

Zespół stresu pourazowego u osób z amnezją po urazie czaszkowo-mózgowym

Autor: mgr JUSTYNA CHABROS

*Centrum Psychologiczno Terapeutyczne Compos Mentis
21-100 Lubartów
Ul. Łąkowa 20
Tel. 513 284 394*

Streszczenie

Dane gromadzone w badaniach oraz postępy w obserwacjach klinicznych przyczyniły się do sprecyzowania, a także pogłębienia wiedzy na temat występowania objawów zespołu stresu pourazowego (PTSD) u osób po urazach czaszkowo- mózgowych. Niemniej jednak wciąż pozostaje szereg pytań, na które literatura przedmiotu nie dostarczyła wyczerpującej odpowiedzi. Główny cel badania stanowi próba rozstrzygnięcia kwestii, czy u pacjentów po urazie mózgu, którzy przejawiają amnezję pourazową może wystąpić PTSD. Uzyskane wyniki z Kwestionariusza Badania PTSD (Pąchalska i Chabros 2006), dowiodły, iż niektóre objawy zespołu stresu pourazowego mogą występować nawet u tych pacjentów, którzy deklarują niepamięć szczegółów wypadku.

Wstęp

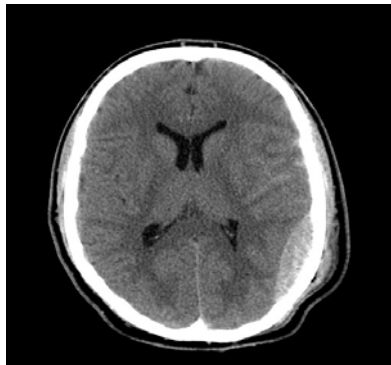
Rozwój technologii współczesnego świata przyczynił się do wzrostu liczby pojazdów mechanicznych na naszych drogach, a co za tym idzie przyrostu wypadków prowadzących do urazów czaszkowo-mózgowych. Nagły, brutalny przebieg wypadku samochodowego, w trakcie którego w mgnieniu oka zdrowy człowiek może stracić życie lub stać się inwalidą do końca życia, ma charakter wydarzenia traumatycznego, często wykraczającego ponad możliwości ogarnięcia umysłem znaczenia tego, co się stało. U niektórych osób na skutek zetknięcia się z tego typu wstrząsającymi doświadczeniami, może rozwinąć się zespół stresu pourazowego, na obraz którego składa się szereg objawów psychicznych, społecznych oraz emocjonalnych (Pąchalska i Grochmal-Bach, 2003; Pachalska, 2007; Joseph i wsp., 1999).

Czym jest Zespół Stresu Pourazowego (*Posttraumatic Stress Disorder-PTSD*)?

- A. Zespół Stresu Pourazowego rozpoznaje się wówczas, gdy: osoba była narażona na zdarzenie traumatyczne (doświadczyła lub była świadkiem wydarzenia, w którym ktoś poniósł śmierć, doznał poważnych obrażeń, bądź istniała groźba śmierci albo utraty fizycznej integralności), zaś reakcją na ten uraz cechuje intensywny strach, bezradność bądź przerażenie
- B. Traumatyczne zdarzenie uporczywie powraca i jest ponownie przeżywane poprzez powtarzające się, intruzyjne i stresogenne przypomnienia, sny o zdarzeniu, dysocjacyjne epizody reminiscencji (flashback), stres psychologiczny oraz fizjologiczne reakcje podczas ekspozycji na bodźce symbolizujące to wydarzenie. Zdarzenie powraca na minimum jeden z wymienionych sposobów
- C. Występuje uporczywe unikanie bodźców skojarzonych z traumą i ogólne odrętwienie psychiczne przejawiające się poczuciem wyobcowania, ograniczonym zakresem afektu, pesymistyczną oceną przyszłości oraz spadkiem zainteresowań (obecne są minimum trzy objawy)
- D. Utrzymują się symptomy wzmożonego pobudzenia wyrażone obecnością zaburzeń snu, dysforii, wzmożonej czujności, wyolbrzymionego odruchu orientacyjnego, problemów z koncentracją uwagi (obecne są minimum dwa objawy)
- E. Czas trwania zaburzenia (symptomów z kryterium B, C, D) jest dłuższy niż 1 miesiąc
- F. Zaburzenie powoduje klinicznie istotny dystres lub załamanie w życiu społecznym, czy zawodowym (APA, 1994, s. 209-211)

Czym jest uraz czaszkowo-mózgowy (*traumatic brain injury- TBI*)?

Uraz czaszkowo-mózgowy powstaje w następstwie nagłego zadziałania na czaszkę energii mechanicznej o sile przekraczającej zdolności adaptacyjne czaszki i opon mózgowych. Powoduje on znaczne zmiany w funkcjonowaniu ośrodkowego układu nerwowego (Pąchalska, 2007), wynikające albo z uszkodzenia struktur mózgowych, albo z zaburzeń czynnościowych związanych z zakłóceniem normalnych czynności chemicznych i elektrycznych neuronów w mózgu. Uwzględniając złożony charakter biomechaniki urazu, a także samych funkcji mózgowych ciężko przewidzieć, jaki typ zaburzeń wystąpi oraz jaka będzie ich intensywność i przebieg (Pąchalska, 2003). W przypadku ciężkich urazów możemy zaobserwować szereg zaburzeń, takich jak: zaburzenia świadomości, orientacji, procesów pamięci i uczenia się, uwagi, funkcji wykonawczych, percepcji, praktyki, mowy, tożsamości oraz zaburzenia natury emocjonalnej (Pąchalska, 2007).



Ryc.1 . Obraz KT pourazowego krwiaka przymózgowego w okolicy ciemieniowo-potylicznej lewej

Czym jest amnezja pourazowa (*posttraumatic amnesia- PTA*)?

Zaburzenia pamięci należą do jednych z najczęstszych następstw uszkodzenia mózgu. Występująca zarówno po ciężkich jak i lekkich urazach czaszkowo-mózgowych amnezja pourazowa jest jednym z najbardziej użytecznych wskaźników jego ciężkości.

Pąchalska (2007) podaje, że zapominanie w amnezji pourazowej może przyjmować postać:

- (1) *amnezji następczej (AA- amnesia anterograda)*, obejmującej jakiś czas po urazie i przejawiającej się trudnością w zapamiętaniu nowych faktów przy względnym zachowaniu pamięci o wydarzeniach sprzed urazu;
- (2) *amnezji wstecznej (RA- amnesia retrograda)* odnoszącej się do okresu przed wypadkiem i objawiającej się trudnościami w przypominaniu sobie wydarzeń przed nim;
- (3) *amnezji całkowitej* (globalnej) odnoszącej się do całego przedwypadkowego życia.

Charakterystyka osób badanych

Grupę badanych stanowiło 40 pacjentów po urazie czaszkowo- mózgowym leczonych w Oddziale Rehabilitacji Medycznej Krakowskiego Centrum Rehabilitacji oraz Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Lubartowie i Radzynie Podlaskim. Dokonano podziału na dwie grupy: A i B.

A - pacjenci, którzy pamiętali traumatyczne wydarzenie (wypadek), na skutek którego nastąpił uraz czaszkowo-mózgowy

B - pacjenci z amnezją pourazową, którzy nie pamiętali traumatycznego wydarzenia

Parametr	Grupa A	Grupa B
Liczba pacjentów (M/K)	20 (14/6)	20 (14/6)
Średni wiek podany w latach (min.-maks.)	29,75 (14-49)	29,8 (15-53)
Operacja:		
Nie było	11	6
Kraniotomia	4	-
Kraniotomia, usunięcie ostrego krwiaka podtwardówkowego	1	-
Odbarczanie mózgu	3	6
Kraniotomia, odbarczanie mózgu	1	-
Trepanacja czaszki	-	2
Trepanacja czaszki i ewakuacja krwiaka	-	3
Trepanacja czaszki ewakuacja wodniaków	-	3

Tab. 1. Dane biograficzne pacjentów z grup A i B

Metody badań

W niniejszych badaniach do oceny stanu pacjenta zastosowano analizę dokumentacji, wywiad kliniczny oraz Kwestionariusz Badania Zespołu Stresu Pourazowego.

Analiza dokumentacji

Analiza dokumentacji obejmowała historię choroby, wyniki badań w tym badań neuroobrazowych, tomografii komputerowej (TK) oraz rezonansu magnetycznego (MRI).

Kwestionariusz Badania Zespołu Stresu Pourazowego

W celu zdiagnozowania objawów PTSD zastosowano Kwestionariusz Badania Zespołu Stresu Pourazowego, który został opracowany w Zakładzie Psychologii Klinicznej i Neurolingwistyki Instytutu Psychologii UG (Pąchalska i Chabros 2006). Kwestionariusz koresponduje z kryteriami PTSD z DSM-IV i dostarcza zarówno podstaw do decyzji diagnostycznej, jak też wskaźnika nasilenia objawów.

Analiza wyników

Kwestionariusz Badania Zespołu Stresu Pourazowego

Sekcja A: Pytania dotyczące narażenia na wydarzenie traumatyczne

Na te pytania pacjenci odpowiadali „Tak” lub „Nie

Tab. A. Zestawienie wyników uzyskanych przez pacjentów z obu grup badawczych w pytaniach dotyczących narażenia na wydarzenie traumatyczne (sekcja A) z Kwestionariusza Badania Zespołu Stresu Pourazowego

Pytanie	Grupa A		Grupa B	
	TAK	NIE	TAK	NIE
1A. Czy uczestniczył/a Pan/Pani w nagłym wydarzeniu, w którym istniała groźba śmierci?	20	0	20	0
3A. Czy pamięta Pan/Pani to wydarzenie?	20	0	0	20
4A. Czy wydarzenie to wywołało silne emocje?	20	0	8	12

Analiza wyników dotyczących pytań z sekcji A zwraca uwagę na zastanawiający fakt, że **8 pacjentów, którzy twierdzili, że wypadku nie pamiętają, zaznaczyło jednak silne emocje związane z tym wydarzeniem traumatycznym.**

Sekcja B: Pytania dotyczące objawów nawracania i ponownego przeżywania traumatycznego wydarzenia

Odpowiedzi na te pytania zostały oznaczone na skali:

1 – wcale / nigdy 2 – słabo / czasami 3 – silnie / często 4 – bardzo silnie / zawsze

Tab. B. Zestawienie średnich wyników (z odchyleniami standardowymi) uzyskanych przez pacjentów z obu grup badawczych w pytaniach dotyczących objawów nawracania i ponownego przeżywania traumatycznego wydarzenia (sekcja B) z Kwestionariusza Badania Zespołu Stresu Pourazowego

Pytanie	Grupa A		Grupa B	
	x	O.S.	X	O.S.
1B Czy powracały obrazy, wspomnienia związane z tym wydarzeniem?	3,6	0,68	1,8	0,41
2B Czy powracał/a Pan/Pani myślami do tego wydarzenia?	3,6	0,50	1,7	0,47
3B Czy pojawiły się nieprzyjemne, stresujące (ew. koszmarne) sny o tym wydarzeniu?	3,2	0,70	1,8	0,62
4B Czy zachowywał/a się Pan/Pani lub miał/a odczucie, jak gdyby to wydarzenie miało miejsce ponownie?	3,2	0,67	1,7	0,49
5B Czy czuł/a się Pan/Pani wytrącony z równowagi lub odczuwał/a smutek i przygnębienie, gdy coś symbolizowało lub przypominało to zdarzenie?	3,6	0,60	1,4	0,50
6B Czy to, co kojarzyło się Panu/Pani z tym wydarzeniem wywoływało reakcje fizjologiczne, takie jak dreszcze, pocenie się, trudności z oddychaniem, pobudzenie?	3,3	0,73	1,6	0,50

Różnice pomiędzy wynikami z grupy A i grupy B w sekcji A badane za pomocą testu t-Studenta, okazały się wysoce statystycznie istotne ($t = 17,8221$, $p < 0,0000$). Jednak dziwi sam fakt, że tyle osób z grupy osób z amnezją pourazową zaznaczyło „2” (słabo / czasami) na te pytania pomimo tego, że wypadku swojego nie pamiętają. **Wyniki wskazują zatem, iż u niektórych osób deklarujących niepamięć wydarzenia występują objawy nawracania i ponownego przeżywania traumatycznego wydarzenia**

Sekcja C: Pytania dotyczące objawów unikania bodźców związanych z traumą i ogólnego odrętwienia psychicznego

Odpowiedzi na te pytania zostały oznaczone na skali:

1 – wcale / nigdy 2 – słabo / czasami 3 – silnie / często 4 – bardzo silnie / zawsze

Tab. C. Zestawienie średnich wyników (z odchyleniami standardowymi) uzyskanych przez pacjentów z obu grup badawczych w pytaniach dotyczących objawów unikania bodźców związanych z traumą i ogólnego odrętwienia psychicznego (sekcja C) z Kwestionariusza Badania Zespołu Stresu Pourazowego

Pytanie	Grupa A		Grupa B	
	x	O.S.	x	O.S.
1C Czy starał/a się Pana/Pani nie myśleć o tym wydarzeniu?	3,4	0,60	1,6	0,50
2C Czy unikał/a Pan/Pani rozmów na temat tego wydarzenia?	3,4	0,75	1,9	0,67
3C. Czy miał/a Pan/Pani trudności ze skojarzeniem sobie ważnych aspektów tego wydarzenia?	3,3	0,47	1,6	0,51
4C Czy unikał/a Pan/Pani sytuacji (ludzi i miejsc) przypominających to wydarzenie?	3,4	0,68	1,6	0,51
5C Czy po tym wydarzeniu utracił/a Pan/Pani zainteresowanie w ważnych dla Pana/Pani aktywnościach?	2,9	0,45	2,1	0,64
6C Czy po tym wydarzeniu ograniczył/a Pan/Pani uczestnictwo w ważnych dla Pana/Pani aktywnościach?	2,8	0,44	2,2	0,67
7C Czy po tym wydarzeniu czuł/a się Pan/Pani odrzucony/a przez innych ludzi?	2,8	0,83	2,7	0,66
8C Czy po tym wydarzeniu odczuwał/a Pan/Pani, że ludzie się od Pana/Pani odsunęli?	2,8	0,83	2,6	0,68
9C Czy po tym wydarzeniu miał/a Pan/Pani trudności z wyrażeniem swoich uczuć?	2,8	0,70	2,3	0,80
10C Czy po tym wydarzeniu miał/a Pan/Pani trudności z przeżywaniem pozytywnych emocji	3,4	0,68	2,4	0,88
11C Czy po tym wydarzeniu miał/a Pan/Pani myśli, że nic już Pan/Pani w życiu nie osiągnie, ani w pracy zawodowej, ani w życiu osobistym?	3,1	0,79	1,8	0,55

I tym razem różnice pomiędzy grupami są wysoce istotne statystycznie ($t = 8,4945, p < 0,000$). Jednak warto zaznaczyć, że w przypadku tych pytań, które dotyczą stanu emocjonalnego i funkcjonowania społecznego, czyli od 7C do 11C, różnice te, choć jeszcze znamienne, nie są aż tak wysokie ($t = 2,3416, p = 0,0133$).

Sekcja D: Pytania dotyczące objawów wzmożonego pobudzenia

Odpowiedzi na te pytania zostały oznaczone na skali:

1 – wcale / nigdy 2 – słabo / czasami 3 – silnie / często 4 – bardzo silnie / zawsze

Tab. D. Zestawienie średnich wyników (z odchyleniami standardowymi) uzyskanych przez pacjentów z obu grup badawczych w pytaniach dotyczących objawów wzmożonego pobudzenia (sekcja D) z Kwestionariusza Badania Zespołu Stresu Pourazowego

Pytanie	Grupa A		Grupa B	
	x	O.S.	X	O.S.
1D. Czy od czasu tego wydarzenia miewał/a Pan/Pani problemy ze snem?	2,9	0,79	1,6	0,50
2D Czy od czasu tego wydarzenia odczuwa Pan/Pani rozdrażnienie i gniew trudny do opanowania?	3,4	0,68	1,6	0,51
3D Czy po tym wydarzeniu miewał/a Pan/Pani trudności w koncentracji uwagi?	3,3	0,79	1,8	0,70
4D Czy po tym wydarzeniu był/a Pan/Pani nadmiernie czujny, nadwrażliwy na hałasy albo inne bodźce?	3,5	0,51	1,6	0,50
5D. Czy zdarzyło się, że od tego wydarzenia jakieś niespodziewane hałasy, ruch, bądź dotyk wprowadzały Pana/Panią w zaniepokojenie?	3,3	0,66	1,8	0,62

Analiza statystyczna wyników z Sekcji D wskazuje na wysoce istotne różnice pomiędzy grupami ($t = 16,3389$, $p < 0,0000$). Oznacza to, że pacjenci z grupy A, którzy pamiętają wypadek, znacznie częściej przeżywają zaburzenia wegetatywne i poznawcze w porównaniu do pacjentów z grupy B, którzy wypadku nie pamiętają. Wynik ten jest nieco zaskakujący, gdyż można by było oczekiwać bardziej wyrównanego poziomu tych zaburzeń, w związku z organicznym uszkodzeniem mózgu.

Sekcja E: Pytania dotyczące czasu trwania zaburzenia

Na te pytania pacjenci odpowiadali „Tak” lub „Nie

Tab. E. Zestawienie wyników uzyskanych przez pacjentów z obu grup badawczych w pytaniach dotyczących czasu trwania zaburzenia (sekcja E) z Kwestionariusza Badania Zespołu Stresu Pourazowego

Pytanie	Grupa A		Grupa B	
	TAK	NIE	TAK	NIE
1E. Czy był taki okres po tamtym wydarzeniu, że problemy ze snem występowały przynajmniej miesiąc?	20	0	15	5
2E. Czy był taki okres po tamtym wydarzeniu, że koszmarne sny występowały przynajmniej miesiąc?	20	0	12	8
3E. Czy był taki okres po tamtym wydarzeniu, że nawracające obrazy lub wspomnienia występowały przynajmniej miesiąc?	19	1	0	20
4E. Czy po upływie miesiąca od tamtego wydarzenia, pojawiał się w sytuacji przypominającej to wydarzenie silny lęk lub panika?	20	0	4	16

W świetle wyników z Sekcji E występowanie czterech odpowiedzi na „Tak” w grupie B na pytanie 4E jest szczególnie interesujące. **Oznacza to, że 4 pacjenci, którzy nie pamiętali traumatycznego wydarzenia, stwierdzili, że występują u nich epizody paniki lub lęku związanego z sytuacjami podobnymi do okoliczności wypadku.**

Wnioski

1. U niemal wszystkich badanych pacjentów po ciężkim urazie czaszkowo-mózgowym występują w różnym nasileniu objawy zespołu stresu pourazowego.
2. Objawy te nasilają się w przypadku tych osób, które pamiętają okoliczności doznania urazu czaszkowo-mózgowego, w porównaniu do osób, które z powodu amnezji pourazowej nie pamiętają, co im się stało.
3. U tych pacjentów, którzy nie pamiętają wypadku, albo przynajmniej deklarują taką niepamięć, można zauważyć niektóre objawy zespołu stresu pourazowego.

Podsumowanie

Na podstawie wyników powyższych badań nie można odpowiedzieć wprost na pytanie, jak wspomnienia, które według deklaracji pacjenta po prostu nie istnieją, mogą nawracać i powodować objawy PTSD, chociażby takie, jak ataki panicznego lęku w okolicznościach przypominających wypadek. Poczynione podczas pracy z pacjentami obserwacje pozwoliły wysunąć kilka hipotez, które należałoby zbadać w przyszłości.

Po pierwsze, nie wykluczono, że w pamięci przynajmniej niektórych z tych pacjentów istnieją fragmenty wspomnień tego wydarzenia, które nie składają się jednak na „epizody” w obrębie świadomej pamięci, a jednak istnieją w zasobach pamięci długotrwałej. Fragmenty te mogą być błyskami trwającymi ułamki sekund, pod progiem świadomego spostrzeżenia. Być może ślady PTSD zanotowane przeze mnie u pacjentów z grupy B wynikają z „podprogowych percepcji” wydarzeń, które nie zostały zarejestrowane w domenie pamięci epizodycznej. Innym, możliwym tłumaczeniem tego paradoksalnego zjawiska jest wyparcie. Mechanizm ten, opisany przez Freuda (2004) wyjaśnia, jak psychika w obliczu czegoś przekraczającego nasze możliwości zrozumienia i radzenia sobie z traumą, może wypierać pewne treści bolesne z domeny świadomej pamięci do nieświadomości. Jeszcze inna możliwość to działanie pamięci niejawnej (Pąchalska, 2007). Opisane ewentualności wcale nie wykluczają się nawzajem. W przypadku PTSD z pewnością mamy do czynienia z wadliwym, patologicznym działaniem układu pamięciowego, który wywołuje niepożądane wspomnienia w nieodpowiednim czasie, naruszając tym samym ład psychiczny człowieka, a więc i jego zdrowie psychiczne.

W świetle powyższych wniosków oraz na podstawie własnego doświadczenia z pacjentami po urazie czaszkowo- mózgowym, pozwalam sobie twierdzić, iż zjawisko zespołu stresu pourazowego zasługuje na uwagę specjalistów z kilku różnych dyscyplin naukowych oraz na dalsze, szczegółowe badania w celu określenia jego istoty, aby móc wyjść naprzeciw potrzebom cierpiących pacjentów.

Literatura:

1. American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder*, (4th ed.). Washington, DC: Author
2. Freud, S. (2004). *Wstęp do psychoanalizy*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
3. Joseph, S., Masterson, J. (1999). Posttraumatic Stress Disorder and Traumatic Brain Injury: Are They Mutually Exclusive?, *Journal of Traumatic Stress*, 12(3), 437- 453.
4. Pąchalska, M. (2003). Zaburzenia neurobehawioralne a jakość życia pacjentów po urazach czaszkowo-mózgowych. [w:] A. Herzyk, B. Daniluk, M. Pąchalska, B.D. MacQueen (red.). *Neuropsychologiczne konsekwencje urazów głowy: Jakość życia pacjentów*. Lublin, Wydawnictwo UMCS, 51-82
5. Pąchalska, M. (2007). *Rehabilitacja neuropsychologiczna. Procesy poznawcze i emocjonalne*. Lublin: Wydawnictwo UMCS
6. Pąchalska M., Chabros J. (2006) Kwestionariusz Badania Zespołu Stresu Pourazowego. Gdańsk: Zakład Psychologii Klinicznej i Neurolingwistyki Instytutu Psychologii UG
7. Pąchalska, M., Grochmal- Bach, B. (2003). Zespół stresu pourazowego u osób po rozległym urazie mózgu. [w:] A. Herzyk, B. Daniluk, M. Pąchalska, B.D. MacQueen (red.).

Neuropsychologiczne konsekwencje urazów głowy: Jakość życia pacjentów. Lublin: Wydawnictwo UMCS, 83-98.

Ryc.1 źródło: Pracownia Tomografii Komputerowej w SPZOZ w Radzynie Podlaskim