biologicznych związanych z PTSD ma charakter telegraficznego skrótu. Zakres badań w tym obszarze jest szeroki i omówienie ich wyników wymagałoby odrębnego opracowania.

Badania nad biologicznymi następstwami urazu psychologicznego wiążą się między innymi z dwojakiego rodzaju ważnymi konsekwencjami. Po pierwsze — problemy ludzi mających za sobą traumatyczne przeżycia okazują się związane ze zmianami neurobiologicznymi. Część z nich ma, na co wskazują wyniki badań, charakter trwały. Wiedza o tym powinna prowadzić do lepszego rozumienia objawów pacjentów, w szczególności do zaniechania wtórnie traumatyzującego odwoływania się do braku tzw. silnej woli jako przyczyny problemów. Po drugie — postęp w rozumieniu psychobiologii traumy wiąże się także z badaniami nad środkami farmakologicznymi, które mogłyby pomóc osobom z PTSD w zmniejszeniu psychofizjologicznego napięcia i fiksacji na traumie.

Artykuł opublikowano w kwartalniku " [Nowiny Psychologiczne](#) "

Bibliografia

- American Psychiatric Association (1980). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd. ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association.(1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th. ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychological Association (1997). Psyclit. Baza danych.
- Bergmann, M.S., Jucovy, M.E. (1982). Generations of the Holocaust. New York: Basic Books.
- Blake, D.D., Weathers, F., Nagy, L., Kaloupek, D.G., Klauminzer, G., Charney, D., Keane, T.M. (1990). A clinician rating scale for assessing current and life time PTSD: The CAPS-1. The Behavior Therapist, 13, 187-188.
- Blank, A.S. (1993). The longitudinal course of posttraumatic stress disorder. W: J.R.T. Davidson i E.B.Foa (red.): Posttraumatic stress disorder: DSM-IV and beyond. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Branchey, L., Davis, W., Lieber, C.S. (1984). Alcoholism in Vietnam and Korea veterans: A long term follow-up. Alcoholism; Clinical Experimental Research, 8, 572-757.

- Bremner, J.D. (1999). Acute and chronic responses to psychological trauma: Where do we go from here? *American Journal of Psychiatry*, 156 (3), 349-351.
- Breslau, N., Davis, C.G., Andreski, P., Peterson, E.L., Schultz, L.(1997a). Sex differences in posttraumatic stress disorder. *Arch. Gen. Psychiatry*, 54, 1044-1048.
- Breslau, N., Davis, G. C., Peterson, E. L., Schultz, L. (1997b). Psychiatric sequelae of posttraumatic stress disorder in women. *Arch. Gen. Psychiatry*, 54, 81-87.
- Burges, A.W., Holmstrom, L. (1974). Rape trauma syndrom. *American Journal of Psychiatry*, 131, 981-986.
- Davidson, S. (1981). Clinical and psychoterapeutic experience with survivors and their families. *The Family Physican*, 10(2), 313-321.
- Harel, Z. (1983). Coping with stress and adaptation: The impact of the Holocaust on survivors. *Society and Welfare*, 5, 221-230.
- Helmreich, W.B. (1992). *Against all odds: Holocaust survivors and the successful lives they made in America*. New York: Simon & Schuster.
- Helzer, J.E., Robins, L.N., McEvoy, L. (1987). Post-traumatic stress disorder in the general population: Findings of the Epidemiological Catchment Area Survey. *New England Journal of Medicine*, 317, 1630-1634.
- Herman, J.L. (1998). *Przemoc: Uraz psychiczny i powrót do równowagi*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Kardiner, A. (1941). *The traumatic neuroses of war*. New York: Hoeber.
- Keane, T.M., Caddell, J.M., Taylor, K.L. (1988). Mississippi Scale for Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder: Three studies in reliability and validity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 85-90.
- Kempe, R.S., Kempe, C.H. (1978). *Child abuse*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Kessler, R.C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., Nelson, C.B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch. Gen. Psychiatry*, 52, 1048-1060.
- Kulka, R.A., Schlenger, W.E., Fairbank, J.K., Hough, R.L., Jordan, B.K., Marmar, C.R., Weiss, D.S. (1990). *Trauma and the Vietnam war generation*. New York: Brunner/Mazel.
- Lis Turlejska, M. (1998a). *Traumatyczny stres: Koncepcje i badania*. Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN.

- Lis-Turlejska, M. (1998b). Współwystępowanie nadużywania/uzależnienia od alkoholu i zespołu stresu pourazowego (PTSD). *Nowiny Psychologiczne*, 2, 37-40.
- Lomranz, J. (1995). *Endurance and living: Long-term effects of the Holocaust*. W: S.E. Hobfoll i M.W. De Vries, *Extreme stress and communities: Impact and intervention*. Boston: Kluwer Academic Publishers.
- Marcus, P. (1994). Life affirmation in Holocaust survivors. *Contemporary Psychology*, 39, 3, 262-263.
- McFarlane, A., Yehuda, R. (1995). Resilience, vulnerability and the course of posttraumatic reactions. W: B.A. Van der Kolk, A.C. McFarlane i L. Weisaeth (red.): *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society*. New York: The Guilford Press.
- Najavits, L.A., Gastfriend, D.R., Barber, J.P., Reif, S., Muenz L.R., Blaine, J., Frank, A., Crits-Christoph, P., Thase, M., Weiss, R.D. (1998). Cocaine dependence with and without PTSD among subjects in the National Institute on Drug Abuse Collaborative Cocaine Treatment Study. *American Journal of Psychiatry*, 155(2), 214-219.
- Norris, F.H. (1992). Epidemiology of trauma: Frequency and impact of different potentially traumatic events on different demographic groups. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 60, 409-418.
- Ochberg, M.F. (1995). *Post-traumatic therapy*. W: G.S. Everly, J.M. Lating (red.): *Psychotraumatology: Key papers and core concepts in post-traumatic stress*. New York: Plenum.
- Peterson, K.C., Prout, M.F., Schwarz, R.A. (1991). *Post-traumatic stress disorder: A clinician's guide*. New York: Plenum Press.
- Shalev, A.Y. (1995). Stress versus traumatic stress: From acute homeostatic reactions to chronic psychopathology. W: B.A. van der Kolk, A.C. McFarlane i L. Weisaeth (red.): *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society*. New York: The Guilford Press.
- Shalev, A.Y., Peri, T., Caneti, L., Schreiber, S. (1996). Predictors of PTSD in injured trauma survivors. *American Journal of Psychiatry*, 53, 219-224.
- Solcoff, N. (1981). Children of survivors of the Nazi Holocaust: A critical review of the literature. *American Journal of Orthopsychiatry*, 51, 29-42.
- Stein, M., Walker, J.R., Hazen, A.L., Forde, D.R. (1997). Full and partial posttraumatic stress disorder: Findings from a community survey. *American Journal of Psychiatry*, 154(8), 1114-1119.

- van der Kolk, B.A. (1996a). The complexity of adaptation to trauma: Self-regulation, stimulus discrimination and characterological development. W: B.A. van der Kolk, A.C. McFarlane i L. Weisaeth (red.): Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society. New York: The Guilford Press.
- van der Kolk, B.A. (1996b). The body keeps the score: Approaches to the psychobiology of posttraumatic stress disorder. W: B.A. van der Kolk, A.C. McFarlane i L. Weisaeth (red.): Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society. New York: The Guilford Press.
- van der Kolk, B.A. (1997). The psychobiology of PTSD. *Journal of Clinical Psychiatry*, 58, 21-22.
- van der Kolk, B.A., McFarlane, A.C. (1996). The black hole of trauma. W: B.A. van der Kolk, A.C. McFarlane i L. Weisaeth (red.): Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society. New York: The Guilford Press.
- Walker, L. (1979). *The battered women*. New York: Harper & Row.
- Weathers, F.W., Litz, B.T. Herman, D.S., Huska, J.A., Keane, T.M. (1993). The PTSD Checklist: reliability, validity and diagnostic utility. Paper presented at the annual meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies. San Antonio, TX.