

Ewa Misterska, Mariusz Borysiak

Bezpośrednie reakcje psychiczne w następstwie wydarzenia traumatycznego : wybrane zagadnienia

Przegląd Naukowo-Metodyczny. Edukacja dla Bezpieczeństwa nr 4, 235-241

2013

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

Ewa MISTERSKA

Wyższa Szkoła Bezpieczeństwa w Poznaniu

Mariusz BORYSIK

Komenda Policji w Gostyniu

BEZPOŚREDNIE REAKCJE PSYCHICZNE W NASTĘPSTWIE WYDARZENIA TRAUMATYCZNEGO – WYBRANE ZAGADNIENIA

Zagadnienia definicyjne

Pojęcia wydarzeń lub stresorów traumatycznych, lub sytuacji ekstremalnych oraz reakcji traumatycznej, pojawiają się w znanych i powszechnie cytowanych klasyfikacjach zaburzeń zdrowia psychicznego: DSM - IV i ICD - 10.¹ Zawierają one precyzyjne opisy zaburzeń emocjonalnych spowodowanych tego typu wydarzeniami. *Stresor traumatyczny* to doświadczenie związane z „poważnym zranieniem, śmiercią lub zagrożeniem integralności cielesnej własnej lub innych osób”, na które człowiek był „bezpośrednio narażony” lub otrzymał o nich informacje, i przeżywał wówczas „uczucie silnego strachu, bezradności lub przerażenia”.² Pojęcie *traumy*, czyli urazu w sensie psychologicznym, odnosi się do „stanu psychicznego wywołanego działaniem zagrażających zdrowiu i życiu czynników zewnętrznych, prowadzącego do głębokich zmian w funkcjonowaniu człowieka”.³ Zmiany te wyrażają się w zaburzeniach somatycznych i psychicznych.⁴

Jak wynika z tego opisu, zestaw zdarzeń zawierających się w pojęciu traumy lub też sytuacji ekstremalnej jest dość szeroki. Jednak wszystkie tego typu zdarzenia mają cechy czegoś, co ociera się o granice ludzkiej wytrzymałości na stresor lub wręcz je przekracza. Jest to cecha wspólna tych wszystkich sytuacji.⁵ Szereg cech różnicuje jednak wydarzenia traumatyczne, co jest nie bez znaczenia dla stanu psychicznego ofiar. Zalicza się tu takie różnice, jak masowość lub jednostkowość wydarzenia, czas trwania zdarzenia oraz to czy jest to sytuacja spowodowana przez naturę, czy uwarunkowana jest celowym działaniem człowieka. Znaczenie ma również to, czy straty mają charakter wyłącznie materialny, czy obejmują również ofiary w ludziach. Istotny jest także stopień uszkodzenia ciała u ofiar, które przeżyły wydarzenie traumatyczne oraz ich trwałość.⁶

Wyróżnić tu należy kategorię tak zwanych *sytuacji ekstremalnych*, które swoim ciężarem przytłaczają psychikę niemal każdego człowieka. Przytoczyć tu można na przykład śmierć członka rodziny, a w szczególności kilku członków, czy całkowitą utratę mienia w wyniku pożaru. Sytuacje ekstremalne wywołują także

¹ American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Text Revision*. Washington 2000; World Health Organization. *Klasyfikacja Zaburzeń Psychiczych i Zaburzeń Zachowania w ICD – 10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*. Kraków-Warszawa 1997

² J.E. Helzer, L.N. Robins, L. McEvoy, *Post – traumatic stress disorder in the general population. Findings of the epidemiologic catchment area survey*. New England Journal of Medicine 1987; 317:1630-1634

³ M. Dąbkowska, *Rozpoznawanie zespołu stresu pourazowego*. Neuropsychiatria i Neuropsychologia 2008; 3,2: 80-84

⁴ B. Zawadzki, J. Strelau, *Zaburzenia pourazowe jako następstwo kataklizmu*. Nauka 2008; 2: 47-55

⁵ B. Borys. *Sytuacje ekstremalne i ich wpływ na stan psychiczny człowieka.*, Psychiatria 2004; 2: 97-105

⁶ A.Y Shalev, T. Peri, L. Caneti, S. Schreiber. *Predictors of PTSD in injured trauma survivors*. American Journal of Psychiatry. 1996; 53: 219-224

zdarzenia długo- lub krótkotrwałe takie, jak działania wojenne, czy zdarzenie o charakterze katastrofy. Wymienia się tu też spowodowany przez człowieka lub w sposób naturalny kataklizm. Innym przykładem sytuacji ekstremalnych jest bycie ofiarą tortur, terroryzmu lub gwałtu. Wszystkie te zdarzenia mają cechę otarcia się o granice ludzkiej wytrzymałości na stres.⁷

Odrębną kategorię wydarzeń traumatycznych stanowią *wydarzenia masowe*. Są to sytuacje, w których poszkodowanych jest więcej osób. Trudno jednoznacznie określić liczbę ofiar, żeby daną sytuację zaliczyć, jako wydarzenie masowe. Wydarzenie masowe może obejmować większy obszar tak jak np. powódź lub dane miejsce, jak w przypadku katastrofy lotniczej. Wydarzenia masowe mają swoją specyfikę, ponieważ obejmują nie tylko zmarłych i osoby ranne, ale także członków rodzin tych osób które zostały bezpośrednio poszkodowane. Są to tak zwane *ofiary pośrednie*. Mówiąc o rodzaju i okolicznościach takich wydarzeń, należy wziąć pod uwagę kogo one dotyczą, jaka jest ich przyczyna oraz liczebność ofiar.⁸

Znaczenie czynnika czasu

Duży wpływ na zaburzenia stresowe ma czas trwania czynnika stresogennego. Bardzo trudno jest porównywać efekty, które powstały w sytuacji długotrwałego oddziaływania czynnika stresującego z krótkotrwałą traumą. Pierwsze są wynikiem na przykład przeżyć skazanego w obozie koncentracyjnym. Drugie z kolei mogą być wynikiem wypadku komunikacyjnego.

Badania przeprowadzone wśród więźniów obozów koncentracyjnych i weteranów wojennych dostarczyły bardzo dużo informacji na temat roli czynnika czasu. Ofiary te wykazywali objawy lęku, niepokój ruchowy, nadmierną pobudliwość, problemy z zasypianiem, koszmary nocne, reakcje fobiczne i nieustanne wspomnianie doświadczeń związanych z prześladowaniem. W czasie badań odległych psychiatrycznych następstw pobytu w obozie, na pierwszy plan wysuwały się w tej grupie chorych zaburzenia osobowości. Obserwowano u nich szereg objawów, jak obniżenie dynamiki życiowej w formie obniżenia nastroju, zwiększoną pobudliwość i drażliwość, nieufność wobec ludzi, lękliwość, apatię, płaczliwość, utratę sensu życia, zmniejszoną tolerancję wobec innych ludzi, konfliktowość, zubożenie na krzywdę innych, pesymizm, poczucie mniejszej wartości, brak lęku przed śmiercią.⁹

Bezpośrednie reakcje psychiczne na wydarzenia traumatyczne

Podkreśla się, że sytuacje ekstremalne niemal u każdego człowieka powodują wyraźną, często bardzo gwałtowną reakcję psychiczną, jednakże żadna z nich nie chroni całkowicie przed negatywnymi skutkami psychicznymi w wyniku doznanej traumy.¹⁰

Natychmiastowa reakcja większości osób w sytuacji bezpośredniego zagrożenia życia lub zdrowia lub bycia świadkiem takiego zdarzenia, stanowi mieszankę reakcji odrętwienia, zagubienia, szoku czy wycofania. Po bezpośrednim szoku i odrętwieniu część ofiar próbuje podejmować działania zmierzające

⁷ B. Borys, *Sytuacje ekstremalne i ich wpływ na stan psychiczny człowieka*, „Psychiatria” 2004; 2: 97-105

⁸ Ibidem

⁹ J. Heitzmann, *Psychiatryczna diagnoza zespołów pourazowych-klinika, orzecznictwo*. Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej 2002; 1:21-38

¹⁰ Ibidem

w kierunku ratowania się, a inne, paradoksalnie, zwracają się przeciwko służbom ratowniczym lub udzielającym pomocy świadkom wydarzenia. Opisuje się również zjawiska dysocjacji, polegające na całkowitym zniechęceniu.¹¹ Wyniki przeprowadzonych badań wskazują jednakże, że aktywna postawa człowieka usiłującego się ratować zmniejsza prawdopodobieństwo wystąpienia poważniejszych konsekwencji doznanej traumy, podczas gdy reakcje zniechęcenia (*stuporu*) stanowią znaczący predyktor rozwoju zespołu stresu pourazowego.¹² Konsekwencje przeżycia sytuacji traumatycznych obejmują również bardziej utrwalone i nasilone reakcje, sklasyfikowane we wspomnianych wyżej podręcznikach DSM - IV, ICD - 10.¹³

Możliwe reakcje fizyczne stanowią oznaki lęku, napięcia emocjonalnego lub silnego stresu. Najczęściej stwierdza się tu dreszcze, uczucie napięcia i bóle mięśniowe (zazwyczaj w okolicy głowy i szyi), bezsenność, zmęczenie, nadmierna senność i znużenie, palpacje serca, płytki oddech, zawroty głowy czy problemy żołądkowo-jelitowe, jak nudności, wymioty i biegunka.¹⁴

Ostra reakcja na stres a ostre zaburzenie stresowe

Źródłowym czynnikiem powodującym zaburzenia potraumatyczne jest stopień zagrożenia życia i zdrowia, spowodowany przez dane zdarzenie oraz towarzyszące mu silne emocje negatywne takie, jak: ekstremalny strach, przerażenie i poczucie bezradności oraz doznania dysocjacyjne (np. poczucie nierealności zdarzenia nieobecności czy stuporu).¹⁵

Objawy ostrej *reakcji stresowej* są naturalnym wyrazem radzenia sobie człowieka z przeciążeniem psychicznym następującym po konfrontacji z zagrożeniem zdrowia i / lub życia. Natomiast rozwinięcie się *zaburzenia stresowego* wskazuje na nieadekwatnie zwiększoną intensywność tych objawów. Objawy te opisywane są że u większości osób jako *naturalne reakcje na nienaturalne wydarzenie*.¹⁶

Objawy *ostrej reakcji na stres* (ASR) pojawiają się w ciągu około godziny od narażenia na wydarzenie traumatyczne, a ich nasilenie zmniejsza się w ciągu kolejnych 8 do 48 godzin, jeżeli stresor ma charakter jest przemijający. Ostra reakcja na stres obejmuje objawy typowe dla lęku: pobudzenie układu вегетatywnego, w tym trudności w oddychaniu, ból i przyspieszone bicie serca, nudności, biegunkę i omdlenie. Opisuje się również objawy derealizacji (poczucie nierealności świata, najbliższego otoczenia) oraz obawę o utratę kontroli nad zachowaniem, poczucie odrętwienia i objawy silnego napięcia psychicznego. Często obserwowane jest wycofanie ze społecznych interakcji, gniew lub agresja słowna, poczucie rozpaczliwej braku nadziei oraz zdezorganizowana aktywność.¹⁷ Osoby, u których stwierdza się zawężenie pola świadomości i uwagi, opisują ten

¹¹ Ibidem

¹² Ibidem

¹³ A.Y Shalev, T. Peri, L. Caneti, S. Schreiber. *Predictors of PTSD...*, op. cit.

¹⁴ Centre for Trauma, Resilience and Growth (CTRG). *Sposoby radzenia sobie z traumatycznymi przeżyciami. Porady w zakresie zdrowia psychicznego dla osób dorosłych*. Nottinghamshire Healthcare NHS Trust, www.nottinghamshirehealthcare.nhs.uk/trauma

¹⁵ B. Borys. *Sytuacje ekstremalne i ich wpływ na stan psychiczny człowieka*, „Psychiatria” 2004; 2: 97-105

¹⁶ A. Popiel, *Trauma, stresor traumatyczny – czym jest uraz psychiczny?* <http://psychiatria.mp.pl/choroby/show.html?id=74803>

¹⁷ Ibidem

stan jako „poruszanie się jak we mgle”,¹⁸ co negatywnie wpływa na procesy przetwarzania i kodowania informacji. Z tego względu częstym następstwem ostrej reakcji na stres jest niepamięć całości lub fragmentów wydarzenia traumatycznego, pomimo braku deficytów organicznych.¹⁹

Przyczynami wprowadzenia ostrego zaburzenia stresowego (acute stress disorder, ASD) w klasyfikacji DSM-IV było rozpoznawanie poważnych zaburzeń psychopatologicznych bezpośrednio po urazie, konieczność szybkiego udzielania pomocy ofiarom i rozpoczynania leczenia.²⁰

Diagnoza *ostrej reakcji na stres* w ICD-10 obejmuje inne, wcześniejsze zaburzenia określane jako „reakcja na stres związany z frontem”, „zmęczenie operacyjne”, „ostra reakcja kryzysowa”, „stan kryzysowy” czy „szok psychiczny”. Heitzmann podkreśla, że w odróżnieniu od diagnozy ASD w DSM-IV, diagnoza ASR w ICD-10 wydaje się bardziej kompetentna, spełniająca oczekiwania i budząca mniej wątpliwości.²¹

Zaburzenie to jest rozpoznawane podczas urazu lub bezpośrednio po nim, trwa co najmniej 2 dni i albo zanika w ciągu 4 tygodni po zdarzeniu traumatycznym, albo zmienia się diagnoza. Jeżeli objawy trwają ponad miesiąc i spełniają pełne kryteria zespołu stresu pourazowego (post traumatic stress disorder, PTSD), to wówczas zasadna jest diagnoza PTSD. Pacjent z ASD przejawiający wcześniej objawy dysocjacyjne, jest w stanie pobudzenia, objawiającym się nadmierną czujnością, lękiem lub rozdrażnieniem. Do pozostałych objawów należą intruzywne, nawracające wspomnienia, nad którymi pacjent nie ma kontroli. Chory dodatkowo unika rozmów i wszystkiego, co się może kojarzyć z wydarzeniem traumatycznym. Intensywność powyższych objawów, w naturalnych warunkach zazwyczaj zmniejsza się w ciągu kilku tygodni.²²

Diagnozowanie ASD wymaga ustalenia, czy prezentowane objawy są skutkiem bezpośredniego działania jakiejś substancji psychoaktywnej, czy też wynikają z ogólnego stanu zdrowia. Konieczne jest także wykluczenie krótkotrwałej psychozy. Zgodnie z ICD-10 ostra reakcja na stres często poprzedza diagnozę PTSD.²³

W porównaniu z kryteriami PTSD, dodatkowo zwraca uwagę zawarta w opisie stresora, wywołującego ASR, niezwykle nagle i zagrażająca zmiana pozycji społecznej i/lub sieci społecznej tej osoby. Przykładowo stresorem nieodzownym dla pojawienia się ASR może być (podobnie jak w PTSD): naturalna katastrofa żywiołowa, wypadek, uraz frontowy, napad, gwałt, wieloraka żałoba czy pożar domu. Objawy zwykle pojawiają się w ciągu kilku minut i często zanikają w ciągu godzin albo 2-3 dni. Według kryteriów ICD-10 stwierdza się bardziej kategorycznie, że objawy pojawiają się w ciągu 1 godziny po działaniu stresora. Jeżeli stresor jest przejściowy lub może zostać wyeliminowany, to objawy zaczynają się zmniejszać po okresie nieprzekraczającym 8 godzin. Jeżeli natomiast ekspozycja na stresor przedłuży się, objawy muszą się zmniejszać po okresie nie dłuższym niż 48 godzin.²⁴

¹⁸ Ibidem

¹⁹ Ibidem

²⁰ J. Heitzmann. *Psychiatryczna diagnoza zespołów...*, op. cit., 1:21-38

²¹ Ibidem

²² A. Popiel. *Trauma, stresor traumatyczny...*, op. cit.,

²³ J. Heitzmann. *Psychiatryczna diagnoza zespołów*, op. cit., 1:21-38

²⁴ Ibidem

Przyczyny ASD

Według Heitzmanna, ASD, etiologicznie wiąże się z przyczynami PTSD. W modelu etiologicznym PTSD, konieczne jest uwzględnienie elementów predysponujących związanych z podatnością danego człowieka na uraz, jak i cech charakterystycznych dla stresora, zmiennych pourazowych i współzachorowalności. Zaznaczyć należy, że nie do końca wiadomo, jakie czynniki stresogenne i jakie cechy predysponujące odgrywają najważniejszą rolę. Pomimo największej powszechności diagnozy PTSD inne rozpoznania związane z urazem (poza ASD, które etiologicznie wiąże się z PTSD) mogą obejmować różne postacie depresji, zaburzenia paniczne, fobie i nadużywanie substancji psychoaktywnych. Doznany uraz może się łączyć z nieprawidłową osobowością *borderline*, dysocjacyjnymi zaburzeniami osobowości, zaburzeniami odżywiania czy też zaburzeniami somatyzacyjnymi.²⁵

Bezpośrednie postępowanie w sytuacji wydarzenia traumatycznego

Wczesne praktyczne i społeczne wsparcie oraz opieka psychospołeczna mają charakter profilaktyczny, a ich celem jest zapobieganie rozwojowi długoterminowych problemów natury psychologicznej. Postępowanie to uzależnione jest od dwóch czynników: intensywności objawów oraz stopnia, w jakim one zakłócają funkcjonowanie psychospołeczne pacjenta, a także okresu ich trwania od wydarzenia traumatycznego.²⁶

Grupy docelowe interwencji środowiskowej stanowią osoby bezpośrednio dotknięte katastrofą oraz ich rodziny, świadkowie i personel służb oraz organizacji biorących udział w akcji naprawiania szkód wyrządzonych przez katastrofę. Potrzeba bieżącej, średnio- i długoterminowej opieki psychospołecznej wobec grup zwiększonego ryzyka powinna być rozpoznana od samego początku. Jednakże, w przypadku większości ludzi dotkniętych katastrofą, pomoc może być potrzebna tylko podczas fazy ratowania i bezpośrednio po niej.²⁷

Interwencje środowiskowe po katastrofach powinny objąć takie działania, jak praktyczna pomoc udzielana stosownie do potrzeb, wsparcie emocjonalne i wstępna pomoc osobom cierpiącym z powodu skutków stresu; wsparcie informacyjne (np. odnośnie poszukiwań członków rodziny, dostępności tymczasowego zakwaterowania, żywności, opieki zdrowotnej, pomocy prawnej i psychologicznej). Istotne jest również wsparcie materialne, jak zakwaterowanie, żywność, zasiłki, czy bezpośrednia pomoc finansowa. Duże znaczenie ma także organizowanie grup wsparcia społecznego oraz zapewnianie interwencji z zakresu opieki psychospołecznej wobec ludności dotkniętej katastrofą, z uwzględnieniem dostępu do specjalistycznej opieki psychologicznej i farmakologicznej, gdy jest ona konieczna.²⁸

²⁵ Ibidem

²⁶ Europejska Sieć do spraw Stresu Traumatycznego (TENTS). *Interwencje w następstwie katastrof*, 2009 http://www.coe.int/t/dg4/majorhazards/ressources/virtuallibrary/materials/poland/_~82~TENTS_interwencje_-_broszura_Polish_FINAL.pdf

²⁷ Ibidem

²⁸ Ibidem

Streszczenie

Sytuacje traumatyczne niemal u każdego człowieka powodują wyraźną, często bardzo gwałtowną reakcję psychiczną. Natychmiastowa reakcja większości osób w sytuacji bezpośredniego zagrożenia życia lub zdrowia lub bycia świadkiem takiego zdarzenia, stanowi mieszankę reakcji odrętwienia, zagubienia, szoku czy wycofania. Możliwe reakcje fizyczne (m. in. dreszcze, bóle mięśniowe, palpacje serca, płytki oddech, zawroty głowy) stanowią oznaki lęku, napięcia emocjonalnego lub silnego stresu. Objawy ostrej reakcji na stres są naturalnym wyrazem radzenia sobie człowiekowi z przeciążeniem psychicznym następującym po konfrontacji z zagrożeniem zdrowia i / lub życia. Rozwinięcie się ostrego zaburzenia stresowego wskazuje na nieadekwatnie zwiększoną intensywność tych objawów. Wczesne praktyczne i społeczne wsparcie oraz opieka psychospołeczna mają charakter profilaktyczny, a ich celem jest zapobieganie rozwojowi długoterminowych problemów natury psychologicznej. Ich zakres uzależniony jest od intensywności objawów, stopnia, w jakim one zakłócają funkcjonowanie psychospołeczne pacjenta oraz czasu ich trwania od wydarzenia traumatycznego.

Summary

A traumatic event provokes a clear, often very sudden psychic reaction. The majority of people, when directly faced with a life – threatening situation or having witnessed such an event, experience a mixed reaction including feeling numb or lost, shock or withdrawal. Possible physical reactions (such as tremors, muscle pain, heart palpitations, shallow breathing, dizziness) are indications of fear, emotional tension or intense stress. The symptoms of a strong reaction to stress are a natural expression of how humans deal with a mental overload following a life – threatening experience or when their health is at risk. The development of an acute stress disorder indicates an increased intensity of these symptoms. Early practical and social support and psycho-social care are preventative in nature, their aim is to avert development of long-term psychological problems which are related to the intensity of the symptoms, the degree to which the patient's psycho-social functioning is disrupted and how long the symptoms have been present since the traumatic event occurred.

Bibliografia

1. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Text Revision.* Washington 2000
2. Borys B., *Sytuacje ekstremalne i ich wpływ na stan psychiczny człowieka.* Psychiatria 2004
3. Centre for Trauma, Resilience and Growth (CTRG). *Sposoby radzenie sobie z traumatycznymi przeżyciami. Porady w zakresie zdrowia psychicznego dla osób dorosłych.* Nottinghamshire Healthcare NHS Trust. www.nottinghamshirehealthcare.nhs.uk/trauma
4. Dąbkowska M., *Rozpoznawanie zespołu stresu pourazowego.* Neuropsychiatria i Neuropsychologia 2008
5. Europejska Sieć do spraw Stresu Traumatycznego (TENTS). *Interwencje w następstwie katastrof.* 2009. http://www.coe.int/t/dg4/majorhazards/ressources/virtuallibrary/materials/poland/~82~TENTS_interwencje_-_broszur?a_Polish_FINAL.pdf

6. Heitzmann J., *Psychiatryczna diagnoza zespołów pourazowych-klinika, orzecznictwo*. Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej 2002
7. Helzer J.E., Robins L.N., McEvoy L., *Post – traumatic stress disorder in the general population. Findings of the epidemiologic catchment area survey*. New England Journal of Medicine 1987
8. Popiel A., *Trauma, stresor traumatyczny – czym jest uraz psychiczny?* <http://psychiatria.mp.pl/choroby/show.html?id=74803>
9. Shalev A.Y., Peri T., Caneti L., Schreiber S., *Predictors of PTSD in injured trauma survivors*. American Journal of Psychiatry. 1996
10. World Health Organization. *Klasyfikacja Zaburzeń Psychiczych i Zaburzeń Zachowania w ICD – 10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*. Kraków-Warszawa 1997
11. Zawadzki B., Strelau J., *Zaburzenia pourazowe jako następstwo kataklizmu*. Nauka 2008