

Monika Ucińska

Instytut Transportu Samochodowego

Ewa Odachowska

Akademia Pedagogiki Specjalnej im. M. Grzegorzewskiej

NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ JAKO KONSEKWENCJA WYPADKU DROGOWEGO – PSYCHOLOGICZNE WSPARCIE OSÓB Z DYSFUNKCJAMI

Wypadki drogowe uznaje się w wielu krajach, w tym również w Polsce za jeden z największych problemów zdrowia publicznego. Świadczy o tym liczba ofiar ruchu drogowego oraz wtórne konsekwencje fizyczne, psychiczne, społeczne i materialne przez nie ponoszone. Wiele osób na skutek uczestnictwa w wypadku drogowym traci sprawność. Z psychologicznego punktu widzenia niepełnosprawność będąca skutkiem wydarzenia traumatycznego (np. wypadku drogowego) w porównaniu z niepełnosprawnością od urodzenia bądź nabytą w innej sytuacji, jest najtrudniejsza do zaakceptowania przez jednostkę. Osoba doświadczająca niepełnosprawności nagle i dla niej niespodziewanie zmuszona jest nauczyć się funkcjonować w nowej rzeczywistości. Powrót do równowagi psychicznej jest zazwyczaj długim i trudnym procesem, wymagającym wsparcia ze strony nie tylko najbliższego otoczenia, ale często również psychologa.

W niniejszym artykule omówiony zostanie aspekt niepełnosprawności jako skutku uczestnictwa w wypadku drogowym oraz konsekwencje zdrowotne, psychiczne i społeczne tego zdarzenia w odniesieniu do niepełnosprawności. Ponadto omówione zostaną metody terapeutyczne stosowane u ofiar wypadków drogowych, ze szczególnym uwzględnieniem osób, które w ich wyniku straciły sprawność.

DISABILITY AS A CONSEQUENCE OF THE ROAD ACCIDENT - PSYCHOLOGICAL SUPPORT FOR PEOPLE WITH DYSFUNCTIONS

Road accidents are recognized in many countries, including Poland, as one of the biggest public health problems. This is evidenced by the number of victims of road traffic and the secondary physical, psychological, social and material consequences incurred by them. Many people lose physical abilities as a result of participation in a road accident.

From a psychological point of view, disability resulting from traumatic event (e.g. traffic accident) compared with disabilities from birth or acquired in any other situation, is the most difficult to accept by the person. The person experiencing disability suddenly is unexpectedly forced to learn how to function in the new reality. The return to the psychological balance is usually a long and difficult process, requiring the support of not only the immediate surroundings, but often also a psychologist.

This article will discuss the aspect of disability as the effect of participation in a road accident and health, mental and social consequences of this event in relation to disability. It also explains the therapeutic methods used in the case of the road accident victims, with a particular focus on people who have lost physical abilities as a result of them.

„Moment pojawienia się niepełnosprawności jest dla większości ludzi wydarzeniem o wielkim ciężarze. Niepełnosprawność jest ciosem dla psychiki człowieka”.

[41, s. 191]

Wstęp

Od lat wskazuje się, że w Polsce jest najwyższy, w porównaniu z innymi krajami Unii Europejskiej, wskaźnik wypadków drogowych ze skutkiem śmiertelnym. Ryzyko utraty życia na polskich drogach jest dwukrotnie większe niż średnia europejska w tym zakresie i ponad trzykrotnie większe niż w Wielkiej Brytanii, Holandii czy Szwecji. Według statystyk Komendy Głównej Policji [48] w Polsce w 2015 roku wydarzyło się 32 967 wypadków drogowych, w których zginęły 2 938 osoby, a 39 778 odniosło obrażenia ciała. Pomimo, że z każdym rokiem liczba wypadków drogowych, a co za tym idzie osób rannych i zabitych maleje, to statystyki pozostawiają wciąż wiele do życzenia.

Analizując statystyki wypadków rzadko uświadamiamy sobie, że za każdą informacją o wypadku kryje się czyjś dramat. Jedni tracą życie, inni bliskich, a przed tymi, którzy zostali niepełnosprawnymi na skutek wypadku - tygodnie, miesiące czasem lata leczenia, rehabilitacji oraz ból i walka o odzyskanie zdrowia i umiejętność odnalezienia się w nowej rzeczywistości.

Niepełnosprawność będąca skutkiem np. wypadku drogowego w porównaniu z niepełnosprawnością od urodzenia bądź nabytą w innej sytuacji, jest najtrudniejsza do zaakceptowania przez jednostkę. W przypadku choroby przewlekłej osoba liczy jeszcze na poprawę stanu zdrowia a niepełnosprawność, jeśli wystąpi, postępuje zazwyczaj stopniowo. W tym przypadku jest ona skutkiem nagłego wydarzenia, nierzadko związanego z zagrożeniem życia. Problemem jest również fakt, iż osoby niepełnosprawne w skutek zdarzenia traumatycznego często doświadczają symptomów stresu pourazowego.

Zaburzone funkcjonowanie organizmu może prowadzić nie tylko do niepełnosprawności społecznej, ale również wpływać na znaczne obciążenie psychiczne jednostki. Związane jest to z utratą częściowej lub pełnej zdolności do podmiotowego organizowania własnego działania, co z kolei utrudnia zaspokajanie potrzeb i wywiązywanie się z zadań narzuconych przez otoczenie społeczne. Im większa będzie niepełnosprawność w aspekcie psychicznym, tym niewspółmiernie większe w stosunku do uszkodzenia organizmu będą społeczne skutki zaistniałej dysfunkcji. Dlatego też ważną rolę w poprawie funkcjonowania psychicznego przypisuje się nie tylko rehabilitacji fizycznej, ale również, rehabilitacji psychologicznej, która polega na wytworzeniu akceptacji własnej sytuacji życiowej. Z uwagi na to poza wsparciem ze strony najbliższych często niezbędne jest wsparcie terapeutyczne, które w tym przypadku może dotyczyć dwóch sfer. Z jednej strony radzenia sobie z symptomami PTSD (jeśli jednostka doświadcza jego objawów), a z drugiej radzenia sobie z kryzysem spowodowanym nabytą niepełnosprawnością. Na proces ten wpływ ma wiele czynników. Jako pierwszy wskazuje się rodzaj oraz stopień upośledzenia – im bardziej jest ono widoczne tym bardziej zaburza normalne funkcjonowanie i tym trudniej jest się z nim pogodzić. Nie mniej istotny jest także czas trwania kalectwa czy też choroby, dokuczliwość, stopień zagrożenia życia, własności indywidualne (wiek, płeć, osobowość, wykształcenie czy pełnione role społeczne). Ponadto badacze wskazują na istotność zakresu i rodzaj posiadanych

kontaktów społecznych, od ich jakości zależy adaptacja do nowych warunków, ponieważ obecność innych może być zarówno stymulująca lub niekorzystna (np. gdy okazują litość, odrazę czy odrzucenie). Ostatnim ważnym czynnikiem jest sytuacja ekonomiczna dająca ewentualną możliwość poddania się operacjom rekonstruującym lub zakup specjalistycznych sprzętów umożliwiających poprawę funkcjonowania np. protez, wózków inwalidzkich, pojazdu dostosowanego do danej dysfunkcji.

Wszystkie te aspekty będą miały niebagatelny wpływ na funkcjonowanie jednostki po nabyciu niepełnosprawności, zwłaszcza w sytuacji, gdy dysfunkcja jest wynikiem niespodziewanego zdarzenia.

1. Niepełnosprawność jako efekt wypadku drogowego

Niepełnosprawność łączy się z aspektami zarówno fizycznymi, jak i psychicznymi funkcjonowania człowieka. Te ostatnie wykazują pewną specyfikę w zależności od czasu powstania niepełnosprawności. To kryterium okresu życia, w którym wystąpiła niepełnosprawność jest, z psychologicznego punktu widzenia, niezmiernie istotne z uwagi na to, iż moment nabycia niepełnosprawności nie pozostaje bez znaczenia dla dynamiki rozwoju jednostki oraz jej przyszłego funkcjonowania w otoczeniu społecznym [10]. Podział, jaki odnajduje się w literaturze przedmiotu wskazuje na osoby z niepełnosprawnością od urodzenia lub bardzo wczesnego dzieciństwa oraz osoby z dysfunkcją nabytą w różnych okresach życia, wśród których wymienia się jednostki niepełnosprawne z powodu różnych chorób (w tym zawodowych i wypadków przy pracy), z powodu wypadków/urazów pozazawodowych, bądź na skutek działań wojennych, czy wreszcie z powodu zmian spowodowanych starzeniem się organizmu i schorzeniami wieku starczego [33]. Skutki psychiczne dla funkcjonowania jednostki są różne w zależności od tych uwarunkowań.

Specyfika stanu psychofizjologicznego osoby niepełnosprawnej od urodzenia znacznie różni się od tej, jaka jest udziałem osoby, która doznała urazu w późniejszym okresie życia. Osoba taka pozbawiona jest tych wszystkich reakcji, których źródła tkwią w poprzednim dobrym stanie własnego zdrowia. Spowodowane jest to brakiem w ośrodkach mózgowych reprezentacji poprawnych ruchów i innego sposobu funkcjonowania. Osoba rodzi się niepełnosprawna i nie ma punktu odniesienia swojego stanu, nie ma zatem skali porównawczej. Niepełnosprawność jest w tym wypadku czymś naturalnym, integrującym ciało w czasie rozwoju indywidualnego [21]. Problemy natury psychicznej mogą w tym wypadku wynikać z efektu porównywania się do osób zdrowych, niemniej jednak zależy to w dużej mierze od stopnia niepełnosprawności.

Biorąc pod uwagę osoby z uszkodzeniami narządu ruchu o charakterze wrodzonym lub bardzo wczesnie nabytym, wydają się one ponosić mniejsze koszty fizycznie i psychicznie wynikające z niepełnosprawności niż osoby, które nabyły niepełnosprawność w późniejszym okresie życia [21]. Osoby takie potrzebują wsparcia psychologicznego w podtrzymaniu lub zbudowaniu motywacji do rehabilitacji, aktywności społecznej i zawodowej.

Niepełnosprawność nabyta w wyniku jakiegoś zdarzenia dotyczy najczęściej sytuacji, w której dochodzi do uszkodzeń narządowych np. narządów ruchu powodujących powstanie niepełnosprawności fizycznej. Niepełnosprawność nabyta może dotyczyć również uszkodzeń narządów zmysłów – wzroku, słuchu i innych bądź uszkodzeń dotyczących funkcji motorycznych. Osoba, które doznaje uszkodzenia i jego rodzina staje zatem w obliczu zupełnie nowej, wręcz ekstremalnej sytuacji. W takim przypadku

„... utratę sprawności należy postrzegać jako wydarzenie przełomowe, noszące znamiona traumy. Trwała utrata zdrowia oznacza konieczność zmiany postrzegania siebie i świata na każdym możliwym poziomie: funkcjonalnym, emocjonalnym, poznawczym, społecznym i zawodowym (...) jest to sytuacja nieoczekiwana, nowa i zarazem bardzo ważna: stanowi przyczynę silnego stresu (...) Trauma łączy się nierozzerwalnie z cierpieniem (...).” [45, s. 24-25].

Funkcjonowanie rodzinne i społeczne musi zostać przeorganizowane z uwagi na fakt, iż normalny tok codziennych spraw także ulega zaburzeniu. Często niemożliwe staje się realizowanie wielu dotychczasowych ról społecznych, odgrywanych w domu, rodzinie, w pracy. Zmniejszenie aktywności społecznej lub nawet jej całkowite zaprzestanie stanowi istotne następstwo choroby [13]. Na ogół nie mogą oni sprostać oczekiwaniom i potrzebom przyjaciół, tracą inicjatywę towarzyską, rezygnują z kontaktów przyjacielskich lub w ogóle nie nawiązują nowych. Odizolowanie się od znajomych, rezygnacja z pracy wywołuje u osób niepełnosprawnych bardzo silny emocjonalny stres, który może pogorszyć ich stan zdrowia. Niektórzy, chcąc podtrzymać aktywność zawodową, dążą do przekwalifikowania i zmiany zawodu. W przypadku tego rodzaju niepełnosprawności bardzo znaczącą funkcję pełni, podobnie jak w wielu innych przypadkach, rodzina. Priorytetem staje się tutaj realizacja potrzeb psychicznych. Równoległe ze stopniowym przechodzeniem chorego do stanu psychospołecznej degradacji występuje proces somatopsychicznego przystosowania się do zmieniającego się stanu zdrowia oraz dostosowania się do sytuacji rodzinnej i społecznej. Adaptacja ta polega na uznaniu, że jest się chorym, na osiągnięciu akceptacji choroby przez środowisko oraz na próbach rozwiązania problemów zdrowotnych, rodzinnych i społecznych. Jak wynika z badań, stopień i zakres psychospołecznej adaptacji wykazuje znaczne indywidualne różnice [13]. Niektóre osoby szybciej wracają do równowagi psychicznej poprzez akceptację swojej sytuacji, inne mają większy problem z pogodzeniem się z zaistniałym stanem, co w niektórych przypadkach skutkuje nawet całkowitym wycofaniem się z życia społecznego i zawodowego.

Najtrudniejsza do zaakceptowania, z psychologicznego punktu widzenia, jest niepełnosprawność będąca skutkiem wydarzenia traumatycznego (nagłego wydarzenia, nierzadko związanego z zagrożeniem życia), na które przeciętny człowiek nie jest przygotowany. Do najczęstszych przyczyn niepełnosprawności będącej efektem zdarzenia traumatycznego należą przede wszystkim urazy spowodowane poprzez:

- **wypadki drogowe: samochodowe, motocyklowe i rowerowe, wypadki z udziałem pieszych,**
- przemoc: postrzały z broni palnej, agresja fizyczna (uraz spowodowany zachowaniem własnym lub innej osoby),
- upadki i inne (np. wypadki przy pracy),
- uprawianie sportu, np.: skoki do wody, jazda na nartach, pływanie na desce surfingowej itp.,
- inne takie jak: powikłania leczenia i pooperacyjne, uderzenie przez spadający przedmiot itp.

Wypadek drogowy, zwłaszcza poważny, spełnia wszystkie kryteria zdarzenia traumatycznego, a tym samym wpływa na funkcjonowanie osób w nim uczestniczących, często zmieniając psychikę ofiar i powodując uraz na całe życie. Głównym aspektem wyróżniającym doświadczenia traumatyczne (w tym wypadki) spośród innych doświadczeń stresowych jest fakt, iż wykraczają one poza normalne, codzienne sytuacje, często zdarzając się zupełnie niespodziewane, a przez to zasymilowanie ich

z dotychczasowym doświadczeniem stanowi znaczną trudność [19]. Badania dowodzą, iż uwolnione w trakcie traumy emocjonalnej hormony stresu, głównie noradrenalina, powodują nadmierne utrwalenie pamięci urazu i towarzyszących mu okoliczności [37]. U wielu osób, które uczestniczyły w takich zdarzeniach występują różnego rodzaju trudności emocjonalne, mogące przekształcić się w głębokie i długo utrzymujące się zmiany, wyrażające się w zaburzeniach somatycznych i psychicznych. Skutki urazu psychicznego spowodowanego uczestnictwem w wypadku drogowym potrafią zburzyć równowagę psychiczną na tygodnie, miesiące, czasem na lata. U części osób pojawiają się objawy psychologiczne, określane mianem zespołu stresu pourazowego (PTSD). Zaburzenie to nie dotyka jednak wszystkich uczestników wypadków.

W przypadku tego rodzaju sytuacji to rodzina odgrywa podstawową rolę w procesie zdrowienia jednostki, będąc głównym oparciem zaspokajając potrzeby materialne i niematerialne, dając poczucie bezpieczeństwa. W wielu przypadkach jednak niezbędne jest wsparcie terapeutyczne.

2. Konsekwencje wypadków i powstałej na ich skutek niepełnosprawności

Konsekwencje wypadków dotyczą różnych sfer i obszarów życia poszkodowanych. Najbardziej widocznymi ich efektami są obrażenia fizyczne i ich konsekwencje zdrowotne (niepełnosprawność). Wypadek powoduje także urazy psychiczne, których leczenie trwa czasem całe życie. Utrata zdrowia na skutek wypadku drogowego nierozzerwalnie wiąże się także z aspektem psychicznym. Badania dowodzą, iż im większy uraz doznany podczas wypadku, tym większe prawdopodobieństwo doświadczenia znacznych konsekwencji dla zdrowia psychicznego, w tym także zaburzeń w postaci Zespołu Stresu Pourazowego (PTSD). Do najpoważniejszych fizycznych konsekwencji wypadków należą: urazy powodujące poważne uszkodzenie głowy, urazy kręgosłupa skutkujące przerwaniem rdzenia kręgowego, powikłane złamania kości lub amputacje kończyn, uszkodzenia klatki piersiowej i narządów wewnętrznych jamy brzusznej, urazy wielonarządowe. Badania Kruger [26] pokazują, że defekt ciała wywołuje największe przeżycia u osób dorosłych. Ponadto wielkość traumy psychologicznej powstałej pod wpływem uszkodzenia ciała zależy nie tylko od nagłości pojawienia się defektu oraz czasu jego nabycia. Castelnuevo-Tedesco [11] wykazał, że siła negatywnych przeżyć może być określana przez:

- wielkość i lokalizację uszkodzenia ciała,
- jego wpływ na ogólny stan zdrowia,
- widoczność defektu ciała,
- ocenę możliwości fizycznej restytucji uszkodzenia,
- doświadczenie wcześniejszych urazów ciała,
- pamięć zdarzenia, które spowodowało uszkodzenia,
- właściwości osobowości jednostki niepełnosprawnej.

Warto podkreślić, że zakres niepełnosprawności nie zależy jedynie od poziomu uszkodzenia fizycznego, ale również, jak już wskazywano, od czynników społecznych, czynników psychicznych (m.in. oczekiwań, sieci wsparcia, sposobu radzenia sobie ze swoim stanem zdrowia), czynników osobowych (m.in. osobowości, stylu życia, aktywności zawodowej i społecznej, stanu zdrowia) oraz czynników środowiskowych (m.in. czasu pomiędzy urazem a udzieleniem pierwszej pomocy, jej jakością, okresem leczenia, możliwością wczesnej rehabilitacji, wsparcia psychologa i innych osób, aspektów finansowych, itp.) [46].

Aby jak najszybciej powrócić do zdrowia (w tym przypadku głównie w aspekcie psychicznym), ofiary wypadków muszą przejść długi proces rehabilitacji, który zazwyczaj jest złożony i różnokierunkowy. Oddziaływania terapeutyczne dotyczą: kinezyterapii, która polega na wykorzystaniu ruchu jako środka leczniczego, a jej celem jest odbudowa, utrzymanie i rozwój ogólnej sprawności fizycznej oraz poprawa sprawności psychicznej człowieka. Ponadto, fizykoterapię, która wykorzystuje wpływ różnych bodźców na organizm. Często stosowana jest także elektroterapia (leczenie prądem elektrycznym), magnetoterapia (leczenie polem magnetycznym), światłolecznictwo, termoterapia czy hydroterapia [22,28,44]. I wreszcie element wspomagający, ale niezbędny w procesie zdrowienia to wsparcie psychologiczne. Z punktu widzenia leczenia, aby rehabilitacja przynosiła zamierzone efekty musi być [25].

- wczesna, najlepiej realizowana jeszcze w oddziale urazowym, aby zminimalizować skutki urazu i przeciwdziałać ryzyku powikłań,
- ciągła, prowadzona tak długo, jak to jest konieczne,
- powszechna, a więc dostępna dla każdego poszkodowanego, celem zredukowania kosztów przebytego urazu (bezpośrednich i pośrednich),
- kompleksowa, czyli uwzględniająca całościowy problem, który jest wynikiem przebytego urazu.

Niestety nie u każdego przebiega w jednakowy sposób i nie wszyscy poszkodowani w równym stopniu wracają do stabilnego i znormalizowanego, choć nowego funkcjonowania. Jak wskazują badania Światowej Organizacji Zdrowia [46] na rodzaj oraz przebieg rehabilitacji mają wpływ zarówno wiek (w wieku starszym częściej dochodzi do powikłań w leczeniu urazów), płeć (statystycznie częściej ofiarami wypadków są mężczyźni), uwarunkowania rodzinne (opieka nad osobą niepełnosprawną wymaga od jej najbliższych zazwyczaj przeorganizowania życia), styl życia (aktywny styl życia przed wypadkiem może utrudniać akceptację niepełnosprawności i niesie ryzyko wystąpienia zaburzeń natury psychicznej u poszkodowanego np. depresji), uwarunkowania zdrowotne (uraz może przyspieszyć rozwój chorób samoistnych, a to może mieć wpływ na efektywność rehabilitacji), aktywność zawodowa (osoby bardziej aktywne zawodowo przejawiają zwykle większą motywację do rehabilitacji, mają też zazwyczaj lepsze warunki ekonomiczne, co ma wpływ na dostęp do nowoczesnych metod rehabilitacji) [46].

Psychologiczne następstwa wypadku drogowego, w którego konsekwencji powstaje niepełnosprawność, są niezwykle szerokie. Dotychczasowe badania nad stanem psychicznym chorych dają możliwość określenia przebiegu reakcji emocjonalnych pod wpływem szoku psychicznego spowodowanego nagłym powstaniem ciężkiego inwalidztwa oraz pozwalają prześledzić działania mechanizmów psychicznych w procesie adaptacji do nowych warunków fizycznych. [21] Psychologowie określają kilka etapów, w jakich przebiegają zmiany psychiczne [24]. Etapy te obejmują:

- „szok” wynikający z samego faktu zaistnienia inwalidztwa (często osoba nie przyjmuje do wiadomości diagnozy (stosuje mechanizm obronny wyparcia) i robi plany na dalszą przyszłość jakby choroby w jej życiu nie było;
- oczekiwanie na wyzdrowienie (uświadomienie swojego stanu zdrowotnego, jednakże traktowanie go jako stanu chwilowego; pacjent oczekuje poprawy, wierząc w pełne wyleczenie; oczekiwanie to ma często charakter irracjonalny),
- okres żalu i przygnębienia, wynikający z uświadomienia sobie straty (w wyniku wyczerpania organizmu i bycia w ciągłym stresie i napięciu następuje rezygnacja; pacjent na skutek dostrzegania braku poprawy uświadamia sobie, że stracił swoje dawne życie bezpowrotnie i nic już nie będzie takie, jak przedtem; niepełnosprawność

traktowana jest jako bariera nie do pokonania; osoba staje się depresyjna, apatyczna, bez chęci do życia);

- okres reakcji obronnych - stwierdzanie, że pewne przeszkody są możliwe do pokonania, a pojawiające się bariery nie ograniczają całkowicie realizacji celów życiowych;
- wreszcie okres zyskiwania (faza przystosowania) - akceptacja inwalidztwa, na którą składa się: realna ocena, dostosowanie się do ograniczeń narzuconych przez inwalidztwo, wykształcenie przez osobę niepełnosprawną odpowiednich postaw wobec siebie i wobec innych [32].

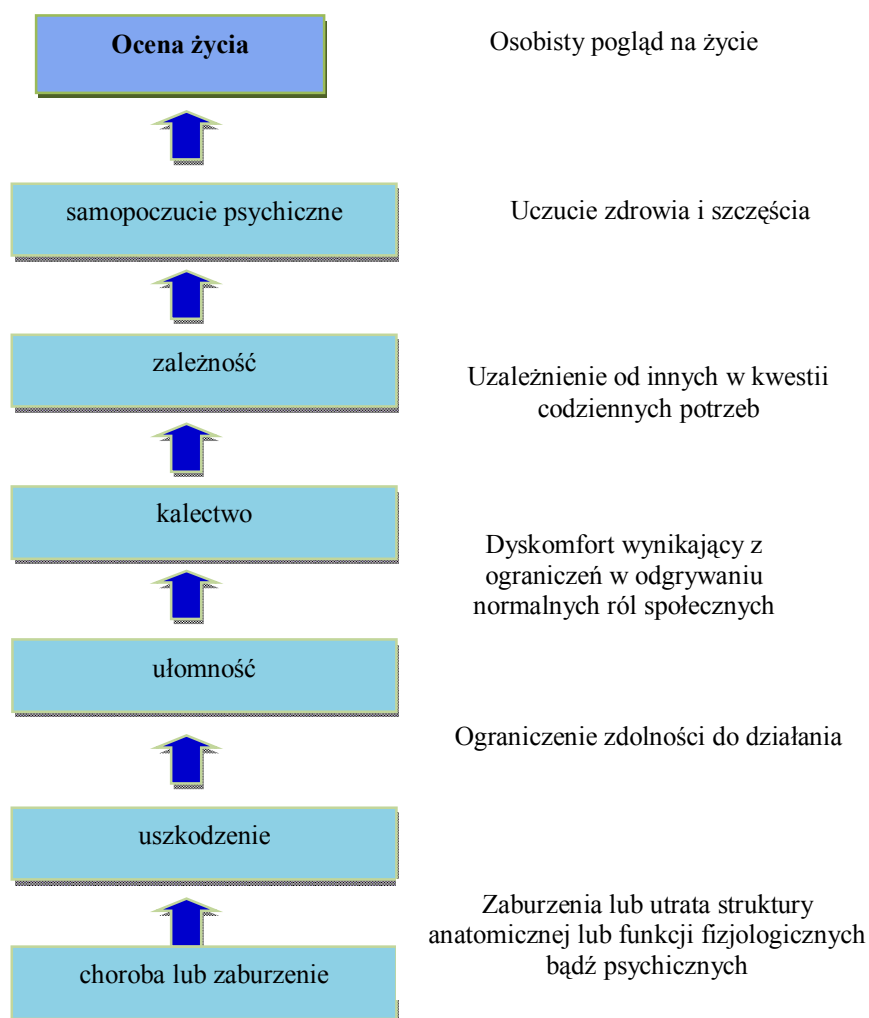
Kubler-Ross [27] wyróżnia pięć etapów żałoby (w tym po utracie zdrowia): szok, zaprzeczanie i izolacja, gniew i bunt, targowanie się, depresja (obniżenie nastroju, poczucie winy, lęk). Dopiero po tych etapach, niezależnie od ich kolejności, następuje akceptacja zaistniałej sytuacji. Inni badacze wskazują na istnienie różnic indywidualnych w zakresie reagowania na kryzys związany z utratą sprawności, bywa także, iż jednostka wydaje się nie akceptować nowego stanu.

Dużym problemem jest także fakt, iż osoby niepełnosprawne w skutek zdarzenia traumatycznego często doświadczają symptomów stresu pourazowego, wraz z ogólnym wzrostem poziomu lęku i emocjonalnej degradacji, która może prowadzić do stanów depresyjnych. Przeżycia i reakcje osób, które doświadczyły bezpośrednio zdarzenia traumatycznego były jego świadkiem lub zostały skonfrontowane ze zdarzeniem, w którym ktoś poniósł śmierć lub istniała groźba śmierci, ktoś doznał poważnych obrażeń lub utracił fizyczną integralność, a reakcja na to zdarzenie (wypadek) obejmowała silny strach, poczucie grozy i bezradność, mogą powodować pojawienie się objawów zaburzeń po stresie traumatycznym [1, 2]. Przejawy zaburzeń dotyczą sfery myśli, emocji, działania oraz sfery somatycznej i występują najczęściej pod postacią natrętnie powracających przypomnień sytuacji (w tym przeżywania nagłego poczucia o intruzywnym charakterze, że wydarzenie znów ma miejsce); reagowania silnym napięciem emocjonalnym na sygnały przypominające i kojarzone ze zdarzeniem traumatycznym, niejednokrotnie z fizjologicznymi reakcjami na bodźce, przedmioty, które kojarzą się z jakimś aspektem zdarzenia traumatycznego. Kolejną dużą grupę objawów obejmują symptomy uporczywego unikania bodźców związanych z traumą i ogólnym odwróceniem psychicznym (zamrożeniem emocji, myśli i działania) wyparciem z pamięci ważnych aspektów wydarzenia, unikaniem miejsc i ludzi związanych z wydarzeniem. Ofiary zdarzeń traumatycznych borykają się także często z niemożnością przypomnienia sobie ważnego aspektu traumy, uczuciami obojętności lub chłodu w kontaktach z ludźmi. Wiąże się z tym również poczucie wyobcowania, obniżenie zainteresowania ważnymi do tej pory sprawami, pesymistyczna ocena przyszłości, niechęć do podejmowania decyzji i ich realizacji. Charakterystyczne są trudności w zasypianiu, drażliwość i wybuchy gniewu, trudności w koncentracji uwagi. Ogólnie jednostka taka odczuwa wzmożony niepokój i czujność, co nie pozostaje bez wpływu na funkcjonowanie społeczne i zawodowe, czego skutkiem może być poszukiwanie nieadekwatnych często sposobów radzenia sobie z zaistniałym kryzysem, w tym częstego sięgania po alkohol, narkotyki lub zachowywania się w ryzykowny sposób.

Jeżeli w/w objawy utrzymują się przez okres co najmniej 30 dni możemy mówić o Zespole Stresu Pourazowego (PTSD), jeśli trwają krócej – mamy do czynienia z Zespołem Stresu Ostrego (ASD). Badania wskazują, iż zaburzenia pourazowe występują u mniej więcej 45% ofiar wypadków komunikacyjnych, czyli u niemal połowy [5]. Ponadto u 63 % badanych stwierdzenie ASD do miesiąca po zdarzeniu pozwala z dużym prawdopodobieństwem przewidywać rozwój PTSD [9]. Badania wskazały też, iż podczas

gdy u połowy osób można zdiagnozować umiarkowany stopień zaburzeń pourazowych, niemal jedna trzecia badanych przejawia ekstremalne ich natężenie. U około 20% badanych stwierdzono umiarkowany stopień występowania objawów intruzywnych, a u 18% zdiagnozowano stopień ekstremalny. W przypadku symptomów unikania, 18% posiadało je w stopniu ekstremalnym, a 32% umiarkowanym. Analizy pokazały również, że zdecydowana większość ofiar wypadków komunikacyjnych przejawiała przynajmniej umiarkowane natężenie lęku (u 76% osób zdiagnozowano lęk jako stan, u 63% lęk posiadał status cechy).

Człowiek, tracąc zdrowie, często dotychczasowy wygląd, zdolność do pracy, traci jednocześnie dobrą samoocenę. Zaakceptowanie własnego kalectwa nie polega na pogodzeniu się z poniesioną stratą, ale wiąże się z przyjęciem nowych wyzwań życiowych. Poziomy oddziaływania niepełnosprawności na życie jednostki są zatem bardziej szerokie i długofalowe, niż powszechnie się uważa (por. Rys. 1).



Rys. 1. Poziomy oddziaływania choroby [40]

Fig 1. Illness impact levels [40]

Konsekwencje trwałego uszkodzenia organizmu można podzielić na bezpośrednie i długofalowe [24]. Pierwsze polegają na silnych reakcjach emocjonalnych (lęk, depresja) pojawiających się po rozpoznaniu niepełnosprawności. Może mi towarzyszyć wycofanie się z aktywności społecznej. Długofalowe konsekwencje zmniejszonej sprawności funkcjonalnej polegają na ograniczeniu możliwości rozwojowych człowieka, zmianach w strukturze osobowości (szczególnie akceptacja siebie) i uzależnień od innych.

Inny podział wskazuje na dwie grupy konsekwencji: intrapsychiczne związane z wewnętrznym światem przeżyć i odczuć, do których zalicza się m.in.: niską samoocenę, wysoki poziom lęku związany np. z porażkowymi przeżyciami, poczucie winy wobec tych, którzy pomagają i poświęcają się, poczucie utraty szans rozwojowych – uczestnictwa w „normalnym życiu”, żal, który skupia się zwykle na Bogu, lekarzach, bliskich, poczucie bycia niepełnowartościowym, gorszym, brak akceptacji własnej niepełnosprawności, nieumiejętność podejmowania decyzji. Druga grupa to konsekwencje interpersonalne, dotyczące relacji z innymi ludźmi, zalicza się do nich: tendencję do bycia zależnym (nieumiejętność kształtowania samodzielności), egocentryzm, postawę roszczeniową, ograniczoną empatię, trudności z komunikacją i nawiązywaniem kontaktów, uległość lub dyrektywność.

Wszystkie te czynniki istotnie wpływają na zachowanie się osoby niepełnosprawnej i często zasadniczo modyfikują przebieg reagowania na zaistniałą niepełnosprawność.

Defekt cielesny może wywołać poważne konsekwencje na poziomie samooceny. Zmiana wyglądu lub też obawa, że inni ludzie będą tę zmianę oceniali negatywnie, może spowodować, że jednostka doświadczy wielu negatywnych przeżyć. Życie takiej osoby może utrudniać zaspokajanie potrzeb i włączenie się w realizację zadań społecznych. Nadmierna koncentracja na własnym kalectwie z kolei skutkować może znacznym ograniczeniem aktywności [24].

Konsekwencją jest często negatywny wpływ na dalszy rozwój, a w dalszej kolejności także wystąpienie trwałych zmian osobowości. Widoczność kalectwa wywołuje silniejsze negatywne reakcje społeczne [31]. W przypadku trwałej, widocznej niepełnosprawności konsekwencje psychiczne są zwykle odmienne niż w sytuacji, gdy nie ma zewnętrznych objawów [6]. Dla przykładu z badań nad występowaniem depresji u osób niepełnosprawnych wynika m.in., że zaburzenie to dotyka osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego - 22-44% i osób po amputacji kończyn – 35-40%. Inne badania [27] z kolei sugerują, że zmiany osobowości pojawiające się u osób niepełnosprawnych nie zależą od rodzaju kalectwa, ale w większym stopniu determinuje je wcześniejsza osobowość. Wyróżniono 4 typy zmian osobowości pod wpływem utraty sprawności fizycznej [27]:

1. typ adaptacyjny – pojawia się u 50% osób niepełnosprawnych
2. typ depresyjny – charakteryzuje 16% osób niepełnosprawnych,
2. typ somatyczny – występuje u 12% osób niepełnosprawnych,
3. typ prepsychotyczny - 20% osób niepełnosprawnych.

Liczne badania nad różnymi typami i cechami osobowości pozwalają wnioskować, iż:

- a. niewykluczone jest wystąpienie trwałych zmian w strukturze osobowości pod wpływem poważnego uszkodzenia organizmu,
- b. zmiany te należy traktować jako reakcję na trudności związane z funkcjonowaniem społecznym,
- c. trwale zmiany w strukturze osobowości nie mają jednolitego charakteru u wszystkich osób niepełnosprawnych.

Indywidualizacja zmian osobowościowych jest prawdopodobnie spowodowana zróżnicowaniem struktur osobowości charakteryzujących ludzi w okresie poprzedzającym

uszkodzenie organizmu oraz zróżnicowaniem stawianych im przez sytuacje, w jakich muszą działać. Pogorszenie stanu zdrowia jest dla człowieka silnym stresorem. Pod jego wpływem powstają nowe stresory, takie jak m.in.: utrata pracy, obniżenie pozycji w rodzinie, trudności ekonomiczne, trudności z samoobsługą itd.

Sam fakt bycia osobą niepełnosprawną, tworzy silną barierę utrudniającą prowadzenie normalnego życia. Badania Englisha [15] pokazują, iż osoby niepełnosprawne uważane są za nieszczęśliwe, bezradne wobec wymagań sytuacji społecznych. Takie przekonania wywierają wpływ na postępowanie wobec osób niepełnosprawnych. Ograniczają własną aktywność, skupiając się na przeżywaniu frustracji i na skutek tworzonych w psychice barier, rezygnują z polepszenia swojego życia.

Společne konsekwencje wypadku, a co za tym idzie niepełnosprawności powstałej na skutek uczestnictwa w nim, dotyczą głównie trzech sfer: funkcjonowania zawodowego, relacji społecznych, zmiany jakości i standardów życia. Wszystkie te sfery są ze sobą powiązane. Bowiern posiadanie pracy wpływa na wskaźniki jakości życia i zadowolenie z niego.

W przypadku funkcjonowania zawodowego trudności po wypadku związane są nie tylko ograniczeniami finansowymi, ale jej utrata, na skutek niepełnosprawności, związana jest z ograniczeniem społecznych kontaktów i pełnienia ról społecznych. Badania Rose [38] pokazują, że tylko 10% z uczestników wypadków drogowych (ofiar) z mięśniowo-szkieletowymi urazami wróciła do pracy po 29 tygodniach po wystąpieniu urazu. W wyniku fizycznych zranień, większość ofiar była trwale niezdolna by powrócić do swojego poprzedniego zatrudnienia i wymagała pomocy w szukaniu nowego zajęcia. Dla osób z trwałymi ograniczeniami dotyczącymi uszkodzenia mózgu lub rdzenia kręgowego, utrata zdolności zawodowej i niezależność do pracy jest często kompletna i stała. Dla tej populacji wskaźnik powrotu do pracy jest mniejszy niż 30%, co oznacza, że ponad 70% z tych osób nie jest zdolnych do pracy [8,42].

Strata związana ze zmianą sytuacji zawodowej ma dotkliwy wpływ na poszkodowanego i jego rodzinę, jak również dla ekonomii jako całości. Utrata pracy powoduje głębokie psychologiczne i emocjonalne konsekwencje. Udowodniono, że osoby, które nie są w stanie wrócić po wypadku do pracy wykazują wyższy poziom zaburzeń psychiatrycznych w porównaniu z tymi, którzy do niej wracają [29].

Dla wielu osób, szczególnie młodych, praca jest integralnym komponentem ich tożsamości. Wobec czego jej utrata na skutek wypadku powoduje głębokie psychologiczne i emocjonalne konsekwencje. Udowodniono, że osoby, które nie są w stanie wrócić po wypadku do pracy wykazują wyższy poziom zaburzeń psychiatrycznych w porównaniu z tymi, którzy mogą wrócić do pracy [29]. Dla osób z trwałymi ograniczeniami (np. uszkodzenia mózgu lub rdzenia kręgowego), utrata zdolności zawodowej i niezależność do pracy jest często kompletna i stała.

Praca to również relacje społeczne - jej utrata związana jest z ograniczeniem społecznych kontaktów i pełnienia ról społecznych. Strata zatrudnienia lub redukcja w statusie zawodowym na niższy poziom wynagrodzenia, albo do zatrudnienia na część etatu, finansowo dotyka całego systemu rodzinnego.

Zmiany dotyczą również relacji społecznych. Uczestnicy wypadków drogowych dostrzegają spadek ilości i jakości relacji społecznych oraz osłabienie więzi rodzinnych. Te społeczne konsekwencje wypadku rodzą problemy szczególnie dla osób, mających trudności z dostosowaniem się, w tym poszukiwaniem i korzystaniem ze społecznego wsparcia, które uznane zostało za ważne źródło radzenia sobie po przeżyciu traumatycznej sytuacji wypadku [20].

Na proces osłabienia relacji społecznych i izolację, która ma miejsce po wypadku, składa się wiele powodów. Z jednej strony narzucana jest ona często przez otoczenie danej osoby, które nie do końca rozumie wpływ wypadku na poszkodowanego, z drugiej zaś czynnikami związanymi z absencją w życiu społecznym, spowodowaną długim pobytem w szpitalu lub rekonwalescencją [34]. Izolacja taka nie musi być jednak zawsze związana tylko z wielkością doznanego urazu, analizy pokazują, iż 1/5 osób z lekkimi obrażeniami także doświadcza ograniczenia życia towarzyskiego [34].

Relacje społeczne dotyczą także relacji panujących w rodzinie. Na skutek wypadku role w rodzinie często zmieniają się znacznie, a w przypadku poważnego inwalidztwa te zmiany mogą okazać się stałe. Na rodzinie osoby niepełnosprawnej spoczywa wiele zadań, co niewątpliwie w dużym stopniu wpływa na jej pozycję finansową, stan zdrowia i jakość życia. Osoba poszkodowana w wypadku doświadcza fizycznej i emocjonalnej zależności od innych. Gdy jest to połączone z długimi okresami bezczynności, nudy, rosnącą złością, irytacją lub zmęczeniem, to wywołuje wiele napięć i konfliktów w rodzinie. W dodatku członkowie rodziny mogą doświadczać podobnych psychologicznych reakcji po wypadku, jak osoby będące jego uczestnikami – uczucie bezradności i agresji [4]. Badania australijskie dowodzą, że u 61% par, wśród których jeden partner doznał trwałych urazów [39] doszło do załamania, rozpadu rodziny czy konfliktów, z którymi trudno sobie poradzić. Przyczyną jest na ogół brak społecznego wsparcia i problemy finansowe. Analizy pokazują, że także same ofiary zdarzeń doświadczają skrajnych emocji. Medetsky i Parners [35] wykazali, że osoby uczestniczące w wypadku drogowym mają wyższy poziom złości i obniżoną tolerancję, prowadzącą do agresywnych zachowań.

Trzecim aspektem związanym z funkcjonowaniem osoby po wypadku, która w jego wyniku utraciła sprawność, jest zmiana w zakresie jakości życia. Jakość życia jest definiowana przez Światową Organizację Zdrowia, jako postrzeganie przez jednostkę pozycji życiowej w kontekście kultury i systemów wartości, w których ona żyje, w relacji do jej celów, oczekiwań i standardów [47]. Jest to pojęcie szerokie obejmujące zdrowie fizyczne, stan psychiczny, poziom niezależności, powiązania społeczne, relacje jednostki z otoczeniem. Najogólniej ujmuje ją Michalos [36] wskazując, iż o jakości życia decyduje stopień zadowolenia z niego. Niezadowolenie pojawia się, gdy istnieje nieadekwatność między potrzebami i zasobami (pochodzącymi od wewnątrz - od jednostki, jak i od zewnątrz - od otoczenia). Poczucie niezadowolenia wynika z ponoszonych przez osobę kosztów psychologicznych. Jednym z nich jest poczucie pokrzywdzenia. Pojawia się w przypadku rozbieżności między tym, do czego człowiek dąży, pragnie, potrzebuje, a tym, co posiada.

Niepełnosprawni, niezależnie czy utracili sprawność w wyniku wypadku, choroby, czy posiadają ją od urodzenia, mają niższe poczucie satysfakcji i zadowolenia z życia niż osoby sprawne [3]. To niezadowolenie dotyczy wielu aspektów życia, jak choćby stosunków z najbliższymi w rodzinie, sytuacji finansowej, relacji ze znajomymi, stanu swojego zdrowia, osiągnięć życiowych itp.

Te społeczne konsekwencje wypadku rodzą problemy szczególnie dla osób, mających trudności z dostosowaniem się, w tym poszukiwaniem i korzystaniem ze społecznego wsparcia, które uznane zostało za ważne źródło radzenia sobie po przeżyciu traumatycznej sytuacji wypadku [20].

3. Metody terapeutyczne stosowane w pomocy osobom niepełnosprawnym po wypadku

Celem pomocy psychologicznej uczestnikowi wypadku, który na jego skutek utracił sprawność, jest przede wszystkim wsparcie w powrocie do stanu równowagi psychicznej, również poprzez akceptację swojego aktualnego stanu. Mając na uwadze np. sytuację kierowców, którzy ulegli wypadkom i stali się nie w pełni sprawni, istotna jest pomoc w powrocie do poprzedniego funkcjonowania, w tym przypadku do ponownego uczestnictwa w ruchu drogowym. Wybierane przez psychologów metody terapeutyczne w tego rodzaju sytuacjach są uzależnione od wielu czynników. Czasami wystarczy samo wsparcie w akceptacji stanu i aktywizacji połączonej z systematyczną rehabilitacją, w innych wypadkach, zwłaszcza kiedy niepełnosprawność jest skutkiem zdarzenia traumatycznego, niezbędne jest przeprowadzenie pełnej terapii składającej się z kilku do kilkunastu sesji. Zazwyczaj stosowana jest tu terapia poznawczo-behawioralna (CTB) lub jej specjalne modyfikacje np. terapia metodą przedłużonej ekspozycji (zalecana m.in. w sytuacji ofiar lub sprawców wypadków drogowych wykazujących silny lęk i awersję do ponownego siadania za kierownicę).

Stosowane obecnie metody leczenia można podzielić na interwencje terapeutyczne (różne formy psychoterapii i psychoedukacji) oraz metody farmakologiczne. Niejednokrotnie metody te są łączone. Badania dotyczące skuteczności metod stosowanych w leczeniu zespołu stresu pourazowego są znacznie skromniejsze niż analogiczne badania dotyczące skuteczności metod leczenia depresji, schizofrenii czy innych zaburzeń lękowych, niemniej jednak znaczna większość z nich wskazuje na skuteczność psychoterapii poznawczo-behawioralnej jako metody terapeutycznej oraz leków, głównie z grupy selektywnych inhibitorów wychwytu zwrotnego serotoniny. Skuteczność tych metod wykazano u około 70% osób poddanych leczeniu [43].

Bezpośrednim celem podejmowanych interwencji terapeutycznych jest zmniejszenie nasilenia objawów doznawanych przez pacjenta wiążących się z doznawanym cierpieniem i trudnościami w różnych obszarach funkcjonowania. Niemniej ważne jest również zapobieganie odległym społecznym i ekonomicznym konsekwencjom nieleczzonego PTSD z uwagi na fakt, iż występowanie zaburzeń psychicznych i somatycznych, upośledzających funkcjonowanie na poziomie indywidualnym, rodzinnym i zawodowym jest źródłem kosztów ponoszonych przez system opieki zdrowotnej (leczenie wielu zaburzeń psychosomatycznych będących skutkiem zdarzenia traumatycznego, koszty absencji w pracy, rent inwalidzkich itp.).

Współczesna terapia poznawczo-behawioralna to cała grupa metod leczenia wywodzących się ze wspólnych założeń teoretycznych, zgodnie z którymi objawy psychopatologiczne można wyjaśnić na podstawie teorii uczenia się przy uwzględnieniu mediacyjnej roli procesów poznawczych. Połączenie różnych technik behawioralnych i poznawczych pozwala na odniesienie się do każdego z elementów mechanizmu powstawania zaburzenia. [37]. Istotą tego podejścia jest skoncentrowanie wokół psychicznych struktur i procesów biorących udział w nadawaniu osobistego znaczenia sytuacjom i wydarzeniom. Nadawanie znaczenia odnosi się do subiektywnej interpretacji danego kontekstu sytuacyjnego oraz do relacji między jednostką a tym kontekstem. W takim rozumieniu interpretacja sytuacji jest traktowana jako łącznik między procesami psychologicznymi a neurobiologicznymi oraz pewnym subiektywnie odbieranym społecznym kontekstem. Te trzy rodzaje czynników wpływają na proces nadawania znaczenia, który jest procesem aktywnym i zależnym od procesów uczenia się oraz

ukształtowanych w trakcie życia jednostki schematów poznawczych. Każda kategoria znaczenia przekłada się na specyficzne wzorce emocjonalne, pamięciowe i sposoby zachowania reprezentowane przez jednostkę. W różnych zespołach objawowych opisuje się psychopatologiczne triady poznawcze, czyli charakterystyczne dysfunkcjonalne znaczenia nadane przez jednostkę w odniesieniu do wizji samego siebie, kontekstu środowiskowego oraz konstruowanej przyszłości. W zaburzeniach lękowych sytuacja zewnętrzna jest odbierana jako niebezpieczna a przyszłość jako niepewna, natomiast własne „Ja” jest doświadczane jako nieadekwatne do tych składowych. Zgodnie z tymi założeniami poprawę funkcjonowania podczas terapii osiąga się poprzez zmianę dysfunkcjonalnych znaczeń nadawanych przez osobę [23]. Takie objawy zespołu stresu pourazowego, jak ponowne odtwarzanie traumy lub ciągłe pobudzenie, postrzega się jako reakcje utrwalone na skutek warunkowania klasycznego oraz za zależne od występowania określonych wzmocnień i niewłaściwej kontroli bodźców. Przykładem wyjaśnienia powstawania PTSD w kategoriach przetwarzania emocji i informacji oraz funkcji pamięci jest model przetwarzania emocjonalnego, zgodnie z którym cechy zdarzenia traumatycznego zostają umieszczone w „sieci strachu” [16]. Strach jest pojmowany jako obecna u wszystkich struktura poznawcza stanowiąca program ucieczki w sytuacji zagrożenia [30]. W wyniku urazu struktura ta zostaje jednak zmodyfikowana w swego rodzaju patologiczną sieć, w której powstają fałszywe skojarzenia bodźców neutralnych z wyzwaniem reakcji ucieczki i unikania. W oczywisty sposób wpływa to na błędną interpretację bodźców lub samych objawów pobudzenia. Bodźce związane z traumą są silnie reprezentowane i łatwo ulegają aktywacji przez impulsy wewnętrzne i zewnętrzne. Wyjaśnia to zarówno objawy związane z intruzywnymi wspomnieniami, jak i nadmierną czujność wobec zdarzeń potencjalnie zagrażających. W świetle tej teorii ponowne przeżywanie może być pomocne w przetworzeniu traumatycznych wspomnień, może jednak też stać się podstawą do powstania wzorców unikania skojarzonych z PTSD [17]. Unikanie poznawcze wspomnień i myśli związanych ze zdarzeniem traumatycznym uniemożliwia jego przepracowanie a tym samym nadanie znaczenia w kontekście całej dotychczasowej wiedzy jednostki. W wyniku unikania behawioralnego najczęściej dochodzi do niekorzystnego ograniczenia stylu życia oraz do nasilenia innych objawów [43].

Spśród innych zaburzeń lękowych zespół stresu pourazowego wyróżnia się tym, że właściwa mu sieć strachu jest wyjątkowo trwała i zawiera więcej reprezentacji skojarzonych z subiektywnie odebrany zagrożeniem. Osoby z PTSD charakteryzują się negatywnymi przekonaniami na temat własnej podatności na krzywdę i niebezpieczeństwa oraz nadmierną skłonnością do identyfikowania informacji potencjalnie zagrażających [12]. Metodą na uwolnienie się od wspomnień traumatycznych jest modyfikacja istniejącej sieci strachu, aby jednak tego dokonać, należy przeprowadzić jej aktywację poprzez odtworzenie zdarzenia traumatycznego [17]. Podczas przetwarzania wspomnień traumatycznych w czasie terapii jednostka z jednej strony doświadcza wielokrotnie lęku, który jest warunkowany przez wspomnienia traumy i odbierany jako sygnał zagrożenia lub jako niebezpieczny stan utraty kontroli i niestabilności psychicznej, z drugiej jednak strony brak rzeczywistych negatywnych następstw w obecnym otoczeniu powoduje osłabienie istniejącego lęku. Ta powtarzająca się rozbieżność skutkuje zmianą przekonań dotyczących konkretnych wspomnień urazu oraz zmniejszeniem negatywnego wartościowania lęku jako stanu [7]. Opracowane przez Foa, Hembree i Rothbaum [16] interwencje terapeutyczne odnoszą się do przedstawionego modelu. Opisana technika nazwana została terapią przedłużonej ekspozycji. Dobrze przeprowadzona ekspozycja

wyobrażeniowa umożliwia dostęp do patologicznej struktury strachu i jej modyfikację, prowadząc do przetworzenia doświadczenia traumy i habituacji lęku. Po dokonanej ekspozycji przeprowadzana jest restrukturyzacja poznawcza, której celem jest sformułowanie w kontekście nowych informacji bardziej realistycznych znaczeń w stosunku do tych zakodowanych w sieci strachu.

Podobny model, w którym kładzie się nacisk na specyfikę przetwarzania poznawczego informacji związanych z zdarzeniem traumatycznym zaprezentowali Ehlers i Clark [14] w kontekście leczenia przewlekłego PTSD. Model ten zakłada, że zaburzenie po stresie traumatycznym utrzymuje się wówczas, gdy trauma jest przetwarzana przez jednostkę w sposób wtórnie prowadzący do powstawania ciągłego poczucia zagrożenia.

Z jednej strony jest to konsekwencja nadmiernie negatywnej oceny urazu i jego następstw, z drugiej zaś zniekształceń w pamięci autobiograficznej. Autorzy podkreślają znaczenie oceny dotyczącej traumatycznego wydarzenia jak i jego wpływu na dalsze życie, ale również oceny własnej postawy podczas zdarzenia oraz samych objawów pourazowych.

W przeciwieństwie do osób, u których symptomy pourazowe z biegiem czasu naturalnie ustępują, osoby cierpiące z powodu przewlekłego PTSD nie są w stanie postrzegać przeżytego urazu w kategoriach zdarzenia o ograniczonym czasie trwania, nadając mu globalne negatywne implikacje na przyszłość. Wynikiem tego jest stałe poczucie zagrożenia, któremu towarzyszyć mogą intruzje i inne objawy ponownego przeżywania zagrożenia, nasilone pobudzenie ze strony układu вегетatywnego oraz lęk. Takie emocjonalne i fizjologiczne stany są często doświadczane przez jednostkę bez świadomości ich związku z przeżytą traumą. Zarówno specyfika przetwarzania informacji podczas zdarzenia, jak i znaczenie nadawane doświadczeniu, czy też znacznie nadawane własnym reakcjom prowadzą do zastosowania serii strategii unikania behawioralnego i poznawczego przetwarzania traumy. Mechanizmy te wynikają z potrzeby szybkiej redukcji odczuwanego dystresu. Niestety jednocześnie uniemożliwiają zmianę dysfunkcyjnych treści poznawczych przyczyniając się do podtrzymywania objawów i postępowania rozwoju zaburzenia pourazowego.

Wypadki drogowe należą do kategorii zdarzeń nagłych i szczególnie niebezpiecznych wpływając na odbieranie ich jako traumatyczne. Znaczna siła negatywnego pobudzenia towarzyszącego doświadczeniom tego rodzaju wpływa na utrwalanie się wspomnień urazu. Sama pamięć zdarzenia charakteryzuje się znaczną fragmentaryzacją i słabą organizacją, często brakuje ważnych detali i czasowego uporządkowania [17]. Wspomnienia traumatyczne kodowane są na poziomie sensomotorycznym i afektywnym, tworząc szczegółowe reprezentacje doznań doświadczanych głównie w formie obrazowej, jak również węchowej, słuchowej, kinestetycznej i emocjonalnej [49]. Przy jednoczesnej blokadzie kodowania werbalnego tworzą charakterystyczną cechę występujących po zdarzeniu intruzywnych wspomnień, jaką jest brak umiejętności ich narratyzowania. Fakt ten wyjaśnia zarówno obecność objawów ponownego przeżywania, aktywowanych przez liczne czynniki wyzwalające skojarzone z urazem oraz doświadczanych bardziej jako mające miejsce tu i teraz niż jako związane z przeszłością, jak i trudności z intencjonalnym przywoływaniem wspomnień. Ostatecznie wspomnienia urazu pozostają przez to nieprzetworzone i nieadekwatnie osadzone w szerszym kontekście pamięci autobiograficznej jednostki, zakłócając treści odnoszące się do własnego „Ja” i blokując wtłoczenie do indywidualnej historii życiowej [16].

Do głównych celów terapeutycznych wynikających z przedstawionego modelu zalicza się rozpoznanie dominujących treści poznawczych związanych z przeżytym urazem,

analizę najtrudniejszych momentów w pamięci zdarzenia, nadanie znaczenia wspomnieniom i ich ukontekstowanie oraz określenie nieadaptacyjnych strategii podtrzymujących zaburzenie. Metody terapeutyczne zgodne z tym modelem obejmują zatem trzy podstawowe obszary: część edukacyjną, mającą na celu normalizację doświadczanych objawów, ponowne przeżywanie traumatycznego zdarzenia oparte o ekspozycję wyobraźniową i restrukturyzację poznawczą zakładającą modyfikację negatywnych ocen jednostki dotyczących zdarzenia [16].

Przytoczone powyżej metody i techniki nie wyczerpują całego aktualnie stosowanego w praktyce asortymentu działań terapeutycznych stosowanych w leczeniu PTSD. Dla terapeutów pracujących z ofiarami traumy ważne jest znalezienie takich metod i technik oddziaływania psychologicznego, by zapewnić pacjentowi szybką i skuteczną ulgę, a także stabilność uzyskiwanych efektów w czasie.

4. System wsparcia osób niepełnosprawnych w Polsce

Na świecie odchodzi się już od koncepcji niepełnosprawności, uznawanej za problem prywatny, z którym radzenie sobie polega na leczeniu, rehabilitacji i dostosowywaniu się do wymagań otoczenia. Obecnie promowany jest model społeczny niepełnosprawności, przyjmujący za punkt wyjścia integrację społeczną osób niepełnosprawnych i zapewnienie im możliwości pełnego korzystania z praw przysługujących każdemu człowiekowi. Wszelkie działania Państwa oparte na tym modelu mają na celu doprowadzenie do poprawy jakości życia osób niepełnosprawnych dzięki wzrostowi ich zdolności do samodzielnego życia, uzyskanie przez nich zdolności do kontrolowania swojej sytuacji życiowej i kierowanie sobą [18] co oznacza eliminację zależności od instytucji wspierających (opiekuńczych) lub jej ograniczenie.

W Polsce, z założenia, funkcjonuje wielokierunkowy, wieloaspektowy i wieloszczeblowy system wsparcia udzielanego osobom niepełnosprawnym przez instytucje publiczne. Swoim zakresem działania ma obejmować większość sfer życia osób niepełnosprawnych, gwarantując im tym samym zaspokajanie potrzeb i dobre funkcjonowanie w społeczeństwie. Jednakże system ten nie funkcjonuje w sposób satysfakcjonujący. Bowiem nacisk położony jest na kompensowanie skutków niepełnosprawności w zakresie zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych (świadczenia finansowe, opiekuńcze), zapominając o aktywizacji. Zauważa się niedostosowanie wsparcia do rzeczywistych potrzeb osób niepełnosprawnych. Przykładem może być rehabilitacja po wypadku drogowym, która powinna być zastosowana jak najwcześniej, adekwatnie do rozmiaru urazu, tymczasem rzeczywistość pokazuje, że dostępna jest dopiero po kilku miesiącach i w ograniczonym wymiarze. W zakresie pomocy psychologicznej również brakuje stosownego systemu wsparcia.

Ponadto wiele trudności rodzi brak jednego, spójnego sposobu orzekania o niepełnosprawności, brak wskaźników pozwalających monitorować sytuacje osób z niepełnosprawnościami, rozproszenie zapisów w różnych aktach prawnych. Pomimo powstawania różnego rodzaju dokumentów odnoszących się do sytuacji osób z niepełnosprawnościami, brakuje jednego dokumentu strategicznego, który w sposób jasny i precyzyjny określał będzie politykę społeczną wobec niepełnosprawnych.

Prócz obowiązujących w Polsce ustaw i rozporządzeń, za kluczowe, w odniesieniu do działań na rzecz osób niepełnosprawnych, przyjmuje się następujące dokumenty:

1. Europejska strategia w sprawie niepełnosprawnych 2010-2020: odnowione zobowiązanie do budowania Europy bez barier.

2. Strategia Rozwoju Kraju 2020 przyjęta przez Radę Ministrów 25 września 2012r.
3. Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych (Dz. U. 2012, nr 0, poz. 1169)

Pomimo tworzonych licznych programów i strategii działania, które na pewno są niezbędne do realizacji i zaspokajania potrzeb osób z dysfunkcjami, konieczne jest opracowanie kompleksowego systemu ich wsparcia, nie tylko na skutek wypadków drogowych. Brak tych regulacji jest niejednokrotnie przyczyną izolacji społecznej, jaka dotyka osoby z niepełnosprawnościami.

Podsumowanie

Ofiara wypadku drogowego doświadczająca niepełnosprawności, szczególnie gdy jest ona wynikiem nagłego i niespodziewanego zdarzenia, zmuszona jest często nauczyć się funkcjonować od nowa. Patrzenie na przyszłe życie w takiej sytuacji jest bardzo trudne, a niekiedy przystosowanie się do nowej rzeczywistości wydaje się być niemożliwe. Człowiek nabiera przekonania, że w obliczu doświadczonej tragedii życie nie ma już takiej wartości jak dotychczas. Konsekwencją takiego stanu jest stopniowa utrata przez jednostkę wiary w siebie, swoje możliwości, poczucie wartości i sens egzystencji. Na skutek tego niejednokrotnie pojawiają się lub nasilają skłonności depresyjne i dolegliwości somatyczne. Powrót do zdrowia - równowagi psychicznej i fizycznej jest bardzo długim i trudnym procesem. Dodatkowo doświadczenie stresu traumatycznego spowodowanego uczestnictwem w wypadku drogowym powoduje, że niektóre osoby koncentrują się na dotkliwych objawach, które zakłócają funkcjonowanie na wszystkich poziomach życia. Nierozwiązany i nieprzepracowany problem nasila przeżywanie bólu, powoduje wzmożone poczucie winy i krzywdy. Na poziomie emocjonalnym pojawia się lęk, gniew i bezsilność, z czasem zaś uczucie wyczerpania i zmęczenia, na poziomie behawioralnym natomiast może prowadzić do zaburzeń zachowania. Wszystkie te aspekty powodują, iż jednostce dotkniętej tego rodzaju dysfunkcjami trudno spojrzeć na to, co się wydarzyło w sposób realistyczny. Decyzja o skorzystaniu z profesjonalnej pomocy, jeśli w ogóle zapada, konstytuuje się dopiero po upływie miesięcy, a czasem nawet lat zmagania się z ogromnym cierpieniem. Tymczasem z punktu widzenia bezpieczeństwa ruchu drogowego zarówno ostra faza stresu traumatycznego, jak i pewne subkliniczne objawy PTSD mogą stanowić o ryzyku ponownego popełnienia istotnych błędów podczas kierowania pojazdem. Zatem, gdy uczestnik wypadku siada ponownie za kierownicę, nawet będąc osobą niepełnosprawną, staje się on potencjalnie powodem zagrożenia na drodze.

Mimo wielu dowodów naukowych wskazujących na negatywne konsekwencje uczestnictwa w wypadku drogowym i wynikające z nich możliwe ograniczenia sprawności, a ponadto zdolności do bezpiecznego kierowania pojazdami, w Polsce nie ma standardów diagnostycznych umożliwiających wyłonienie tych kierowców, u których z tytułu doświadczanych zaburzeń prawdopodobieństwo popełnienia istotnych błędów jest na tyle wysokie, że zagraża bezpieczeństwu ruchu drogowego. Problem wymaga głębokiej analizy zarówno w przypadku sprawców wypadków, jak i ich ofiar. Nie chodzi oczywiście o to, by poszkodowanym, a dodatkowo niepełnosprawnym, ograniczać prawo do kierowania pojazdami, lecz by jak najwcześniej w przypadku zdiagnozowania omawianych zaburzeń udzielić im możliwie wszechstronnej pomocy specjalistycznej, a także edukować w zakresie psychologicznych następstw wypadków drogowych i ich związku z bezpiecznym kierowaniem pojazdem.

LITERATURA:

- [1] American Psychiatric Association (APA). (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Autor.
- [2] American Psychiatric Association (APA). (2008). *Kryteria diagnostyczne według DSM-IV-TR*. Wrocław: Elsevier Urban & Partners.
- [3] Bartkowski J. (2014). Położenie społeczno-ekonomiczne i jakość życia osób niepełnosprawnych w Polsce [w: Gąciarz B., Rudnicki S. (red.) (2014). *Polscy Niepełnosprawni. Od kompleksowej diagnozy do nowego modelu polityki społecznej*. Kraków: Wyd. AGH.
- [4] Berle J.O., Haver B., Karteru S.W. (1994). Group reactions in a hospital crisis intervention program. *Group Analysis*, 27, 159-171.
- [5] Blanchard E.B. i Hickling E.J. (2004). *After the crash: Psychological assessment and treatment of survivors of motor vehicle accidents*. Washington: American Psychological Ass.
- [6] Borys B. (2004). *Sytuacje ekstremalne i ich wpływ na stan psychiczny człowieka*. Psychiatria. Tom 1, nr 2.
- [7] Brewin C.R., Dalgleish T., Joseph S. (1996). A dual-representation theory of Post-Traumatic Stress Disorder. *Psychological Review*, 106, 670-686.
- [8] Brookes N., Campsie L., Symington C., Beattie C., McKinlay W. (1996). The five year outcome of severe blunt head injury: A relative's view. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 49, 764-770.
- [9] Bryant R.A. i Harvey A.G. (1996). Initial posttraumatic stress responses following motor vehicle accidents. *Journal of Traumatic Stress*, 9(2), 223-234.
- [10] Brzezińska A.I., Kaczan R. (2008). *Wychowanie do samodzielności: kluczowy czynnik sukcesu zawodowego osób z ograniczeniem sprawności*. Warszawa: Wyd. SWPS Academica.
- [11] Castelnuovo-Tedesco P., (1985). *Psychological consequences of physical defects and trauma* [w:] Kruger D.W. (red.), *Emotional rehabilitation of physical trauma and disability*. New York: Pergamon Press.
- [12] Cebella A. Łucka I. (2007). Zespół stresu pourazowego – rozumienie i leczenie. *Psychiatria tom 4, nr 3*, 128-137, Wyd.: Via Medica
- [13] Cendrowski W. (1993). *Stwardnienie rozsiane*. Wyd. II uzup.. Warszawa: Wyd. PZWL.
- [14] Ehlers A., Clark D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 319-345.
- [15] English R.W. (1977). *Correlates of stigma toward physical disabled person* [w:] Marinelli R.P., Dello A.E. Orto (red.) *The psychological and social impact of physical disability*. Springer: New York.
- [16] Foa E.B., Keane T.M., Friedman M.J. (2000). *Effective treatments for PTSD. Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. New York: Guilford.
- [17] Foa, E., Cashman, L., Jaycox, L., Perry, K. (1997). The validation of a self-report measure of PTSD: The Posttraumatic Diagnostic Scale. *Psychological Assessment*, 9(4), s. 445-451.
- [18] Gąciarz B. (2014). Model społeczny niepełnosprawności jako podstawa zmian w polityce społecznej [w:] Gąciarz B., Rudnicki S. (2014). *Polscy niepełnosprawni. Od kompleksowej diagnozy do nowego modelu polityki społecznej*. Kraków: Wydawnictwa AGH.
- [19] Hoff, L. A. (1995). *People in crisis: Understanding and helping*. San Francisco: Jossey- Bass.
- [20] Kendall E., Terry D., (1996). Psychosocial adjustment following closed head injury: A model for predicting outcome. *Neuropsychological Rehabilitation*, 6, 101-132.
- [21] Kirenko J., (2002). *Wsparcie społeczne osób z niepełnosprawnością*. Ryki:Wyd. Wyższa Szkoła Umiejętności Pedagogicznych i Zarządzania.
- [22] Kiwerski J. (red) (2005). *Rehabilitacja medyczna*. Warszawa: Wyd. PZWL.
- [23] Kokoszka A., Popiel A., Sitarz M. (2000). *Terapia poznawczo – behawioralna w polskiej psychoterapii: analiza piśmiennictwa*. *Psychoterapia*, 2, 53-61.
- [24] Kowalik S. (2007). *Psychologia rehabilitacji*. Warszawa: Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne.

- [25] Krasuski M. (2010). Wytyczne Krajowego Konsultanta w Dziedzinie Rehabilitacji Medycznej. *Rehabilitacja Medyczna* 14(1):51-4.
- [26] Kruger D.W. (1984). Psychological rehabilitation of physical trauma and disability [w:] Kruger D.W. (red.) *Rehabilitation psychology*. Rockville: An Aspen Publication.
- [27] Kubler-Ross E. (1998). *Rozmowy o śmierci i umieraniu*. Poznań: Media Rodzina
- [28] Kwolek A. (red) (2013). *Rehabilitacja medyczna*. Wrocław: Elsevier Urban&Partner.
- [29] Landsman I.S., Baum C.G., Arnkoff D.B., Craig M.J., Lynch I., Copes W.S., Chamption, H.R. (1990). The psychosocial consequences of traumatic injury. *Journal of Behavioral Medicine*, 13, 561-581.
- [30] Lang, P. J. (1979). A bio-informational theory of emotional imagery. *Psychophysiology*. 16, 495-512.
- [31] Larkowa H. (1970). *Postawy otoczenia wobec inwalidów*. Warszawa: PZWL.
- [32] Łuszczynski C., (1982). *Rola doradcy zawodu w rehabilitacji inwalidów*, Warszawa: Wyd. Spółdzielcze.
- [33] Majewski T. (1995). *Rehabilitacja zawodowa osób niepełnosprawnych*. Warszawa: Wyd. Centrum Badawczo-Rozwojowe Rehabilitacji Osób Niepełno-sprawnych.
- [34] Mayou R.A., (1992). Psychiatric aspects of Road traffic accidents. *International Review of Psychiatry*, 4, 45-54.
- [35] Medetsky H.A., Parners L. (1993). The psychological examination In motor vehicle accidents. *American Journal of Forensic Psychology*, 11, 47-60.
- [36] Michalos (1986) za Kowalik, S., Janecka, Z., (1998). Użyteczność koncepcji jakości życia dla procesu rehabilitacji osób niepełnosprawnych. [w:] Kowalik S., Zabor Z. (red.). *Rozwiązywanie problemów życiowych mieszkańców domów opieki społecznej*. Jarogniewice: Wyd. Stowarzyszenie Przyjaciół i Sympatyków DPS, 9-31.
- [37] Ottenweller J. E., Natelson B. H., Pitman D. L., & Drastal S. D. (1989). Adrenocortical and behavioral responses to repeated stressors: Toward an animal model of chronic stress and stress-related mental illness. *Biological Psychiatry*, 26, 829-841.
- [38] Rose V., (1995). The vocational rehabilitation needs of motor vehicle accident victims. In *Proceedings of the 3rd National Rehabilitation Conference*. Brisbane, Australia: Commonwealth Rehabilitation Service, s.181-187.
- [39] Rosenbaum, A., Hoge, S.K., (1989). Head injury and marital aggression. *American Journal of Psychiatry*, 146, 1048-1051.
- [40] Salmon P. (2002). *Psychologia w medycynie*. Gdańsk: Gdańskie Wyd. Psychologiczne.
- [41] Sijko K. (2008). Zmiany w relacjach z ludźmi [w:] Łukowski W. (red) *osoby z ograniczoną sprawnością na rynku pracy – portret środowiska*. Warszawa: Wyd. Szkoły Wyższej Psychologii Społecznej, 190-197.
- [42] Stambrook M., Moore A.D., Peters L.C., Zubek E.E., McBeath S., Frirsen I.C., (1991). Head injury and spinal cord injury: Differential effects on psychosocial functioning. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 13, 521-530.
- [43] Strelau J., Zawadzki B., Kaczmarek M. (2009). *Konsekwencje Psychiczne Traumy*. Warszawa: Wyd. Naukowe Scholar.
- [44] Weiss M. (1965). *Podstawowe zagadnienie rehabilitacji schorzeń narządu ruchu*. Warszawa: Wyd. AWF.
- [45] Wolski P. (2010). *Utrata sprawności. Radzenie sobie z nabytą niepełnosprawnością a aktywizacja zawodowa*. Warszawa: Wyd. Naukowe Scholar.
- [46] World Health Organization, The World Bank. (2011). *World Report of Disability*. WHO Library Cataloguing-in-Publication.
- [47] World Health Organization, The World Bank. (1992). *Quality of Life Special Raport*. WHO Library Cataloguing-in-Publication.
- [48] *Wypadki drogowe w Polsce w 2015 roku*. (2016). Warszawa: Komenda Główna Policji.
- [49] Zdankiewicz-Ścigała, E. Przybylska, M. (2002). *Trauma. Proces, diagnoza. Mechanizmy psychoneurofizjologiczne*. Warszawa: Instytut Psychologii PAN.