

Zaburzenia po stresie traumatycznym – praktyka kliniczna i opiniowanie

Janusz Heitzman

Wprowadzenie

Od czasu wprowadzenia formalnego rozpoznania PTSD (zaburzenia stresowego pourazowego) i później ASD (ostrej reakcji na stres) zespoły te zaczęły być wykorzystywane w prawie cywilnym i karnym. W prawie cywilnym na rozpoznanie PTSD najczęściej powoływano się w celu uzyskania materialnej rekompensaty za szczególne dręczenie, zaś w prawie karnym w celu uniknięcia kary lub jej złagodzenia w przypadku przestępcy ujawniającego zaburzenia psychiczne na skutek wcześniej doznanych urazów. W przypadku badań przeprowadzonych na potrzeby wymiaru sprawiedliwości w postępowaniu cywilnym (roszczenia) i karnym (uszczerbek na zdrowiu ofiary przestępstwa, stan zdrowia sprawcy przestępstwa), szczególnie ważne jest dysponowanie obiektywnymi danymi mającymi walor niezależnego dowodu, który potwierdza lub obala wersję badanego zarówno odnośnie do samego zdarzenia urazowego, objawów, jak i związków między nimi. Największe trudności diagnostyczne sprawia opiniowanie osób z objawami PTSD w przeszłości, które całkowicie lub w znacznym stopniu ustąpiły pod wpływem stosowanego leczenia.

Kryteria diagnostyczne PTSD

Opisy stanu psychicznego zmienionego na skutek odniesionego urazu pojawiają się od setek lat. Spotykamy się z nimi w kodeksie Hammurabiego, Starym Testamencie, dziełach Homera i Szekspira. Zwykle opisywano te same grupy objawów, jak nawracające wspomnienia urazu, chęć unikania czegokolwiek, co przypominałoby uraz, i towarzyszące temu psychiczne pobudzenie – lęk i niepokój. Dzisiaj skutki psychiczne odniesionego urazu psychiatria klasyfikuje jako lęk społeczny, zaburzenia adaptacyjne, depresję, zaburzenia kontroli impulsów, uzależnienia, zaburzenia osobowości, ADHD, OCD, a nawet próby samobójcze i samobójstwa. W ostatnim 30-leciu najlepiej jednak udokumentowano charakterystyczne dla reakcji

na uraz rozpoznania PTSD – zaburzenia stresowego pourazowego (zespół stresu pourazowego) i ASD/ASR – ostrego zaburzenia stresowego (ostra reakcja na stres). Ich wystąpienie było zależne od współistnienia wielu czynników predysponujących, podatności genetycznej, przedurazowej osobowości, zewnętrznego wsparcia społecznego, mechanizmów obronnych jednostki, a nawet przebiegu interwencji terapeutycznej.¹

Podczas gdy PTSD w DSM-IV (APA, 1994) zostało zakwalifikowane jako zaburzenie lękowe i włączone do kategorii zaburzeń lękowych (łącznie z ASD), w ICD-10 (WHO, 1992) zostało umiejscowione w osobnej kategorii zaburzeń związanych ze stresem (oprócz PTSD, ICD-10 do tej kategorii zalicza ostrą reakcję na stres, zaburzenia adaptacyjne i trwałą zmianę osobowości po ekspozycji na zdarzenie urazowe).^{2,3} Obie klasyfikacje wychodzą z założenia, że przyczyna zaburzenia jest znana. Jest nią wpływ szczególnie przerażającego lub katastroficznego zdarzenia stresującego (ICD-10), względnie zdarzenia urazowego lub ekstremalnego stresora (DSM-IV). Obie klasyfikacje uznają, że bez zdarzenia stresującego będącego nadrzędnym czynnikiem przyczynowym PTSD nie może wystąpić. W ICD-10 opis kryterium stresora wiąże się z ekspozycją na zdarzenie lub sytuację stresującą (o różnym czasie trwania), szczególnie przerażającą lub katastroficzną, taką, która wywoływałaby głęboki dystres u prawie każdego człowieka. Musi być zatem zdarzenie zawierające poważne zagrożenie utratą życia, naturalne lub spowodowane przez człowieka: katastrofy, wojna, wypadki, bycie świadkiem czyjeś gwałtownej śmierci, tortury, terroryzm, gwałt i inne agresywne przestępstwa. Zwraca uwagę, że zaburzenie jest szczególnie poważne i długotrwałe, jeśli stresor pochodzi od człowieka, ale ani bardzo poważne upokorzenie, ani żaden rodzaj rozczarowania nie spełnia kryteriów zdarzenia urazowego.

W DSM-IV fakt narażenia podzielono na bezpośrednią ekspozycję i bycie świadkiem

konfrontacji ze zdarzeniem stresującym. Za wyjątkową sytuację powodującą PTSD można uznać rozpoznanie zagrażającej życiu choroby, ale niekiedy trudny poród może powodować PTSD.⁴ Nieco inaczej jest w ICD-10, gdzie stresujące zdarzenie życiowe w postaci poważnej choroby somatycznej będzie związane z zaburzeniem adaptacyjnym, a nie z PTSD. Choć część autorów stara się zawęzić zasięg kryterium stresu w PTSD, jeszcze więcej zalicza do niego powszechne zagrożenia życiowe, pojawiające się wcześniej czy później u większości ludzi, a stojące po przeciwnej stronie najbardziej ekstremalnych i długotrwałych urazowych doświadczeń, jakimi są obozy koncentracyjne i ludobójstwo. Gdy dowiadujemy się („bycie świadkiem”) o szczególnych zdarzeniach doświadczonych przez innych (informacja o gwałtownej napaści, poważnym wypadku, poważnym zranieniu doświadczonym przez członka rodziny lub bliskiego przyjaciela i zagrażającej życiu chorobie dziecka), spełnione zostaje kryterium stresora. Równocześnie jednak klasyfikacja DSM-IV dodaje subiektywną reakcję zagrożenia jako konieczną do przyjęcia diagnozy.

Zasadnicze zmiany, jakie w PTSD wprowadziła klasyfikacja DSM-IV, dotyczyły definicji stresora. Kryterium stresora będącego „poza skalą zwykłego ludzkiego doświadczenia” jako niewiarygodne (i bardzo liczne w ogólnej populacji) zostało usunięte. Podstawowe zatem kryterium stresora w PTSD zostało podzielone na dwie grupy:

- A 1. Osoba doświadczająca, była świadkiem lub została skonfrontowana ze zdarzeniem obejmującym śmierć lub zagrożenie śmiercią względnie poważnym zranieniem fizycznym lub naruszeniem fizycznej integralności siebie lub innych.

- A 2. Reakcja osoby obejmowała intensywny strach, bezsilność lub przerażenie (u dzieci może to być wyrażone przez dezorganizację i pobudzenie).

W obu systemach diagnostycznych ICD-10 i DSM-IV rozpoznanie PTSD zostało

oparte na trzech zasadniczych warunkach: intensywnego, ponownego przeżywania; unikania i psychicznego odrętwienia oraz fizjologicznego pobudzenia. Można przyjąć, że te trzy kategorie PTSD stanowią równocześnie przejaw daleko posuniętych przystosowawczych mechanizmów obronnych sięgających w genezie do teorii Canona (walcz i uciekaj). I tak ponowne przeżywanie jest nabywaniem doświadczenia, uczeniem się na przykładzie poważnych, zagrażających życiu zdarzeń; unikanie to nic innego jak odrzucanie narażenia, gdy się nie jest na nie przygotowanym, zaś fizjologiczne nadmierne pobudzenie zapewnia szybką, adekwatną fizyczną reakcję w konfrontacji z przeszkodą. W DSM-IV kryterium diagnostyczne ponownego przeżywania stanowi, że zdarzenie urazowe w sposób uporczywy jest przeżywane ponownie w przynajmniej jeden z następujących sposobów:

- uporczywe i natrętne wspomnienia zdarzenia obejmujące wyobrażenia, myśli i spostrzeżenie;
- powracające, sprawiające cierpienie sny dotyczące zdarzenia;
- fizyczne bądź psychiczne odczuwanie jak gdyby zdarzenie urazowe powracało (obejmujące poczucie ponownego doświadczenia, iluzje, omamy i epizody obsesyjnych reminiscencji);
- intensywny dystres psychologiczny spowodowany ekspozycją na coś, co wewnętrznie lub zewnętrznie symbolizuje lub przypomina jakiś aspekt zdarzenia urazowego;
- fizjologiczna reaktywność przy ekspozycji na wewnętrzne i zewnętrzne wpływy, symbolizujące lub przypominające jakiś aspekt zdarzenia urazowego.

Kryterium diagnostyczne unikania wiąże się z uporczywym unikaniem bodźców związanych z urazem i z nieobecnością przed urazem, paraliżem ogólnej wrażliwości, uwidaczniającym się co najmniej w trzech (lub więcej) z następujących przejawów:

- Unikanie:
- próby unikania myśli, uczuć i rozmów związanych z urazem;
 - próby unikania aktywności, miejsc i ludzi wywołujących wspomnienie urazu;
 - niemożność przypomnienia sobie ważnych aspektów urazu.
- Anestezja emocjonalna:
- znacząco ograniczone zainteresowanie lub uczestnictwo w ważnych aktywnościach;
 - poczucie odrzucenia przez innych i zranienie się do ludzi;
 - zawężone odczuwanie afektu (np. niemożność przeżywania miłości);
 - poczucie braku perspektyw na przyszłość (np. ktoś nie spodziewa się już kariery, małżeństwa, dzieci czy przeciętnie długiego życia).

Kryterium diagnostyczne nadmiernej pobudliwości w DSM-IV obejmuje nieobecne

przed urazem przynajmniej dwa objawy z następujących:

- trudności z zasypianiem lub utrzymaniem snu;
- drażliwość lub wybuchy gniewu;
- trudności w koncentracji;
- nadmierna czujność;
- wyolbrzymiony odzew na bodziec.³

W klasyfikacji ICD-10 typowe objawy PTSD obejmują powtarzające się ponowne przeżywanie urazu w natrętnych wspomnieniach („reminiscencjach”) lub snach, na które nie ma wpływu, „odretwienie” i otepienie emocjonalne, poczucie izolacji względem innych ludzi, brak reakcji w stosunku do otoczenia, brak odczuwania przyjemności (anhedonia), unikanie aktywności i sytuacji przypominających uraz. Często towarzyszy temu strach i unikanie symboli przypominających o urazie. Niekiedy mogą występować gwałtowne, ostre ataki strachu, paniki i agresji, wywołane przez bodźce związane z nagłym przypomnieniem sobie (lub „przeżyciem na nowo”) sytuacji urazowej lub reakcji na nią. Towarzyszy temu zazwyczaj stan nadmiernego autonomicznego pobudzenia, wzmożonej czujności, uwrażliwienia na bodźce i bezsensowność. Lęk i depresja są powszechnie związane z wymienionymi objawami, a zdarza się, że towarzyszą im myśli samobójcze. Czynnikiem komplikującym przebieg PTSD może być nadmierne używanie alkoholu lub narkotyków.^{2,5}

Można zauważyć, że to, co w DSM-IV zostało zaliczone do objawów unikania i emocjonalnej anestezji, w ICD-10 raczej można zaliczyć do zmian osobowości po przeżyciu silnego urazu niż do objawów PTSD.^{1,6}

Poza omówioną charakterystyką stresora (kryterium A) kolejne kryteria objawowe są następujące:

- B. Wymagane jest uporczywe przypominanie lub „odżywianie” stresora przez ponowne przeżywanie natrętnych reminiscencji (przebłysków), żywych wspomnień lub nawracających snów lub doświadczenie dystresu przy ekspozycji na okoliczności przypominające lub związane ze stresorem.
- C. Chory musi wykazać jednoznaczne lub wynikające z wyboru unikanie okoliczności przypominających lub powiązanych ze stresorem, które nie byłyby obecne przed jego działaniem.
- D. Jedno z następujących musi być obecne:

(1) – niemożność przypomnienia sobie, częściowo lub całkowicie, okresu ekspozycji na stresor.

(2) – uporczywe objawy podwyższonej wrażliwości psychologicznej i pobudzenie (nieobecne przed narażeniem na działanie stresora) a przejawiające się w dwóch z następujących cech:

- (a) problemy z zasypianiem i utrzymaniem snu;

- (b) drażliwość, wybuchy gniewu i złości;
- (c) trudności w koncentracji;
- (d) nadmierna czujność;
- (e) wyolbrzymiony odzew na bodziec.

Warto zauważyć, że choć w obu klasyfikacjach DSM-IV i ICD-10 mówi się o drażliwości, wybuchach gniewu czy złości, to jedynie w opisach klinicznych i wskazówkach diagnostycznych ICD-10 jest mowa o ostrych wybuchach agresji wywołanej przez bodźce przypominające bądź odnawiające sytuację urazową. Agresja jako taka nie wydaje się zatem jednym z objawów PTSD.

W DSM-IV przyjęto, że aby rozpoznać PTSD, wszystkie kategorie objawowe powinny trwać przynajmniej miesiąc. Wyróżniono postać ostrą PTSD, gdy objawy trwają do 3 miesięcy, oraz postać przewlekłą z utrzymywaniem się objawów dłużej niż 3 miesiące. W przypadku pojawienia się objawów po 6 miesiącach od zadziałania stresora rozpoznaje się PTSD o opóźnionym początku.^{1,3}

Klasyfikacja ICD-10 zakłada rozpoznanie PTSD jedynie, gdy wszystkie kryteria objawowe zostały spełnione w ciągu 6 miesięcy od zdarzenia urazowego, choć dopuszczalne są wyjątki. Gdy objawy utrzymują się jednak przez dłuższy czas, przewlekłe następstwo dewastującego stresu (obecne po wielu latach od urazu) powinno być zakwalifikowane jako trwała zmiana osobowości po katastrofach (po przeżyciu sytuacji ekstremalnej) F 62.0.^{2,5}

Rozpoznanie: trwała zmiana osobowości po przeżyciu sytuacji ekstremalnej

Choć wydaje się, że jest ona przynajmniej psychologicznie, a nie biologicznie uprawniona, wprowadzenie jej na szeroką skalę może być trudne. Łatwiej rozpoznawać u innych i spostrzegać u siebie PTSD niż nieprawidłową osobowość – choćby w następstwie urazu. Dodatkowo, bardzo często obecne w obrazie późnych następstw urazu objawy lęku i depresji będą nadawały prymat rozpoznaniu zespołów lękowych czy depresyjnych niż nieprawidłowej osobowości.⁷⁻¹⁰ Obecna w klasyfikacji ICD-10 trwała zmiana osobowości, a zaliczona do długotrwałych następstw przeżycia sytuacji ekstremalnej, wymaga ekspozycji na katastroficzny stres, np. doświadczenie z obozu koncentracyjnego, katastrofę lub długotrwałą ekspozycję na okoliczności zagrażające życiu (np. bycie zakładnikiem – długotrwałe uwięzienie z bezpośrednią możliwością utraty życia, tortury, kłeski żywiołowe). Narażenie na uraz musi być tak ekstremalne, że nie ma konieczności rozważania osobniczej osobowościowej podatności na uraz. Zmiana osobowości, potwierdzona przez niezależnego obserwatora, powinna być obecna przynajmniej przez dwa lata, być znacząca i prezentować zarówno ce-

chy braku elastyczności, jak i złego przystosowania przez obecność co najmniej dwóch z następujących, a wcześniej nieobserwowanych cech:

- permanentnie wroga albo nacechowana brakiem zaufania postawa w stosunku do świata;
- wycofanie społeczne;
- nieustające uczucie pustki albo beznadziejności;
- długotrwałe uczucie bycia „na krawędzi”, jak gdyby w nieustannym zagrożeniu bez zewnętrznej przyczyny;
- wyobcowanie – stałe uczucie bycia zmiecionym lub różniącym się od innych.^{2,5,11}

Kryteria diagnostyczne ASD

W DSM-IV ostra reakcja na stres pod nazwą ostre zaburzenie stresowe (acute stress disorder, ASD) pojawiło się po raz pierwszy jako zupełnie nowa kategoria zaburzeń lekowych, umieszczone (niechronologicznie) bezpośrednio po PTSD. Przyczynami wprowadzenia ASD były: rozpoznawanie poważnych zaburzeń psychopatologicznych bezpośrednio po urazie, konieczność szybkiego udzielenia pomocy ofiarom i rozpoczęcia leczenia oraz dostosowanie do ICD-10, gdzie podobna jednostka – ostra reakcja na stres (acute stress reaction, ASR) była już umieszczona. To krótkotrwałe zaburzenie jest doświadczone podczas urazu lub bezpośrednio po nim, trwa co najmniej dwa dni i albo zanika w ciągu 4 tygodni po zdarzeniu urazowym, albo zmianie ulega rozpoznaniu. Jeżeli objawy trwają ponad miesiąc i spełnione są pełne kryteria PTSD wraz z co najmniej 3 z wymienionych 5 objawów dysocjacyjnych:

- subiektywne poczucie odrętwienia, wyobcowania lub braku wrażliwości emocjonalnej;
- zredukowana czujność w stosunku do otoczenia (np. oszołomienie);
- derealizacja;
- depersonalizacja;
- amnezja dysocjacyjna (tzn. niemożność przypomnienia sobie ważnych aspektów urazu).

Osoby z ASD mają poczucie braku kontaktu ze swoim ciałem, otaczający świat postrzegają jako nierealny, podobny do snu, utrzymuje się u nich bezradność i poczucie winy za przeżycie. Często występuje też impulsywność i ryzykowne zachowanie. Diagnozowanie ASD wymaga ustalenia, że prezentowane objawy nie są skutkiem bezpośredniego działania substancji psychoaktywnej lub że wynikają z ogólnego stanu zdrowia. Równie konieczne jest wykluczenie krótkotrwałej psychozy lub nasilenia zaburzeń uprzednio zaznaczonych na I i II osi.^{2,6,12} DSM-IV dopuszcza rozważenie diagnozy zaburzenia przystosowawczego dla tych osób, które doświadczyły ekstremalnego stresora, lecz roz-

wiął się u nich wzorzec objawowy niespełniający kryteriów ASD.

Zgodnie z ICD-10 ostra reakcja na stres często poprzedza PTSD. Została ona zdefiniowana jako przejściowe zaburzenie o znacznym nasileniu, które rozwija się u osoby bez żadnych innych widocznych zaburzeń psychicznych, w odpowiedzi na wyjątkowy fizyczny lub psychiczny stresor i które zwykle zanika w ciągu godzin lub dni. Zwraca uwagę dodatkowo zawarta w opisie stresora niezwykle nagle i zagrażająca zmiana pozycji społecznej lub sieci społecznej tej osoby. Przykładowo stresorem nieodzownym do pojawienia się ASR może być (podobnie jak w PTSD): naturalna żywiołowa katastrofa, wypadek, uraz frontowy, napad, gwałt, wieloraka żałoba czy pożar domu. Objawy zwykle pojawiają się w ciągu kilku minut i często zanikają w ciągu godzin albo 2-3 dni.¹¹

W ASR występuje wielka różnorodność objawów, ale typowy obraz kliniczny zawiera początkowy stan „oszołomienia” z pewnym zawężeniem świadomości i uwagi, niemożnością zrozumienia bodźca (stresora) i dezorientacją. Po ustąpieniu sytuacji bezpośredniego zagrożenia może wystąpić dysocjacyjny stupor albo nadmierne pobudzenie (ucieczka, fuga). Stupor dysocjacyjny, który można zakwalifikować do ciężkiej i ostrej reakcji na stres, może ujawnić się znacznym zmniejszeniem się lub nieobecnością ruchów dowolnych i mowy, a nawet normalnej reakcji na światło, hałas czy dotyk. Badawcze kryteria diagnostyczne ICD-10 przyjmują, że ASR może być stopniowana. Postać łagodna ASR prezentuje objawy uogólnionego zaburzenia lękowego. W postaci średniej muszą być obecne co najmniej 2, a w postaci ciężkiej 4 z takich objawów jak:

- wycofanie się z oczekiwanych interakcji społecznych;
- zawężenie uwagi;
- złość, gniew albo zwerbalizowana agresja;
- rozpacz albo poczucie beznadziejności;
- nieodpowiednia albo niecelowa nadmierne aktywność;
- niekontrolowany i nadmierny smutek (posępnosć) (oceny w kulturach lokalnych).¹

PTSD i ASD należą do nielicznych rozpoznań mogących wywoływać stany dysocjacyjne znajdujące się poza świadomą kontrolą, a nawet poza świadomością. Zadaniem biegłych psychiatrów jest przedstawienie przekonywającego świadectwa obecności objawów dysocjacyjnych w czasie czynu, które mogą towarzyszyć rozpoznaniu PTSD/ASD lub są bezwzględnie obecne w diagnozie.

Zaburzenia adaptacyjne w reakcji na stresor

Zarówno klasyfikacja ICD-10, jak i DSM-IV wyróżnia zaburzenia adaptacyjne (przystoso-

wawcze), jakie pojawiają się w odpowiedzi na zidentyfikowane stresory psychospołeczne, których natężenie nie było ani niezwykle, ani nie miało cech katastrofy. DSM-IV, tworząc dla zaburzeń przystosowanie osobną kategorię, zakłada, że objawy powinny pojawić się w ciągu 3 miesięcy od zadziałania stresora lub stresorów. ICD-10 czas ten ogranicza do miesiąca. Wystąpienie zaburzeń adaptacyjnych obie klasyfikacje wiążą zarówno z wpływem stresorów psychospołecznych, jak i psychologicznych czy też naruszających ogólny stan zdrowia, np. postępująca choroba. Znaczną rolę w ujawnieniu się nieswoistych objawów i w ich charakterze odgrywają indywidualne predyspozycje. Poza zasadniczymi objawami dystresu zaburzenia adaptacyjne przejawiają się znacznie upośledzonym funkcjonowaniem społecznym i zawodowym. Według DSM-IV objawy nie są swoiste dla reakcji żałoby (w ICD-10 obejmują reakcje żałoby) oraz nie spełniają kryteriów z osi I choć mogą zaostriżyć objawy zaburzeń z osi I i II.

Poza obniżonym nastrojem, lękiem, zamartwianiem się osoba z zaburzeniem adaptacyjnym może ujawniać (choć rzadko) dramatyczne zachowania o charakterze gwałtownym, w postaci wybuchów agresji czy innych zachowań dysocjalnych.

Podstawowe formy zaburzenia adaptacyjnego (podobne w obu klasyfikacjach) są określone z uwagi na dominujące objawy i obejmują:

- krótką reakcję depresyjną;
- reakcję depresyjną przedłużoną;
- reakcję mieszaną lękowo-depresyjną;
- głównie z zaburzeniami innych emocji;
- głównie z zaburzeniami zachowania;
- z mieszanymi zaburzeniami zachowania i emocji.^{2,3}

Zapadalność i zachorowalność oraz prawne wykorzystanie PTSD i ASD

Choć PTSD nie jest jedynym rozpoznaniem związanym z ekspozycją na zdarzenie urazowe, stało się już najpowszechniejszym. Skala występowania PTSD jest zależna od populacji poddanej badaniu. Badania potwierdzają, że u 10-20% osób, które przeżyły poważny uraz, rozwija się PTSD, a zaburzenie to występuje u 3-6% populacji ogólnej. Przyjmuje się, że nawet trzy czwarte populacji ogólnej uczestniczyło przynajmniej w jednym zdarzeniu urazowym, które spełniało kryterium stresora zarówno wg klasyfikacji ICD, jak i DSM. Doświadczenie urazu, nawet poważnego, nie musi od razu skutkować PTSD. Szacuje się, że ponad trzy czwarte chorych z PTSD spełnia również kryteria co najmniej jednego innego rozpoznania. Krótkoterminowe skutki urazu (ASD) wynikają w głównej

mierze z istoty zdarzenia urazowego, a w przeciwieństwie do tego skutki długoterminowe (PTSD) wynikają zasadniczo z czynników swoistych dla jednostki. Podstawowa trudność, jaka wiąże się z określeniem częstości zapadalności i zachorowalności na zaburzenia związane ze stresem, to zmieniające się wraz z upływem czasu od zdarzenia urazowego spektrum objawowe, nawet niezależnie od ewentualnego leczenia. Z przeglądu prac poświęconych temu zagadnieniu wynika, że po 10 latach od zdarzenia objawy PTSD wciąż występują u jednej trzeciej ofiar urazu, co stanowi 1-2% populacji ogólnej.

Od czasu wprowadzenia – początkowo PTSD i później ASD – zespoły te zaczęły być wykorzystywane przez prawo cywilne i karne. W prawie cywilnym rozpoznanie PTSD miało służyć uzyskaniu materialnej rekompensaty na skutek stania się szczególnie poszkodowaną ofiarą czyjeś przestępczej aktywności, zaś w prawie karnym uniknięciu lub złagodzeniu kary przez sprawcę przestępstwa, zaburzonego psychicznie na skutek wcześniej doznanych urazów. Wymiar sprawiedliwości, rozpatrując stan psychiczny osoby, która doznała urazu, nie jest w stanie bez pomocy psychiatrów wypowiedzieć się w kwestii związków przyczynowych między rozpoznaniami a naruszeniem prawa. Powołuje psychiatrów i psychologów jako biegłych, których opinia ma często decydujący wpływ na sądowe rozstrzygnięcia. Analizując obraz kliniczny osoby wysuwającej roszczenia z tytułu PTSD, biegły zobowiązany jest do:

1. Oceny możliwego wpływu innych stresorów na obraz kliniczny PTSD.
 2. Szczegółowego zbadania medycznej i psychiatrycznej historii roszczonego.
 3. Nieopierania się jedynie na subiektywnej relacji dotyczącej objawów PTSD.
 4. Unikania łączenia roli terapeuty z rolą sądową.
 5. Stosowania standardowych metod oceny.
- Badania prowadzone w grupach chorych z rozpoznanym zespołem PTSD ujawniają relatywnie wysokie poziomy zachowań gniewnych i agresywnych, włączając w to napaści fizyczne i uszkodzenia mienia. Związki przyczynowe prowadzące do sądowego wykorzystania diagnozy PTSD powinny występować w podwójnej relacji: „stres urazowy – objawy PTSD/ASD” oraz „objawy PTSD/ASD – zachowanie przestępcze”.

Wpływ PTSD na przyjęcie tezy o uzasadnionym przekroczeniu granicy obrony koniecznej zależy od okoliczności podnoszących, że szczególnie rodzaj prowokacji doznanej ze strony przyszłej ofiary był związany z wcześniejszą traumatyzacją i poczuciem uzasadnionego fizycznego zagrożenia. Badania dają przykład „syndromu maltretowanej kobiety” w celu wyjaśnienia gwałtownych czynów oskarżonych kobiet w stosunku

do ich mężów czy partnerów. Syndrom ten tłumaczy też, dlaczego kobiety te wcześniej nie odchodzą od swych prześladowców. Ciężar dowodowy leży jednak nie tyle w stwierdzeniu PTSD u maltretowanej kobiety, lecz w udowodnieniu, że pozostawała ona w czasie czynu w stanie bezpośredniego zagrożenia. Niezależnie od tego, czy biegły psychiatra bada sprawcę czynu z rozpoznanym zespołem PTSD, czy ofiarę przestępstwa, na drodze do stwierdzenia u niej w jego następstwie PTSD, napotyka on szereg trudności w obiektywizacji uzyskanych informacji. Aby ocena PTSD zyskała na wiarygodności, konieczne jest posługiwanie się przez biegłego odpowiednimi narzędziami. Na pewno nie można stawiać na użytek prawa tezy, że zachowanie sprawcy powinno być usprawiedliwione, ponieważ wynika z przeżytego psychicznego urazu. O ewentualnym wpływie na poczytalność będą decydowały zaburzenia psychiczne stwierdzone w czasie czynu, a nie obecność urazowych doświadczeń.¹³

Jeszcze 10 lat temu przekonujące było stosowanie w ekspertyzach psychiatrycznych rozpoznania spiętrzenia afektu rozumianego jako „gwałtowne i nie w pełni kontrolowane zachowanie agresywne”. Współczesne badania naukowe kwestionują zasadność posługiwania się diagnozą spiętrzenia afektu do oceny stanu psychicznego sprawców przestępstw agresywnych w chwili dokonywania przez nich zabronionego czynu. Wyniki badań, o ile nie podważają całkowicie sądowo-psychiatrycznego rozumienia definicji afektu, to przynajmniej negują użyteczność stosowania tego pojęcia przy ocenie stanu psychicznego sprawcy w reakcji na traumatyczne bodźce.

Rozpoznanie PTSD i ASD (w znaczeniu psychopatologicznym) stały się alternatywą dla ogólnego pojęcia reaktywnych zaburzeń psychicznych. Możliwość zastosowania diagnozy ostrej reakcji na stres ASD i zespołu stresu pourazowego – PTSD w ocenie stanu psychicznego dla potrzeb ekspertyzy psychiatrycznej są uzasadnione. Naukowe kryteria diagnostyczne zawarte w klasyfikacjach zaburzeń psychicznych ICD-10 i DSM-IV pozwalają na precyzyjne zastosowanie rozpoznania PTSD i ASD do szczególnych przypadków o wysoce swoistym obrazie klinicznym. Klasyfikacje diagnostyczne zaburzeń psychicznych umożliwiają stworzenie algorytmicznych zasad potwierdzających lub wykluczających rozpoznanie, dodatkowo weryfikowane przez posługiwanie się stosownymi wywiadami, skalami i kwestionariuszami. Obiektywizm wyników badań przeprowadzonych za pomocą narzędzi badawczych PTSD i ASD może być zachwiany z uwagi na sądowy cel diagnozowania. Eliminowanie ryzyka dużej subiektywności w ocenie reakcji urazowych powstających u sprawców przestępstw agresywnych znacznie zawęża liczbę narzędzi badawczych.

Niezależnie od tego użycie kilku narzędzi badawczych razem jest diagnostycznie dokładniejsze niż zastosowanie jednego z nich – choćby najlepszego.

Nieuprawnione jest rozpoznawanie zespołu PTSD i ASD wyłącznie na podstawie zweryfikowanego potwierdzenia doznania urazu i towarzyszących temu następczych przykrych wspomnień, bez przeprowadzenia szczegółowej diagnostyki opartej na skalach i kwestionariuszach. Choć istnieje pokusa, by tam, gdzie widzi się przyczynę (stresor), dostrzegać równocześnie skutek (wystąpienie PTSD lub ASD), przeprowadzone badania w odniesieniu do klasyfikacji DSM-IV, mimo obecności stresora u wszystkich sprawców, nie potwierdziły rozpoznania PTSD bądź ASD. Sprawcy ci, choć nie mieszczą się w systemie diagnostycznym zaburzeń szczególnych, jakimi są ostra reakcja na stres i zespół stresu pourazowego, pozostają jednak w obszarze diagnostycznym reakcji na uraz, takich jak zaburzenia przystosowania czy trwała zmiana osobowości po doznanych urazach – zwłaszcza tym o przewlekłym charakterze.¹³

Rozwojowy aspekt rozpoznania PTSD i ASD opiera się nie tylko na stwierdzeniu związku między doznaniem urazu a objawami będącymi jego skutkiem (kryterium często zawodne), lecz na precyzyjnym określeniu warunków, jakim odpowiada stresor, czasu jego działania, wystąpieniu konkretnych objawów i czasu ich trwania.

Rozpoznanie PTSD i ASD (w znaczeniu prawnym) mieści się w obszarze „innych zakłóceń czynności psychicznych” (wg terminologii prawa karnego) i generalnie jego wpływ na zachowanie zdolności do rozpoznawania znaczenia czynu i pokierowania swoim postępowaniem w grupie sprawców przestępstw agresywnych może skutkować znacznym ograniczeniem, a nawet w skrajnych przypadkach zniesieniem poczytalności.^{13,14}

Postępowanie odszkodowawcze

Lekarze psychiatry stają jako biegli przed sądami cywilnymi, aby wydawać opinie w sprawach o odszkodowanie czy rentę wyrównawczą z tzw. powództwa cywilnego (w odróżnieniu od konieczności wydawania opinii z tzw. oskarżenia prywatnego, co reguluje kodeks karny) w sprawie psychicznych następstw urazów, zatruc, skutków choroby zawodowej, zaniedbań i zaniechań osób zobowiązanych.

Biegły musi się wypowiedzieć, czy u badanego występują jakieś zaburzenia psychiczne, czy mają związek przyczynowy z doznaną szkodą, czy powodują okresową lub stałą niezdolność do pracy lub zarobkowania, a jeże-

li dotyczy to osób wcześniej i z innych przyczyn niezdolnych do pracy i zarobkowania, to czy wpływają one na zdolność do samodzielnej egzystencji i konieczność sprawowania nad poszkodowanymi opieki.

Krytyczny stosunek do rozpoznania PTSD w postępowaniu sądowym wynika głównie z używania go w sposób abstrahujący od systemów diagnostycznych.

Ostrożności w postępowaniu cywilnym (roszczeniowym) musi uczyć fakt, że nie jest obligatoryjne występowanie PTSD tam, gdzie istniał tylko stresor (a brak było kryteriów klasyfikacyjnych). Istotna w sprawach odszkodowawczych osób narażonych na urazy jest nie tylko obecność, powaga i długość trwania stresora, ale i indywidualna podatność na uleganie ekspozycji na zdarzenie urazowe. Prawne rozstrzygnięcie roszczenia na korzyść osoby poszkodowanej nie zależy jednak od stopnia nadwrażliwości tej osoby, lecz od tego, czy dany stresor wywołałby szkodę u osoby o normalnej wrażliwości. Jeżeli szkoda dotyka osoby o szczególnej wrażliwości, nie można stwierdzić tytułu do odszkodowania. W zespole PTSD symulowanie nie jest tak częste jak w olbrzymianach objawów. Jak wiadomo, osoby, które doznały znaczącego urazu, wcale nie muszą mieć PTSD. Również sama relacja osoby poszkodowanej nie jest dowodem na istnienie u niej zespołu stresu pourazowego. Kryteria diagnostyczne w zespole stresu pourazowego dlatego są szczególnie wyostnione, by maksymalnie ograniczyć nieuzasadnione roszczenia. Przyjmuje się, że uznanie PTSD w celach odszkodowawczych może nastąpić dopiero po ustabilizowaniu się objawów, nie wcześniej jednak niż po roku leczenia. Jest pięć standardowych pytań, które badający powinien zadać sobie w każdym przypadku, gdy chodzi o roszczenia z tytułu PTSD:

1. Czy osoba występująca z roszczeniem z powodu PTSD rzeczywiście spełnia kryteria kliniczne tego zaburzenia?

2. Czy stresor urazowy, który miałby spowodować PTSD, ma odpowiedni ciężar gatunkowy, aby wywołać zaburzenie?

3. Jaka jest psychiatryczna historia badanego dotycząca okresu przed zdarzeniem?

4. Czy diagnoza PTSD jest wyłącznie oparta na subiektywnej relacji objawów przez badanego?

5. Jaki jest obiektywny poziom funkcjonowania psychicznego badanego?^{15,16}

Opiniowanie w sprawach odszkodowawczych jest trudne, wymaga zazwyczaj korzystania z pomocy psychologa, lekarzy innych specjalności, zapoznawania się wywiadami środowiskowymi i świadectwami niezależnych instytucji. Trzeba pamiętać, że w sprawach odszkodowawczych u ofiar występuje tendencja do powiększania następstw odniesionego urazu, a także o tym, że negocjowanie

wpływu urazu na stan psychiczny przez niekończące się procedury odszkodowawcze może prowadzić do odnawiania się urazu i utrwalania zaburzeń.^{14,17}

Warto pamiętać, że w postępowaniu odszkodowawczym i roszczeniowym może dojść do niezamierzonego procesu ponownej traumatyzacji. Konieczność udowodnienia przez osobę poszkodowaną swojego niezawinienia, rodzi podejrzenie, że system prawny bardziej chroni oskarżonego (sprawcę urazu) niż ofiarę.

Uraz a zagadnienie motywacji

Uwzględnienie teorii stresu u sprawców przestępstw agresywnych dostarcza argumentów mających decydujący wpływ na ocenę przebiegu procesu motywacyjnego. To, że w konsekwencji poddania się wpływowi nagłego stresora lub poprzedzających nagły bodziec długotrwałych stresorów przewlekłych dochodzi do uzewnętrznienia agresji, pozostaje w ścisłym związku z rozwojem pełnoobjawowych swoistych zespołów zaburzeń psychicznych. Zaburzenia te, przyczynowo związane z odniesionymi psychofizycznymi obciążeniami, określane jako ostra reakcja na stres – ASD i zespół stresu pourazowego – PTSD, w swoim spektrum objawowym obejmują zachowania dyssocjalne, agresywne i impulsywne. Charakteryzują się one takim natężeniem cech psychopatologicznych, że stwierdzane na ich podstawie upośledzenie samokontroli nie budzi wątpliwości. Zakres ujawnianych przez sprawców objawów, niewątpliwie wpływa na spostrzeganie i interpretowanie swojego otoczenia w charakterystyczny i często zniekształcony sposób. Stanowi to jedną z przyczyn tego, że ujawniane agresywne zachowanie jest często nieadekwatne do działającego, najczęściej słownego bodźca. Swoista nadinterpretacja zaistniałych faktów i przypisywanie osobom z najbliższego otoczenia wylbrzymionych cech i negatywnych intencji tworzy wygórowane poczucie krzywdy, zranienia, gniewu, wściekłości i chęci zemsty. Stan ten, charakteryzujący się znacznym zawężeniem świadomości, nie podlega w pełni możliwościom racjonalnej kontroli zachowania. Ta niearbitralna ocena stanu psychicznego sprawcy w okresie poprzedzającym sam moment dokonania czynu zabronionego, a uzasadniona psychopatologią PTSD lub ASD z wszelkimi psychologicznymi i neurobiologicznymi konsekwencjami, upoważnia do sformułowania tezy, że zdolność rozpoznania znaczenia mającego nastąpić czynu i zdolność pokierowania swoim postępowaniem może być w znacznym stopniu ograniczona, a nawet zniesiona już na etapie kształtowania się motywu działania. Można próbować postawić hipotezę, że nie tylko

sam czyn „tempore criminis” dotknięty jest wadą ograniczonej lub zniesionej zdolności rozpoznania jego znaczenia i pokierowania swoim postępowaniem, ale i cały poprzedzający go proces motywacyjny.¹⁸

Podsumowanie

Coraz powszechniejsza znajomość objawów klinicznych zespołów PTSD i ASD wpływa na upowszechnienie obecności tego rozpoznania na salach sądowych. Zaczęło pojawiać się zagrożenie stosowania go jako argumentu obrony sprawców przestępstw poza granicami medycznego uzasadnienia. Zadaniem biegłych psychiatrów będzie zatem wskazywanie, że nie wszystkie osoby z rozpoznaniem zespołem PTSD lub ASD automatycznie nie odpowiadają za swoje zachowanie. Najczęstsze źródła błędów w opiniowaniu psychiatrycznym to:

- pobieżne badanie i lakoniczność opinii,
- lekceważenie objawów,
- błędna lub fragmentaryczna interpretacja objawów,
- nieodpowiednie wykorzystanie dokumentacji medycznej,
- bezzasadne wymaganie dokumentacji medycznej (np. zaświadczenia z obozu koncentracyjnego o przebytych tyfusie),
- indywidualne uprzedzenia biegłych i stereotypy,
- niestosowanie obowiązującej terminologii kryteriów diagnostycznych,
- podważanie istnienia zaburzeń pourazowych,
- negowanie związku między odległym w czasie urazem a objawami,
- pomijanie w diagnozie dynamiki zaburzenia,
- brak ustosunkowania się do wcześniej wydanych opinii,
- przedłużające się procedury, brak uzasadnienia.

Choć przy obiektywnych sposobach diagnozowania zespołu PTSD i ASD możliwość ich nadużywania w celu uzyskania korzystniejszych decyzji sądowych jest minimalna, to ryzyko symulacji, szczególnie PTSD, wydaje się mniejsze w sprawach karnych niż cywilnych (roszczeniowych).

Warto jednak zauważyć, że symulowanie może być niemal takim samym zaburzeniem psychicznym po narażeniu na uraz jak PTSD, zaburzenia depresyjne, OCD, zaburzenia lękowe, konwersje, zaburzenia adaptacyjne, objawy fizyczne czy psychozy. Biegły psychiatra, choć może z uwagi na nieobiektywne dane wyjściowe uchylić się od wydania jednoznacznej opinii, nie może nie brać pod uwagę możliwości symulowania objawów. Równocześnie nadmierne ze strony biegłego domniemanie symulacji może zaważyć na obiektywności opinii.

Piśmiennictwo

1. Heitzman J. Zespół pourazowego stresu - kryteria diagnostyczne, zastosowanie kliniczne i orzecznicze. *Psych Pol.* 1995;6:751-766.
2. The ICD-10. Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Description and Diagnostic Guidelines, World Health Organization, Geneva, 1992.
3. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fourth Edition. American Psychiatric Association, Washington D.C. 1994.
4. Ballard CG, Stanley AK, Brockington JF. Post-traumatic stress disorder (PTSD) after childbirth. *Br J Psychiatry.* 1995;166(4):525-528.
5. ICD-10 (1997). *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*, Vesalius, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Kraków-Warszawa, 1997.
6. Weisaeth L. PTSD: the stress-response relationship. [w:] *Bailliere's Clinical Psychiatry, Post-traumatic stress disorder*, E. L. Giller, L. Weisaeth (red.). 1996;2: 191-216.
7. Heitzman J. Zespół pourazowego stresu i ostra reakcja na stres jako diagnostyczna alternatywa zaburzeń reaktywnych w psychiatrii sądowej. *Postępy Psychiatrii i Neurologii.* 1997;6:55-64.
8. Heitzman J, Rutkowski K. Zaburzenia psychiczne u osób prześladowanych z przyczyn politycznych w Polsce w latach 1944-1955. *Psych Pol.* 1997;2:153-164.
9. Heitzman J, Rutkowski K. Mental disturbances in persons persecuted for political reasons in Poland in the years 1944-1955. *Psych Pol.* 1998; XXXII, Suppl.:5-13.
10. Czaja I, Gierowski JK, Heitzman J. Social Functioning of Political Persecution Victims, 6th European Conference on Traumatic Stress, Psycho Traumatology Clinical Practice and Human Rights, Istanbul, Turkey, 1999, June 5-8, ESTSS, Abstract Book, 148.
11. ICD-10 (1998). *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10, Badawcze kryteria diagnostyczne*, Vesalius, Kraków-Warszawa, 1998.
12. Davidson JRT. Posttraumatic stress disorder and acute stress disorder. [w:] H. J. Kaplan, B. J. Sadock (red.), *Comprehensive text book of psychiatry* (VI, vol. 1, Williams & Wilkins, Baltimore, 1227-1236,1995).
13. Heitzman J. *Stres w etiologii przestępstw agresywnych*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków, 2002.
14. Heitzman J. Zespół stresu pourazowego w opiniowaniu psychiatrycznym. *Wiadomości Psychiatryczne.* 2003;6,2: 77-84.
15. Resnick PJ. Guidelines for the evaluation of malingering in posttraumatic stress disorder. [w:] Simon JRJ (red.), *Posttraumatic stress disorder in litigation*, 117-134, American Psychiatric Press, Washington D.C., 1995.
16. Simon RJ. Toward the development of guidelines in the forensic psychiatric examination of posttraumatic stress disorder claimants. [w:] Simon JRJ (red.), *Posttraumatic Stress Disorder in litigation, Guidelines for Forensic Assessment*, American Psychiatric Press, Washington D.C., 31-84,1995.
17. Gierowski JK, Heitzman J, Szymusik A. Psychiatria sądowa, Forensic psychiatry, [w:] A. Bilikiewicz, S. Puzyński, J. Rybakowski, J. Wciórka (red.) *Psychiatria*, Urban & Partner, Wrocław, 2002, T. 3, 429-468.
18. Gierowski JK. Zaburzenia reaktywne w świetle najnowszych klasyfikacji psychiatrycznych i osiągnięć współczesnej psychologii. *Palestra.* 1996;9-10:78-84.