

PSYCHOPATOLOGIA REAKCJI NA KRYTYCZNE WYDARZENIA U PERSONELU SŁUŻB MEDYCZNYCH POMAGAJĄCYCH PRZY WYPADKACH KOMUNIKACYJNYCH

W artykule został omówiony problem jakim są urazy psychiczne pojawiające się wśród personelu służb medycznych. Każdy z osobna postrzega i przeżywa uraz w określony dla siebie sposób. Symptomy pojawiające się po przeżyciu ekstremalnego stresu warunkują rozpoznanie konkretnego zaburzenia psychicznego. Są to sytuacje, które dzieją się niezależnie od jednostki i mogą się pojawić, bądź nie w życiu każdego z nas. Są zawody, w których osoby je wykonujące są w wyjątkowy sposób narażone na uczestnictwo w sytuacjach skrajnie ciężkich. Wśród tych zawodów można wymienić: personel systemu ratownictwa medycznego, w którego skład wchodzi ratownicy medyczni, pielęgniarki/pielęgniarze ratunkowi oraz lekarze systemu, a także policję, straż pożarną oraz wojsko. Negatywne konsekwencje traumatycznych przeżyć rzutują na zdrowie psychiczne jednostki. Dlatego tak ważne jest edukacja społeczeństwa, a w szczególności osób zawodowo na nie narażonych, w jaki sposób zredukować negatywne skutki ekstremalnego stresu, jak jemu przeciwdziałać oraz gdzie szukać pomocy po zaistnieniu takiej sytuacji i pojawieniu się określonych objawów.

WSTĘP

Urazy psychiczne towarzyszą wielu z nas i są konsekwencją zdarzeń oraz sytuacji, które spotykają personel medyczny pomagający ofiarą wypadków na co dzień. Szczególnie negatywny wpływ na stan psychiczny człowieka mają skrajne wydarzenia, które mogą w dużym stopniu zaburzyć równowagę emocjonalną człowieka. Warto zastanowić się nad faktem, iż nie każda sytuacja, która nosi miano ciężkiego przeżycia wiąże się z zaburzeniami psychicznymi. Należy tu rozróżnić dwie sytuacje czyli negatywne wydarzenie życiowe, które spotyka każdego z nas oraz zdarzenie traumatyczne, które u osób predysponowanych jest czynnikiem powodującym powstanie zaburzeń afektywnych, zaburzeń nastroju, schizofrenii, zaburzeń dysocjacyjnych czy osobowościowych. W literaturze psychologicznej stresor prowadzący do zaburzeń psychicznych jest definiowany jako wydarzenie, którego wystąpienie zmienia dotychczasowe życie osoby i wymaga od niej podjęcia nowych działań adaptacyjnych [11s. 35].

Pojawienie się urazów psychicznych wskazuje na znaczny lęk oraz dokuczliwe wspomnienia, które uaktywniają się u osób po traumatycznych zdarzeniach. Ze względu na szereg objawów jakie towarzyszą tym sytuacjom, nie można w prosty sposób opisać czym jest zaburzenie psychiczne pojawiające się po nich, natomiast można wyróżnić występowanie pewnych objawów somatycznych, poznawczych, emocjonalnych, behawioralnych oraz tzw. indywidualną reakcję organizmu na dramatyczną sytuację. Takie zdarzenie może być powodem pojawienia się głębokich oraz trwałych zmian w funkcjonowaniu organizmu człowieka pod względem psychologicznym jak i neurobiologicznym.

Przez szereg lat zarówno Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (*American Psychological Association – APA*) oraz Światowa Organizacja Zdrowia (*World Health Organization – WHO*) tworzyły klasyfikację, która pozwala na usystematyzowanie doświadczeń doznawanych przez jednostkę, nadać im nazwę, postawić diagnozę kliniczną oraz określić jakie zaburzenia psychiczne mogą w danym przypadku wystąpić. System klasyfikacji zaburzeń psychicznych

stworzony przez APA nosi nazwę *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorder (DSM)* natomiast klasyfikacja WHO to *International Classification of Disease (ICD)*. Aby postawić właściwą diagnozę osoba doświadczona traumatycznym zdarzeniem musi spełniać pewne kryteria, które wiążą się z określonymi objawami psychopatologicznymi, ich czasem trwania oraz nasileniem.

1. KSZTAŁTOWANIE SIĘ TEORII ZABURZEŃ PSYCHICZNYCH

Oczywistym jest fakt, iż urazy psychiczne, które towarzyszą zdarzeniom traumatycznym dotykały również naszych przodków. Pierwsze wzmianki o problemach psychicznych zostały ujęte już w VIII w. p.n.e. i sięgają czasów Homera. Przedstawił on w swym dziele pt.: „Odyseja” obraz psychologiczny głównego bohatera – Odyseusza, któremu na jawie ukazują się obrazy traumatyczne, które związane są z jego przeżyciami mającymi miejsce podczas walk o Troję. W utworze pojawiają się również opis tzw. syndromu „poczucia winy ocalałego”, który dręczy głównego bohatera tragedii. Wszystkie te zdarzenia mają miejsce podczas długoletniego powrotu Odyseusza do swego królestwa – Itaki – po wojnie w Troi [9.s.24].

Opisy stanów potraumatycznych można również znaleźć w literaturze XVI-XVIII wieku. Warto przytoczyć tutaj takie postaci jak Samuel Pepyse oraz Karol Dickens. Pierwszy z nich w swych pamiętnikach opisuje wielki pożar w Londynie, który nieubłaganie kierował się w stronę jego domu. Przedstawia on w swych pamiętnikach zarówno osobistą reakcję na zaistniałą sytuację (ma problemy z zasypianiem) oraz reakcję innych ludzi na to traumatyczne zdarzenie. Píše on o samobójstwach, które były konsekwencją tamtego zdarzenia. Natomiast Karol Dickens przedstawia w swej książce katastrofę kolejową, którą przeżył w 1865 roku. Czytając jego pamiętniki można wywnioskować, że pojawiła się u niego trauma związana z podróżami pociągiem, również odnajdujemy w nich coraz częstsze wzmianki o minionej katastrofie, co może świadczyć o rozwijających się traumatycznych zaburzeń psychicznych autora.

Fakt, iż w literaturze możemy odnaleźć opisy stanów zaburzeń psychicznych świadczy o istnieniu problemów natury psychologicznej już setki a nawet tysiące lat temu. Głębsze zainteresowanie tą tematyką pojawiło się niespełna trzy wieki temu. W XIX w. pojawiły się pierwsze dyskusje na temat nerwic traumatycznych. Związek pomiędzy traumą, a chorobą psychiczną zauważono prowadząc badania we francuskim szpitalu Salpetriere. W tym okresie część uczonych uważała, że urazy psychiczne są następstwem zmian molekularnych w mózgu, o których mówi Oppenheim, natomiast Page podtrzymywał tezę, że są one silnie związane z lękiem pojawiającym się po doznaniu traumatycznego zdarzenia. Spór pomiędzy etiologią był dość długi. Główne pytania zadawane w tej kwestii są następujące: czy trauma wiąże się z czynnikami organicznymi czy psychicznymi? Czy nie jest ona tylko odczuciem subiektywnym jednostki? [8, s.67].

W XIX wieku uważano, że z przeżyciem traumatycznym łączą się takie jednostki chorobowe jak szok nerwowy, histeria czy nerwica popypadkowa. Dziś już wiemy, że koncepcje te nie były słuszne. Pirre Janet był jednym z pierwszych autorów, który przedstawił koncepcję traumy oraz leczenia jej konsekwencji. Uważał on, że centralnym problemem w tych zaburzeniach jest niezdolność do zintegrowania traumatycznych wspomnień. Kiedy ludzie doświadczają gwałtownych emocji, ich umysły nie są w stanie dopasować przerażających przeżyć do istniejących poznawczych schematów. W rezultacie pozostają one oddzielone, zdysocjowane od istniejących poznawczych schematów i nie podlegają wolicjonalnej kontroli [3, s.23]. Jak można wnioskować z powyższej koncepcji, jednostka po zdarzeniu traumatycznym nie jest w stanie zintegrować traumatycznych wspomnień ze swoim dotychczasowym schematycznym myśleniem. Konsekwencją oddzielenia sytuacji traumatycznej od świadomości jest obniżenie psychicznej energii, co za sobą niesie zminimalizowanie zaangażowania w działania i nauce związanej z nowymi doświadczeniami.

Badania nad żołnierzami I wojny światowej wysunęły inny pogląd mówiący, że wpływ na ich zachowanie mają zmiany pojawiające się w mózgu. Motto nazywa zaburzenia psychiczne weteranów jako „szok artyleryjski”. Objawy jakie towarzyszyły żołnierzom to: oszołomienie, strach, drżenie, koszmary sennie i niezdolność do codziennego funkcjonowania. Uszkodzenia mózgu opisuje jako przerwanie drobnych naczyń w mózgu poprzez tlenek węgla oraz zmiany ciśnienia atmosferycznego podczas wybuchów artyleryjskich [6, s.76].

Angielski chirurg John Erichsen zajął się badaniami nad osobami, które przeżyły wypadki kolejowe. Ich psychiczne objawy były podobne do opisanych przez Motta, jednak chirurg odnosił się do teorii „wstrząsu kręgosłupa” [9, s. 28], które stricte łączono z molekularnymi zakłóceniami układu nerwowego prowadzącymi do zaburzeń psychicznych. Dzięki dzisiejszej medycynie już wiemy, że połączenie urazów psychicznych ze wstrząsem rdzeniowym jest rzeczą abstrakcyjną. Wstrząs rdzeniowy to odrębna jednostka chorobowa umiejscowiona w medycynie ratunkowej. Jest on wynikiem zaburzeń funkcji autonomicznego układu nerwowego, przez co dochodzi do zaburzeń związanych z napięciem ścian naczyń krwionośnych i rzutu serca. Charakterystycznym objawem wstrząsu rdzeniowego jest obniżenie ciśnienia krwi, wolne tętno, które początkowo utrzymuje się w normokardii oraz skóra o prawidłowej temperaturze i kolorze. U zdrowego człowieka ciśnienie tętnicze utrzymuje się na prawidłowym poziomie dzięki kontrolowanemu wyrzutowi katecholamin (epinefryny i norepinefryny) z rdzenia nadnerczy. W aorcii i tętnicach szyjnych znajdują się receptory reagujące na zmiany ciśnienia krwi. Katecholaminy powodują skurcz naczyń krwionośnych, zwiększają częstotliwość rytmu serca oraz jego siłę i pobudzają gruczoły potowe. Mózg i rdzeń kręgowy wysyłają sygnały do rdzenia nadnerczy, który uwalnia katecholaminy, aby utrzymać, ciśnienie krwi w prawidłowym zakresie. W wyniku uszkodzenia rdzenia kręgowego nie przesyła on pobudzeń do

nadnerczy, przez co nie są wydzielane katecholaminy. Konsekwencją takiego biegu zdarzeń jest poszerzenie naczyń krwionośnych, przez co gromadzi się w nich krew i jednocześnie obniża się ciśnienie tętnicze krwi. Niestety centralny układ nerwowy nie może skorygować tego stanu ze względu na przerwane przewodzenie między mózgiem a korą nadnerczy, co wiąże się z pogorszeniem stanu poszkodowanego i rozwoju wstrząsu.

Kolejną postacią starającą się znaleźć podłoże chorób psychicznych jest Freud. Prowadził on swoje badania nad histerią występującą u pacjentek wykorzystywanych seksualnie w dzieciństwie. Początkowo zgadzał się z teorią dysocjacji jednak po dłuższych badaniach ustanowił on nową teorię tzw. „histerii obronnej”. Uważał on, że podłożem histerii jest wypieranie pragnień popędu seksualnego, który miał związek z wielokrotnym bądź jednorazowym doświadczeniem seksualnym pojawiającym się w dzieciństwie. Niestety Freund zaniedbał swoje badania w tej kwestii ze względu na niemożność pogodzenia się z faktem, iż podłoża histerii występują nie tylko u wykorzystywanych seksualnie pacjentek proletariatu paryskiego, ale również wśród kobiet szanowanych wiedeńskich rodzin. Kierując się w stronę traumatycznych przeżyć Freund zakładał, iż „trauma występuje wówczas, gdy wysoka intensywność bodźców nadmiernie pobudzi psychikę, przełamując barierę ochronną [4. s. 35]. Tłumacząc fakt, iż niektórzy pacjenci reagują w inny sposób na przeżycie traumatycznej sytuacji starał się udowodnić, że każdy ma swoją ściśle określoną barierę bodźcową, która wzrasta wraz z pojawieniem się niebezpieczeństwa, przez co „zmniejsza dopływ bodźców przenoszących informacje i energię, chroniąc człowieka przed nadmiernym przeciążeniem.

Warto w tym momencie przytoczyć również koncepcję psychoanalityczną traumy oraz stanu potraumatycznego. Zajmował się tym Brett, który przedstawia trzy sposoby definiowania traumy. Jako pierwszy podaje model tworzenia symptomów (Fenichel), które powstają poprzez ożywienie konfliktów, które po raz pierwszy pojawiły się w dzieciństwie. „Pod wpływem frustracji występuje regresja do punktu fiksacji pierwotnego konfliktu. W związku z tym bieżące symptomy stają się odzwierciedleniem uczuć i obron, które działały we wczesnym okresie. Dostatecznie intensywna bieżąca frustracja jest głównym czynnikiem determinującym patologię [5, s.34]. Dlatego podstawową terapią w takiej sytuacji jest leczenie konfliktu wczesnodziecięcego. Drugim sposobem definiowania traumy w koncepcji psychoanalitycznej jest koncepcja Freund, która mówi o tym, iż traumą możemy nazywać zdarzenie, w którym intensywność bodźca jest dostatecznie silna, aby przełamać barierę ochronną. W tym przypadku funkcjonowanie ludzkiego organizmu zostaje zaburzone poprzez impulsy, których nie da się kontrolować. Trzecią koncepcją jest powtarzanie i obrona. Na powstanie tego modelu miały wpływ obserwacje powtarzających się snów, które pojawiały się po wystąpieniu traumatycznych zdarzeń u żołnierzy biorących udział w I wojnie światowej. Freund twierdził, że ponowne przeżywanie podczas snów negatywnych zdarzeń prowadzą do przezwyciężenia go. Jednocześnie aktywne jego przeżywanie pozwala na ochronę ego przed negatywnymi skutkami zaistniałego zdarzenia.

Koncepcja psychoanalityczna, którą przedstawił Kardiner, pozwala spojrzeć na problem powstawania traumy z całkiem innej strony. Sądził on, że mechanizmem powstania choroby jest charakter i rodzaj dokonującego się zdarzenia a nie indywidualne uwarunkowania osobnicze. Twierdził on również, iż dopiero po zakończeniu traumatycznego zdarzenia dokonuje się szereg zmian psychicznych. Takie samo stanowisko przyjmuje w stosunku do syndromu potraumatycznego, którego nie da się stricte połączyć z wcześniej występującymi objawami i jest on bezpośrednio związany z występującym stresem. Jego badania przeżywały swój wielki rozwój podczas II wojny

światowej, kiedy to pracował z żołnierzami amerykańskimi. Klasyfikacja poglądy psychoanalizy opierający się na twierdzeniu, iż zaburzenia psychiczne po traumatycznym zdarzeniu są w dużej mierze uwarunkowane przez wczesnodziecięce doświadczenie jednostki. Abram Kardiner u weteranów I wojny światowej zaobserwował wrażliwość oraz czujność na zagrożenia płynące z zewnątrz. U osób służących w armii dostrzegł zarówno objawy związane z fizjologią jak i „patologiczny syndrom traumatyczny”, który opierał się na zmienionym postrzeganiu przez poszkodowanych swojej osoby. Główne objawy, które zostały przez niego opisane to między innymi nadmierna czujność, gwałtowna reakcja przestraszenia, koszmary senne oraz objawy psychosomatyczne.

Kolejnym etapem w rozwoju badań nad traumą i reakcją psychiczną człowieka na zdarzenia negatywne jest czas II wojny światowej. Badania rozpoczęto przeprowadzać na żołnierzach amerykańskich. Powodem tego było wystąpienie u nich zaburzeń psychicznych, które nie pozwalały na prawidłowe funkcjonowanie podczas służby wojskowej. Naukowcy opisali nie tylko reakcję na stres walki, ale również ich zachowanie po powrocie z frontu. Dzięki tym badaniom doszło do rozwoju zarówno psychiatrii jak i psychologii klinicznej. W tym czasie również zaczęto wprowadzać metodę tzw. „debriefingu”, która pozwoliła na zmniejszenie psychicznych konsekwencji traumatycznych zdarzeń. Jest to metoda, którą wprowadził J. Mitchell w 1983 roku pod nazwą „Critical Incident Stress Debriefing” CISD [3, s.148]. Pozwala ona w dość szybki sposób zredukować efekty stresu pourazowego u osób, które były świadkami sytuacji traumatycznej. Zaczęto ją stosować wśród armii amerykańskiej, a ma ona dzisiaj swoje zastosowanie przede wszystkim w grupach dyspozycyjnych, takich jak jednostki ratownictwa medycznego, straży pożarnej, wojska czy policji, które na co dzień spotykają się z ciężkimi sytuacjami związanymi z zagrożeniem życia i zdrowia.

Ginker i Spiegel w swojej książce pt. „Men under stress” przedstawili zarówno przeżycia, jak i reakcje żołnierzy wojennych poprzedzając ten opis dogłębną psychoanalizą. „Zdaniem autorów kliniczny opis neurotycznych reakcji na ciężki stres walki obejmuje wiele psychologicznych i psychosomatycznych symptomów i nieprzystosowawcze zachowanie. (...) Do najczęstszych występujących objawów należą: zdenerwowanie, drażliwość i zachowanie agresywne, zmęczenie po obudzeniu się i ospałość, trudności z zasypianiem, subiektywny lęk, łatwe męczenie się, reakcja przestraszenia, depresja, zmiany osobowości i zakłócenia pamięci, drżenia i objawy nadaktywności układu sympatycznego, trudności w koncentracji, poczucie zagubienia i zwiększone spożycie alkoholu.

Kolejną grupą, która miała kontakt ze skrajnym stresem powiązanym z wystąpieniem zaburzeń psychicznych są więźniowie nazistowskich obozów koncentracyjnych. Dla tej grupy osób powstały określenia takie jak: astenia poobozowa, astenia postępująca czy KZ-syndrom, który wiązał się z niemożnością przystosowania do reszty społeczeństwa. Astenia poobozowa charakteryzowała się przede wszystkim takimi objawami jak: przedwczesne i szybkie starzenie się, spadek wagi oraz zaburzenia naczyniowo-ruchowe. W kwestii zaburzeń psychicznych pojawia się depresja, zaburzenia snu i układu pokarmowego, poty oraz trudności adaptacyjne, astenia nerwowa i umysłowa oraz dystymia ze spadkiem poczucia własnego znaczenia. Objawy te opisuje francuski uczyony Targow, rozróżnia on również astenię zarówno odwracalną jak i nieodwracalną. Początkowo wiązane w/w zaburzenia z niedoborem białkowym, który wiązał się z głodem długo trwającym, co miało również związek z urazami psychicznymi. U osób, które przeżyły pobyt w obozach koncentracyjnych badacze zaobserwowali długoletnią depresję, zaburzenia somatyczne, koszmary senne, bezsenność, lęk oraz utrzymujące się poczucie winy i zadawanie sobie pytań: „dlaczego to ja przeżyłem?”, zmiany charakteru oraz wciąż powracające przeżycia panicznego strachu.

Wyżej wymienione koncepcje były prekursorem dzisiejszych teorii, które mówią przede wszystkim o dysocjacyjnych konsekwencjach urazów psychicznych. Zarówno Międzynarodowa Organizacja Zdrowia jak i Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne w swych klasyfikacjach rozróżniają szereg zaburzeń powstających po przeżyciu traumatycznego stresu. Wykazują oni, iż główną konsekwencją traumatycznych zdarzeń jest pojawienie się charakterystycznych objawów. Pierwsza jednostka chorobowa ujęta w DSM-III pojawiająca się po ekstremalnym stresie to zespół stresu pourazowego tzw. PTSD (*posttraumatic stress disorder*). Właśnie dzięki stuleciom badań nad psychicznymi konsekwencjami skrajnych zdarzeń udało się stworzyć kwestionariusze oraz szczegółowe wywiady, które pozwalają na postawienie diagnozy bądź na prowadzenie dalszych, bardziej szczegółowych badań w kierunku wystąpienia innych urazów psychicznych. Po wielokrotnych analizach, latach badań nad tą jednostką chorobową, odnaleziono pewne nieścisłości, które nie pozwalały na poprawne leczenie tego zaburzenia. Dlatego na przestrzeni kilku lat powstała koncepcja wyróżnienia kolejnego zaburzenia w klasyfikacji DSM, jakim jest zespół ostrego stresu ASD (*acute stress disorder*). Oba te zaburzenia podzielono ze względu na czas trwania i różniące je poszczególne symptomy co zdecydowanie ułatwiło dokładne diagnozowanie poszczególnych zaburzeń.

1.1. Przyczyny urazów psychicznych

Urazy psychiczne najczęściej pojawiają się w momencie gdy trudne, traumatyczne czy ekstremalne zdarzenie przekracza granice równowagi (czyli tzw. barierę ochronną opisaną przez Freundą) psychicznej jednostki, gdy jej życiowo ważne wartości są naruszane. Mamy tu na myśli przede wszystkim zagrożenie utraty zdrowia lub życia człowieka (bądź jego bliskich) oraz utratę pozycji społecznej, dobrego imienia, samooceny bądź poczucie bezpieczeństwa. Część psychologów mówi, że do zaburzeń w zachowaniu człowieka dochodzi w przypadku zagrożenia jego „ego” bądź „superego”.

Aby mówić o konsekwencjach ekstremalnej sytuacji warto wyjaśnić czym ona jest. Tomaszewski pisze, iż jest to przedłużająca się, bardzo znaczna deprywacja (pozbawienie podmiotu podstawowych potrzeb potrzebnych do jego normalnego życia lub funkcjonowania) na granicy ludzkiej wytrzymałości. Najprościej pisząc jest to po prostu wytrącenie równowagi człowieka podczas wystąpienia zdarzenia, z którym podmiot nie może sobie poradzić. Wyżej wymieniona równowaga jest stanem, w którym organizm utrzymuje homeostazę pomiędzy przyswojonymi już informacjami a tymi, które są mu dostarczane. Dlatego podczas wystąpienia sytuacji ekstremalnej przekraczającej granice ludzkiej wytrzymałości dochodzi do zmian w zachowaniu. Może to prowadzić do rozwoju psychofizycznego wiążącego się z pozytywną zmianą osobowości lecz jednocześnie taka sytuacja może jednak wywołać całkiem odmienną reakcję, która doprowadzi do destrukcji podmiotu, szczególnie podczas długotrwałego działania i dużego natężenia negatywnych doświadczeń.

Duży wpływ na negatywny, bądź pozytywny rozwój człowieka po wystąpieniu sytuacji ekstremalnej mają czynniki psychologiczne takie jak: odporność psychiczna, poczucie koherencji czy tzw. *wzór zachowania A*. Odporność psychiczna związana jest z postrzeganiem stresującej sytuacji jako wyzwania, nad którym ma się kontrolę z jednoczesnym pełnym zaangażowaniem w nią. O poczuciu koherencji mówimy wówczas, gdy osoba spogląda na świat jako sensowną całość, jego zrozumiałości oraz odczuwa w sobie możliwość sprostania wszelkim wymaganiom. Antonovsky - prekursor koncepcji salutogenetycznej - określił *poczucie koherencji* w następujący sposób: „Jest to orientacja życiowa polegająca na spostrzeganiu świata jako zrozumiałego, sterowalnego oraz mającego sens i wobec tego wartego podjęcia wysiłku i inwestowania emocjonalnego w życie. Podejście

takie zdecydowanie przyczynia się do radzenia sobie w trudnych sytuacjach z jednoczesnym zastosowaniem odpowiednich mechanizmów obronnych. Opisane powyżej przez mnie dwa czynniki psychologiczne mają pozytywny wydzźwięk, dlatego chciałabym jeszcze opisać mniej korzystną koncepcję tzw. wzór zachowania A (WZA). On również przyczynia się do przezwycięzania niekorzystnych sytuacji choć ma dość negatywny wpływ psychosomatyczny. WZA – czytamy w podręczniku akademickim J. Strelaua - polega na zaangażowaniu jednostki w permanentną walkę o zdobycie jak największej liczby celów (często niejasno sprecyzowanych) w jak najkrótszym czasie. Jeśli zachodzi potrzeba, to osoby te potrafią pokonać opór stawiany przez innych ludzi, rzeczy lub okoliczności. U osób tych najczęściej dochodzi do wystąpienia szeregu chorób a w szczególności do chorób układu sercowo-naczyniowego tzn. nadciśnienia tętniczego czy zawału mięśnia sercowego, który w dużej mierze jest konsekwencją właśnie takiego stylu życia. Są to ludzie, którzy wielokrotnie poświęcają całe swoje życie na zdobywanie coraz wyższych stanowisk kosztem swojego zdrowia. Rezygnują często ze snu czy właściwego wypoczynku sięgając po różnego rodzaju używki czy sztuczne środki zwiększające ich aktywność.

Aby dogłębnie zrozumieć przyczyny, które powodują urazy psychiczne warto przez chwilę zastanowić się nad pojęciem „stresu”, który jest reakcją organizmu na pojawienie się bodźca uznanego przez jednostkę jako szkodliwy. Selye jako pierwszy nazwał tę reakcję i opisał to zjawisko jako Ogólny Zespół Adaptacyjny. „Zespół ten przebiega w trzech kolejnych stadiach: stadium reakcji alarmowej, podczas której zostają zmobilizowane siły obronne; stadium odporności, czyli pełne przystosowanie do stresora i stadium wyczerpania. Do ostatniego stadium dochodzi w wyniku wyczerpania się energii przystosowania, jeśli stresor jest odpowiednio nasilony i działa przez odpowiednio długi czas. Natomiast Janis pisze, że stresem jest „taka zmiana w otoczeniu, która typowo, to jest u przeciętnego człowieka, wywołuje wysoki stopień napięcia emocjonalnego i przeszkadza w normalnym toku reagowania”. Autor ma tu na myśli takie sytuacje jak rozwód, śmierć współmałżonka, choroba, zmiana pracy, pojawienie się nowego członka rodziny, czy drobne wykroczenie przeciw prawu czyli te sytuacje, które w dużym stopniu dostarczają nam na co dzień napięć emocjonalnych. Należy tutaj zaznaczyć, że każdy człowiek jest indywidualną jednostką i reaguje na daną sytuację na swój sposób. Dlatego występujące określone zdarzenie dla jednej osoby może być stresujące a dla drugiej nie.

W literaturze polskiej pojęcie stresu zostało jasno zdefiniowane przez Strelaua, określił on go jako „stan, który charakteryzowany jest przez silne emocje negatywne, takie jak strach, lęk, złość, wrogość, a także inne stany emocjonalne wywołujące dystres oraz sprzężone z nimi zmiany fizjologiczne i biochemiczne, ewidentnie przekraczające bazalny poziom aktywacji”. Z definicji tej możemy wywnioskować, że reakcję tę mogą wywołać stresory, które są ogólnie uznawane za takie przez społeczeństwo czy też jako indywidualna reakcja danej jednostki, jej zróżnicowana ocena zaistniałej sytuacji. Jednak najbardziej trafną i najczęściej cytowaną w specjalistycznej literaturze do dzisiaj definicją jest koncepcja Lazarusa, który pisał, że stresem jest „określona relacja między osobą a otoczeniem, która oceniana jest przez osobę jako obciążająca lub przekraczająca jej zasoby i zagrażająca jej dobrostanowi. Ta koncepcja ukazuje nam, iż wpływ na reakcję jednostki ma ogólny kontekst sytuacyjny oraz relacje danej osoby z otoczeniem. Objawy stresu wywoływane są w sytuacji gdy poczucie „dobrostanu” zostaje zachwiane czemu stricte towarzyszy subiektywna ocena człowieka. Lazarus uwzględnił tu ocenę pierwotną (krzywda, strata, zagrożenie, wyzwanie), która odnosi się do zaistniałej sytuacji czy też mogącej się pojawić w przyszłości i charakteryzuje się pojawieniem się zarówno negatywnych

jak i pozytywnych emocji. Natomiast ocena wtórna (czyli proces poznawczy) ukierunkowana jest na podjęcie działań przez jednostkę, które całkowicie bądź tylko w pewnym stopniu zredukują reakcję stresową [9, s. 78]. Niestety najbardziej negatywny wpływ na jednostkę ma strata bądź krzywda, które w największym stopniu obciążają człowieka. Proces poznawczy w tym przypadku odgrywa największą rolę ponieważ to właśnie dzięki niemu jednostka potrafi sobie poradzić, bądź nie, z zaistniałą sytuacją poprzez szereg mechanizmów obronnych.

Wśród przyczyn wywołujących stres można wymienić stresory o różnym stopniu nasilenia. Najslabsze z nich to drobne, codzienne przeciwności takie jak: trudność z pojawieniem się na umówione spotkanie na czas, niemożność odnalezienia jakiegoś przedmiotu czy niewielkie nieporozumienia rodzinne. Stresory o średnim nasileniu to m.in. duże wyzwania i zagrożenia. Mowa tu o śmierci współmałżonka czy kogoś z rodziny, rozwodzie, separacji, utracie pracy czy poważnej, nieuleczalnej chorobie. Czynnikiem stresogennym o największym nasileniu są dramatyczne zdarzenia takie jak: wojny, klęski żywiołowe (powódź, tornado, tsunami, pożar, susza) oraz katastrofy związane z rozwojem cywilizacyjnym (katastrofy komunikacyjne, lotnicze, budowlane czy ekologiczne). W tych przypadkach mówimy o stresie traumatycznym oraz ekstremalnym. Charakteryzuje się tym, iż dotyka on podstawowych wartości człowieka takich jak: życie, zdrowie czy schronienie. Jednocześnie stawia ono wysokie wymagania, którym człowiek nie potrafi sprostać wykorzystując już znane i stosowane strategie radzenia sobie dzięki posiadanym zasobom. Stresory te występują często bez ostrzeżenia i pozostawiają po sobie ogromny ślad, który powraca ponownie w przypadku pojawienia się bodźców skojarzonych z minionym, traumatycznym zdarzeniem. W sytuacjach tych możemy również mówić o wymiarze czasowym danego stresora czyli np. wydarzenie jednorazowe, cykliczne, stresory chroniczne czy też ciąg zdarzeń. Na reakcję człowieka ma w dużej mierze wpływ stopień kontrolowalności stresora, który rzutuje na przebieg oraz aktywność jednostki podczas pojawienia się sytuacji wywołującej stres co jednocześnie wiąże się z procesem radzenia sobie z zaistniałym zdarzeniem.

Proces indywidualny, który odnosi się do nawykowych zachowań pojawiających się w sytuacjach stresowych nazywamy radzeniem sobie ze stresem ma miano reakcji obronnej organizmu i obejmuje wszystkie aktywności podjęte przez jednostkę. Zachowania te uruchamiane są przez jednostkę nieświadomie i zniekształcają percepcję rzeczywistości w taki sposób aby człowiekowi udało się uniknąć przykrych emocji, celem ich jest również niedopuszczenie do destrukcji samooceny w przypadku wystąpienia niekorzystnej sytuacji. Lazarus wraz z Folkmanem zdefiniowali proces radzenia sobie ze stresem jako „stale zmieniające się poznawcze i behawioralne wysiłki, mające na celu opanowanie określonych zewnętrznych i wewnętrznych wymagań, ocenianych przez osobę jako obciążające i przekraczające jej zasoby [10. s.54]. Z definicji tej można wywnioskować iż „radzenie sobie” jest podjęciem przez jednostkę celowych wysiłków, które zostają podjęte automatycznie podczas pojawienia się pewnej sytuacji co jednocześnie wiąże się z oceną, która powiązana jest z negatywnymi odczuciami i uznana przez jednostkę jako obciążająca. Proces ten jest dynamiczny, podczas rozwoju sytuacji stresowej dochodzi do zastępowania przez inne mechanizmy obronne tych, które nie spełniają już swojej roli. Jednocześnie proces ten odgrywa dwie funkcje: zadaniową, która polega na poprawie relacji z otoczeniem oraz funkcję samoregulacji emocji, co wiąże się z obniżeniem napięcia oraz negatywnych stanów emocjonalnych.

1.2. Rodzaje zaburzeń psychicznych

Na przestrzeni setek lat powstało wiele teorii dotyczących reakcji człowieka na traumatyczne zdarzenia. Tak jak wspomniano już wcześniej w literaturze pięknej od wieków pojawiają się opisy stanu psychicznego bohaterów lirycznych, którzy przeżywają w swym życiu przerażające chwile. Ekstremalne zdarzenia powodują szereg następstw w psychice człowieka, dlatego też wśród teoretycznego podejścia do zaburzeń psychicznych człowieka można wyróżnić szereg negatywnych reakcji ludzkiego organizmu. Wśród nich wymienia się m.in.: zaburzenia na tle nerwicowym, zaburzenia osobowości, zachowania czy zaburzenia nastroju.

Reakcja na ciężki stres pojawia się u człowieka wtedy, gdy ma on styczność z obiektywnie trudną sytuacją. „Zaburzenia te mogą pojawić się po zetknięciu z wyjątkowo stresującym wydarzeniem życiowym lub w wyniku istotnej zmiany życiowej, prowadzącej do stałych i nieprzyjemnych konsekwencji utrudniających przystosowanie się do nich. W tym przypadku jednostka nie potrafi poradzić sobie w sposób skuteczny z sytuacjami społecznymi poprzez dezadaptacyjną reakcję na ciężki ostry, czy też przewlekły stres. Bezpośrednia reakcja na stres może trwać dość krótko i objawia się „oszołomieniem”, jednocześnie dołącza się zawężenie stanu świadomości i uwagi. W tym przypadku może również dołączyć się brak orientacji, czy problemy z odbieraniem bodźców. Natomiast zaburzenia dezadaptacyjne mogą pojawić się po pewnym czasie od zdarzenia i trwać nawet przez kilka miesięcy [11, s.45]. Zaburzeniami, które mogą pojawić się w tym przypadku są: lęk, złość, rozpacz, depresja, zahamowanie bądź pobudzenie.

Aby bliżej przyjrzeć się psychologicznym konsekwencjom traumatycznych zdarzeń sięgnięto do systemu klasyfikacji i diagnozy zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego oraz klasyfikacji Światowej Organizacji Zdrowia. Klasyfikacja, którą wyróżniło APA nosi nazwę: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder* (DSM) natomiast WHO stworzyła Międzynarodową Klasyfikację Chorób i Problemów Zdrowotnych *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (ICD-10), w której również można odnaleźć szereg chorób psychicznych towarzyszących człowiekowi. Obie te klasyfikacje są wciąż aktualizowane. Pracuje nad nimi latami szereg ekspertów z całego świata. Kierują się oni wciąż trwającymi badaniami, które podlegają dyskusji na wielu międzynarodowych konferencjach.

Klasyfikacja DSM-III przedstawia główne przyczyny urazów psychicznych i wyróżnia wśród nich: gwałt, agresywny napad, walkę frontową, klęski żywiołowe (powodzie, pożary, tornada, tsunami itp.) katastrofy komunikacyjne, przemysłowe, budowlane, lotnicze oraz stresory związane z tzw. *man-made* czyli bombardowania, tortury, obozy koncentracyjne czy terroryzm. W DSM-IV Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne traumatycznym stresorem zostaje nazwane „zdarzenie związane z zagrożeniem życia lub fizycznej integralności, podczas którego dana osoba przeżywa intensywny strach, poczucie bezradności i makabry.

W międzynarodowej klasyfikacji chorób i problemów zdrowotnych ICD-10¹ są uwzględnione jednostki chorobowe powstające jako patologiczne następstwo przeżycia ciężkiego stresu. Kodem F43 wyróżnia ona jednostki chorobowe, które są reakcją na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne. Do nich zaliczamy: ostrą reakcję na stres F43.0 (*acute stress disorder* – ASD), zaburzenia stresowe pourazowe F43.1 (*posttraumatic stress disorder* – PTSD), zaburzenia adaptacyjne F43.2, oraz inne reakcje na ciężki stres F43.8. W klasyfikacji tej możemy również wyróżnić zaburzenie stresu pourazowego połączonego z depresją, objawami lękowymi i uzależnieniami, a

także zaburzenia dysocjacyjne i trwałe zmiany osobowości po katastrofie F62.0 oraz patologiczne następstwo przeżycia katastrof.

W niniejszym artykule opisano podstawowe, najczęściej diagnozowane urazy psychiczne związane z przeżyciem przez jednostkę sytuacji kryzysowej związanej z udziałem w wypadku komunikacyjnym. W dalszej części rozwinięto takie jednostki chorobowe jak ostra reakcja stresowa ARS, zespół ostrego stresu ASD, zespół stresu pourazowego PTSD oraz złożone zaburzenie po stresie traumatycznym Complex-PTSD.

2. KONSEKWENCJE URAZÓW PSYCHICZNYCH

Diagnozowanie urazów psychicznych jest czynnością bardzo trudną. Ma to związek z potrzebą rozpoznawania stanów psychicznych innych ludzi, co wiąże się z subiektywną oceną osoby diagnozującej chorego, z obserwacją osoby diagnozowanej, opisem jej doznań czy opinii tych, którzy znajdującego się w jej najbliższym otoczeniu. Często pojawiające się objawy są niejednoznaczne. Początkowo zaburzenia psychiczne opisywane są jako zespoły objawów, które zostają zdiagnozowane jako określona choroba psychiczna dopiero wówczas gdy pewne objawy się nasilają, wzrasta ich częstota występowania bądź występują one z innymi określonymi zaburzeniami zachowania.

Po wystąpieniu zdarzenia traumatycznego każdy człowiek często reaguje na tę sytuację w określony sposób i ma on charakter obronny. Taka reakcja służyć ma przetrwaniu oraz ochronie życia jednostki. Początkowo pojawia się poczucie nierealności zdarzenia oraz zaprzeczanie jemu. Kolejno występują luki pamięciowe, mało sensowne działania, po czym dochodzi do uświadomienia sobie, że to zdarzenie faktycznie miało miejsce, przez co uruchamiają się mechanizmy obronne, na które składają się: zaburzenia czasu, zniewolenie poczuciu bólowych, wyostrenie bądź spłycenie odczuć zmysłowych, pojawiają się dysocjacja (izolowanie emocji, poczucie bycia poza ciałem), myślenie staje się chłodne, logiczne, aemocjonalne. Mogą ujawnić się również tzw. strategie na przetrwanie, które przejawiają się w dążeniu do utrzymania spokoju za wszelką cenę poprzez powtarzanie słów modlitwy, mowę bądź milczenie, krzyk czy płacz. Przez dwa dni od przeżycia sytuacji traumatycznej najczęściej występują w/w naturalne systemy obronne czyli tzw. ostra reakcja na stres. Ostre zaburzenia stresowe zwane zespołem ostrego stresu pojawiają się zazwyczaj po dwóch dniach i trwają do czterech tygodni. Ostry zespół stresu pourazowego trwa od jednego do 3 miesięcy, natomiast sytuację, gdy nie ustępuje on po trzech miesiącach możemy nazwać chronicznym zespołem stresu pourazowego. Kiedy objawy potraumatyczne pojawiają się po pół roku od zdarzenia takie zaburzenia nazywamy odroczonym zespołem stresu pourazowego. Oprócz tych reakcji możemy również wyróżnić fobie, uogólniony bądź paniczny lęk, zaburzenia maniakalne, obsesyjno-kompulsyjne, niezdolność do opanowania emocji, próby samobójcze, impulsywne i ryzykowne zachowanie, dolegliwości somatyczne, niezdolność do ufania innym, skłonność do krzywdzenia innych bądź do ponownego stania się ofiarą przemocy. Mogą pojawić się również objawy wtórne takie jak: zachowania autoagresywne, cynizm, wciąganie innych w dyskusję czy prowokowanie kłótni, odsuwanie się od ludzi, które jest spowodowane narastającą złością, utrata nadziei, poczucie osamotnienia, izolacja oraz poczucie utraty tożsamości. Wydarzenia traumatyczne wiąże się również ze stratą poczucia bezpieczeństwa poprzez brak kontroli nad własnym życiem, utratą poczucia własnej wartości, zaufania do ludzi czy sprawiedliwość i wiary we własne siły. Obniża

¹World Health Organization, *Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych* (ICD-10), Wyd. 2, Vesalius, Kraków 2006.

się poczucie wsparcia społecznego oraz osłabienie więzi społecznych. Oprócz pojawiających się zaburzeń psychicznych występuje często obniżenie nastroju oraz smutek, które są reakcją na wielowymiarowy i długotrwały stres, tu mamy do czynienia jednocześnie ze stanami lękowymi, depresją oraz zaburzeniami fizycznymi. Wśród tych ostatnich możemy wymienić: nadużywanie alkoholu, leków, papierosów czy substancji psychoaktywnych oraz zaburzenia snu. Niestety przez zaburzenia współistniejące diagnoza oraz odpowiednie leczenie nie zawsze jest wdrażana w odpowiednim momencie. Dodatkowo ma to znaczny wpływ na przebieg leczenia, poprzez obecność większej ilości zaburzeń powrót do zdrowia zdecydowanie wydłuża się [3, s.9-11].

Opisując konsekwencje pojawiające się w życiu jednostki po przeżyciu sytuacji traumatycznych warto zacząć od stanu transkryzysowego, który pojawia się często po takim zdarzeniu. Z badań nad kryzysem wynika, że trwa on od 6 do 8 tygodni, po tym okresie dochodzi do zmniejszenia poczucia „zamętu” w życiu podmiotu. Jednak niektórzy mogą starać się wyprzeć ze świadomości traumatyczne zdarzenie, a konsekwencją takiego postępowania będzie powstawanie kolejnego kryzysu przy pojawieniu się następnej trudnej sytuacji. I taka kolej rzeczy nosi miano transkryzysu. Charakterystyczną cechą takiego stanu jest cykliczność oraz fakt, iż każdy niewielki bodziec może zachwiać równowagę jednostki i doprowadzić ją ponownie do wystąpienia kryzysu [8, s. 20].

Można wyróżnić wiele skutków wiążących się z przeżyciem katastrofy. Lifton wyróżnił i opisał pięć podstawowych objawów: „wdrukowanie śmierci i lęk przed śmiercią – powracające obrazy śmierci, paniczny strach, że śmierć osiągnie ocalałego lub członków jego rodziny; poczucie winy z powodu przeżycia – irracjonalne poczucie ocalonych, że ich życie zostało okupione śmiercią innych osób, maskowane złością lub apatią; otepienie psychiczne – apatia, zamknięcie się w sobie, depresja, poczucie „połowicznego” życia, zaniki pamięci, mylenie czasu i szczegółów z najbliższego otoczenia, brak reakcji na aktualne wydarzenia; obawa przed fałszem w kontaktach z ludźmi – nieukierunkowany gniew, osłabienie kontaktów przy równoczesnej potrzebie miłości i wsparcia, kontakty z ludźmi pełne urazy, nadwrażliwość, zawiść, wrogość, złość; poszukiwanie znaczenia – poczucie zniszczenia porządku świata, także moralnego, wymusza odnowa szukanie sensu dalszego życia [11, s. 56].

Równocześnie wyżej wymienione objawy mogą występować na różnych poziomach nasilenia, co wiąże się nierozłącznie z cechami minionego zdarzenia, systemem społecznym oraz uczestnikami samego zdarzenia. Im większa ilość strat materialnych, ludzi w nim uczestniczących oraz im dłuższy jest czas jego trwania, tym okres powrotu do równowagi wydłuża się. Czynnikiem wspomagającym powrót do równowagi psychicznej jest przede wszystkim szybkie wsparcie osób bliskich oraz instytucji zajmujących się pomocą psychologiczną. Wpływ na przebieg przeżyć traumatycznych ma również stosunek poszkodowanego do siebie i świata, który występował przed pojawieniem się zdarzenia traumatycznego. Konsekwencją tej zależności jest fakt iż ci, którzy przeżywali przed katastrofą jakieś wewnętrzne konflikty, czy różnego rodzaju problemy gorzej radzą sobie z tym zdarzeniem i powrót do równowagi trwa zdecydowanie dłużej. Szereg osób uczestniczących w katastrofach czy kataklizmach w bardzo odległym czasie po tych zdarzeniach może mieć nadal problemy z emocjami, czego konsekwencją będzie nerwowość, przygnębienie, trudność z codziennymi wyzwaniami, czy nawet pojawiają się myśli samobójcze. Dzieje się tak poprzez niemożność odbudowania swojego życia przez uczestniczących w skrajnie traumatycznych zdarzeniach [7, s.89].

Postawienie diagnozy zaburzeń psychicznych występujących po przeżyciu sytuacji ekstremalnej opiera się na szeregu badań psycho-

logicznych. Wyróżniamy wśród nich badanie stanu fizycznego, wywiad kliniczny, obserwację podmiotu, kwestionariusze oraz testy psychologiczne. W dużej mierze pomocna jest tutaj klasyfikacja DSM-IV i ICD-10, dzięki której trafność postawienia prawidłowej diagnozy jest bardzo wysoka.

System klasyfikacji i diagnozy zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego DSM po wystąpieniu danego stresora wyróżnia w klasyfikacji DSM-III trzy kategorie diagnostyczne, które pomagają w diagnozie urazu psychicznego. Pierwsza z nich to ponowne odtwarzanie traumy. Pod tym hasłem można wyróżnić powracające intruzywne wspomnienia lub powtarzające się zabawy u dzieci; powracające przykre sny; nagłe działanie lub czucie się tak, jak gdyby traumatyczne zdarzenie nastąpiło ponownie; intensywny dystrybucja podczas ponownego kontaktu ze zdarzeniem przypominającymi traumę oraz fizjologiczna reaktywność podczas ponownej ekspozycji na sygnał symbolizujący lub przypominający zdarzenie [2, s.89]. Kolejna kategoria to uporczywe unikanie i zmniejszenie ogólnej reaktywności, w skład tej klasyfikacji wchodzi: usiłowanie unikania rozmów, myśli lub uczuć skojarzonych z traumą, usiłowanie unikania aktywności, psychogenna amnezja, zmniejszone zainteresowanie ważnymi zajęciami, uczucia obojętności i chłodu oraz poczucie braku perspektyw na przyszłość. Ostatnim kryterium diagnostycznym w DSM-III są utrzymujące się objawy zwiększonego psychofizjologicznego pobudzenia, na które składa się trudność z zasypianiem bądź przesypianiem; drażliwość lub wybuchy gniewu, trudności w koncentrowaniu się, nadmierna czujność czy też nasilony przestrach przy nieoczekiwanych bodźcach [1]. Klasyfikacja DSM-IV opublikowana przez APA w 1994 roku do powyższych trzech kategorii dołącza kolejne. Zaburzenia po stresie traumatycznym występują gdy pacjent przeżył traumatyczne zdarzenie, w których był świadkiem bądź sam miał styczność z zagrożeniem życia, poważnym zranieniem bądź naruszeniem nietykalności fizycznej. Również wtedy gdy objawy opisane w DSM-III utrzymują się ponad miesiąc oraz gdy u podmiotu dochodzi do pogorszenia samopoczucia lub upośledzenia społecznych, zawodowych, czy innych życiowo ważnych obszarów funkcjonowania. Zmiany, które pojawiły się w czwartym wydaniu klasyfikacji APA były spowodowane faktem, iż często zaburzenia psychiczne przypisywano osobom reagującym w prawidłowy sposób na zdarzenie traumatyczne. Dlatego dodano w niej jednostkę chorobową znaną pod nazwą ASD, czyli ostra reakcja na stres. Objawy, które występują u tych osób są takie same, jak w przypadku PTSD jednak czas, w jakim się one utrzymują trwa krócej, do jednego miesiąca.

W klasyfikacji ICD-10 przedstawioną przez Światową Organizację Zdrowia pod kodem F23 rozpoczyna się rozdział pt.: „Reakcja na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne”. Zawarte w niej są następujące diagnozy: ostra reakcja na stres (F23.0), zaburzenia stresowe pourazowe (F23.1), zaburzenia adaptacyjne (F42.2), inne reakcje na stres (F42.8) oraz reakcje na ostry stres, nie określone (F42.9). W klasyfikacji tej, aby przypisać choremu określone zaburzenie psychiczne oprócz wystąpienia określonych objawów oraz konkretnego przebiegu musi pojawić się jeden z dwóch czynników przyczynowych czyli „wyjątkowo stresujące wydarzenie życiowe, powodujące ostrą reakcję na stres albo znacząca zmiana życiowa prowadząca do trwałej, przykrew sytuacji, która powoduje zaburzenia adaptacyjne. Autorzy również podkreślają, że grupa ta zawiera zaburzenia natury psychicznej, które występują bezpośrednio po ostrym, ciężkim stresie czy trwałej sytuacji urazowej. Zaburzenia te są nazwane dezadaptacyjnymi, ponieważ uniemożliwiają jednostce skuteczne radzenie sobie z codziennością, przez co dochodzi do trudności w funkcjonowaniu społecznym.

ZAKOŃCZENIE

Doświadczenie traumy, niewątpliwie stanowi dla człowieka ryzyko rozwoju reakcji patologicznych i utraty zdrowia, stwarza również możliwość poprawy funkcjonowania psychologicznego. Pozytywne zmiany psychologiczne w wyniku doświadczonej traumy stanowią istotę koncepcji potraumatycznego wzrostu. Pojęcie to wprowadzono w 1996 roku przez dwóch amerykańskich badaczy: Richarda Tedeschi i Lawrence Calhoun. Oznacza występowanie pozytywnych zmian, które pojawiają się u człowieka w wyniku podejmowania prób poradzenia sobie z następstwami traumatycznych wydarzeń życiowych. W odniesieniu do wzrostu po traumie używa się też innych pojęć takich jak: znajdowanie korzyści, wzrost związany ze stresem, rozwój osobowości, transformacyjne radzenie sobie, rozkwit, czy wzrost wynikający z przeciwności. Zdaniem badaczy Tedeschiego i Calhouna termin potraumatyczny wzrost najlepiej oddaje istotę zjawiska.

BIBLIOGRAFIA

1. American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Wydanie 4, Waszyngton 1994
2. Briere J., Podstawy terapii traumy: diagnoza i metody terapeutyczne. Instytut Psychologii Zdrowia PTP, Warszawa 2010.
3. Bryant R. A., Harvey A. G. Zespół ostrego stresu. Teoria, pomiar, terapia., Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2011.
4. Dudek B. Ochrona zdrowia pracowników przed skutkami stresu zawodowego, Oficyna Wydawnicza Instytutu Medycyny Pracy im. Prof. J. Nofera, Łódź 1999.
5. Dudek B. Zaburzenia po stresie traumatycznym. Cena strachu, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2003.
6. Heszen – Niejodek I., Ratajczak Z., Człowiek w sytuacji stresu. Problemy teoretyczne i metodologiczne, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 1996.
7. Hetherington A. Wsparcie psychologiczne w służbach ratowniczych; Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2004.
8. Lipczyński A., Psychologiczna interwencja w sytuacjach kryzysowych, Difin, Warszawa 2007.
9. Lis-Turlejska M. Stres traumatyczny. Występowanie, następstwa, terapia, Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa 2002.
10. Lis-Turlejska M., Traumatyczne zdarzenia i ich skutki psychiczne, Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN, Warszawa 2005.
11. Strelau J., Zawadzki B., Kaczmarek M., Konsekwencje psychiczne traumy: uwarunkowania i terapia, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2009.

Psychopathology of reactions to critical events concerning medical personnel working at road accidents

The article discusses the problem of trauma among the personnel of medical support services. Each and every one perceives trauma in a self-specific way. The symptoms emerging after experiencing extreme stress condition recognizing a particular mental disorder. These are the situations, which happen independently of an individual and may or may not occur in everyone's life. There are professions which are especially exposed to participating in extremely hard situations. Among them are: emergency medical personnel consisting of paramedics, emergency nurses and doctors as well as the police, fire brigade and army. Negative consequences of traumatic events affect the mental health of an individual. Thus, the education of the society is so important, especially of people exposed to them: how to reduce the negative results of extreme stress, how to counteract it as well as where to look for help after experiencing such situation and noticing certain symptoms.

Autorzy:

Marzena NETCZUK-GWOŹDZIEWICZ: doktor nauk humanistycznych, psycholog, adiunkt w Akademii Wojsk Lądowych imienia generała Tadeusza Kościuszki.

Mail: marzena.netczuk@awl.edu.pl

Artur GOŁĘBIOWSKI: doktor nauk społecznych, wykładowca Akademii Wojsk Lądowych imienia generała Tadeusza Kościuszki.

Mail: artur.golebiowski@awl.edu.pl