

## Zespół stresu pourazowego jako skutek powodzi z 1997 r. – występowanie i obraz zaburzenia

### PTSD as result of flood in 1997 – occurrence and display of distemper

Agnieszka Stępień, Monika Kantorska-Janiec

Z Katedry i Kliniki Psychiatrii AM we Wrocławiu  
Kierownik: prof. dr hab. n. med. A. Kiejna

#### Summary

**Aim:** The occurrence and course of PTSD in the countryside environment as the result of flood in 1997 has been described. The research was experimented around four villages by Nysa Kłodzka river-basin; the area was affected by disaster unexpectedly and extremely hard.

**Method:** 97 people have been tested as the straightforward witnesses of flood. They had never been treated by a psychiatrist before 1997 and they haven't experienced any other stressful event that might have been an independent reason of the occurrence PTSD. The extent of trauma, risk of shock and the length of time that those examined were in danger was identical. None of the studied had received psychological or psychiatric support after the disaster. The research was carried out by one investigator (psychiatrist) 60–63 months after the flood at the victims' houses (the psychiatrist's visit was preceded by the phone appointment). The research instrument – Composite International Diagnostic Interview CIDI: section A (referred to demographic dates) and section N (referred to PTSD).

**Results:** PTSD diagnosis was made in 30.9% of the examined group. The distempered people are mostly educated at the lowest level (49.9% with the ground education) or unemployed (39.2%). Older people were more susceptible to PTSD. PTSD diagnosis was made more often for men (39.5%) than for women (25.4), what is directly related to the lower education and a worse material status of the examined men. Full symptomatic PTSD, remaining up to 60–63 months after the flood, was confirmed in 15.5% of the studied group.

**Conclusion:** The frequency and profile of PTSD occurrence (lower educated, older and the poor people) in the examined group is consistent with the other studies done. The fact that PTSD diagnosis was more frequent amongst men (39.5% vs. 25.4% in women) has been mentioned and explained above. No person in the group has confirmed the short (lasting only up to one month) term of persistence of the symptoms what is tantamount to no acute stress disorder right after the flood. It might be probably caused by the permanence of flood destruction and the prolonged exposure to the stress factor.

*Słowa kluczowe:* PTSD, powódź, CIDI

*Key words:* PTSD, flood, CIDI

## Wstęp

Lata 90. XX wieku to okres badań nad skutkami urazów wywołanych przez kataklizmy. PTSD uznawane jest za najczęściej diagnozowane zaburzenie psychiczne w tej grupie i może przetrwać wiele lat [1]. Częstość występowania PTSD jako psychologicznego efektu katastrofy naturalnej ulega zmianie w zależności od czasu, jaki upłynął od traumy do badania, rozmiarów kataklizmu i zastosowanych metod badawczych [za: 2]. Obowiązujące klasyfikacje diagnostyczne ICD-10 i DSM-IV zakładają, że przyczyną wystąpienia tego zaburzenia jest szczególnie przerażająca, katastroficzna sytuacja, ekstremalny stresor. Jego opis w ICD-10 bliższy jest założeniom DSM-III-R (sytuacja o charakterze wyjątkowo zagrażającym lub katastrofalnym, mogąca dla prawie każdego stanowić głęboko przejmujące nieszczęście), niż DSM-IV, który podaje, że traumatyczne zdarzenie wiąże się z zagrożeniem dla życia lub poważnym uszkodzeniem ciała, lub zagrożeniem integralności fizycznej. Stanowi to, że według ICD-10 katastrofy naturalne mogą być wystarczającą przyczyną powstania PTSD, natomiast według DSM-IV są nią jedynie wtedy, gdy wiążą się z zagrożeniem dla życia osób nimi dotkniętych.

Dowiedziano częstsze występowanie PTSD w odpowiedzi na katastrofy spowodowane przez człowieka – długoterminowe badanie nad skutkami powodzi w Buffalo Creek wykazało istnienie pełnoobjawowego zaburzenia u 44% badanej populacji 2 lata po kataklizmie. Grupa ta została ponownie poddana badaniu po 14 latach od wydarzenia – PTSD potwierdzono u 28% respondentów [3]. Badania wykazują, że w populacji szczególnie narażonej na silny stres u 10–20% osób rozwija się PTSD, w populacji ogólnej natomiast jego rozwój szacuje się na 3–7,8% [4, 5]. Istotny wpływ na długość utrzymywania się objawów zespołu stresu pourazowego ma fakt udzielenia ofiarom pomocy psychologicznej bądź psychiatrycznej [6]. Szacuje się, że pełnoobjawowy PTSD utrzymuje się średnio 64 miesiące wśród ofiar, którym nie udzielono specjalistycznej pomocy, i 36 miesięcy, jeśli korzystały one z fachowego wsparcia [5]. Wykazano dużą rolę pomocy władz i wsparcia społecznego w usuwaniu skutków kataklizmu w odniesieniu do istnienia symptomów PTSD [7]. Poza istotą stresora, czynnikami wpływającymi na zwiększenie ryzyka wystąpienia zaburzenia stresowego pourazowego są: płeć żeńska, niskie wykształcenie, niski status materialny [8, 9], urazowe doświadczenie w dzieciństwie, wcześniejsze występowanie PTSD, spowodowane innym stresorem, oraz innych zaburzeń lękowych i zaburzeń depresyjnych w najbliższej rodzinie, brak systemu oparcia zarówno w rodzinie, jak i społeczeństwie [7, 10].

Powodzie należą do żywiołów powodujących największe szkody w majątku indywidualnym i publicznym spośród wszystkich katastrof naturalnych. Powodują zagrożenie dla życia i zdrowia ludzi, dezorganizują codzienne życie. Są źródłem stresu mogącego wywołać wystąpienie zaburzenia stresowego pourazowego (PTSD). Powódź, która wystąpiła w Polsce w lipcu 1997 r., należała do największych kataklizmów naturalnych w historii. Szczególnie dotkliwie dotknęła górne i środkowe dorzecze Odry. Jej wystąpienie miało związek z kilkudniowymi, trwającymi nieprzerwanie od 5 do 9 lipca opadami, osiagającymi lokalnie 500 mm, które 3–4 razy

przekraczały średnie sumy miesięczne. Stały się one powodem dużego wzrostu stanu wód (zwielokrotnionego przez wysycenie podłoża wodą przez deszcze padające miesiąc wcześniej), który był katastrofalny w skutkach: w ciągu paru godzin nocnych niespodziewanie zalanych zostało ponad 70% terenów górskich ziemi kłodzkiej, a ok. 80% gospodarstw zostało całkowicie bądź częściowo zniszczonych. Ocenia się, że przepływy maksymalne były w niektórych miejscach bliskie przepływowi, jakie statystycznie mogą zdarzyć się z prawdopodobieństwem 0,1% – jest to tzw. woda tysiącletnia [za: 11]. Analiza przepływów dowiodła, że w 1997 r. osiągnęły one najwyższy poziom w historii, w porównaniu z wcześniej zarejestrowanymi. Sytuacja hydrologiczna na dzień przed powodzią nie wskazywała na stan zagrożenia. W zlewni Nysy Kłodzkiej panowały średnie warunki wypełnienia retencji. Stany wody zarejestrowane na posterunkach wodowskazowych w Bystrzycy Kłodzkiej i Kłodzku układały się w górnej strefie stanów średnich, na pozostałych – w górnej strefie stanów niskich i w dolnej stanów średnich. Na Nysie Kłodzkiej stan wody od 4 do 8 lipca wzrósł od 100 do 655 cm, na Białej Łądeckiej od 4 do 7 lipca – od 40 do 430 cm. [12]. Tak wielki nagły wzrost stanów wód, brak wcześniejszego ostrzeżenia, niemożność przygotowania zabezpieczeń i zupełna nieskuteczność istniejących, stanowiły o rozmiarach katastrofy. Jej ofiary narażone zostały na stres, który spowodował liczne szkody psychologiczne. Największą jest wystąpienie PTSD, którego objawy utrzymują się przez wiele lat.

Niniejszy artykuł jest doniesieniem wstępnym, w którym zawarto wyniki uzyskane w granic KBN nr 6 P05D 080 21 „Rozpowszechnienie zaburzenia stresowego pourazowego wśród ofiar powodzi z 1997 r. w środowisku wiejskim”.

### **Material i metoda**

Badanie przeprowadzono na terenie czterech wsi należących do gminy Bystrzyca Kłodzka, leżących w dorzeczu Nysy Kłodzkiej – rzeki, która wezbrała najszybciej i najobficiej spośród rzek całego górskiego dorzecza Odry. Objęto nim ofiary powodzi, nie leczone psychiatrycznie przed 1997 r., które nie doświadczyły innego zdarzenia traumatycznego, mogącego być niezależną przyczyną wystąpienia PTSD. Przeprowadzone zostało ono w domach osób poszkodowanych, po telefonicznym umówieniu się, przez jednego badacza – lekarza psychiatrę. Bezpośredni kontakt z ofiarami możliwy był dzięki pomocy lekarzy pierwszego kontaktu, mających pod opieką osoby z terenów badanych. Spełniony został wymóg zawężenia grupy badanej do objętej takim samym ryzykiem urazu, stopniem intensywności traumy i czasem trwania zagrożenia (badanie przeprowadzono na terenie czterech wsi zalanych nagle, w równym stopniu). Istota tego wymogu polega na szerokim przedziale zapadalności na PTSD zależnym od populacji poddanej badaniu. Badanie przeprowadzono w lipcu i wrześniu 2002 r., 5 lat po powodzi. Analizie poddano dane uzyskane od 97 osób – 38 mężczyzn i 59 kobiet, co stanowi odpowiednio 39,2 i 60,8% grupy. Wiek badanych mieścił się w przedziale 24–82 lata (średnia 46,92). Większość badanych stanowiły osoby z wykształceniem średnim (56,7 %); 36,1% miało wykształcenie podstawowe, a 7,2% – wyższe. Nieco ponad połowa badanych (52,6%) pozbawiona była pracy, co skutkowało niższym statusem materialnym.

Istotny był brak jakiegokolwiek opieki psychologicznej czy psychiatrycznej zaoferowanej powodzianom bezpośrednio po powodzi, jak też słaba jej dostępność aktualnie. Również pomoc finansowa władz terenowych była znikoma, a żadna z poszkodowanych osób nie mogła liczyć na odszkodowanie za poniesione straty ze względu na brak ubezpieczenia obejmującego odpowiedzialność za szkody wyrządzone klęską żywiołową.

Narzędziem wykorzystanym w badaniu był Złożony Międzynarodowy Kwestionariusz Diagnostyczny (CIDI), wersja monachijska – dotycząca całego życia. Jest to narzędzie stworzone na potrzeby badań epidemiologicznych w psychiatrii, prowadzonych w populacjach różnych kulturowo (CIDI tworzono z myślą o użytkownikach pochodzących z różnych obszarów geograficznych, różniących się językiem i sposobem pojmowania zaburzeń psychicznych i ich objawów; polska wersja została opracowana zgodnie z rekomendacjami WHO [13]). Kwestionariusz jest wysoce strukturalizowanym, przejrzystym narzędziem; zawiera w pełni sformułowane pytania zamknięte. Odpowiedzi twierdzące wiodą do dalszych pytań, zgodnie z algorytmem, z potwierdzeniem lub wykluczeniem dalszych danych. Taka formuła kwestionariusza pozwala na stosowanie go w badaniach osób różniących się wykształceniem – pytania skonstruowane są prosto, z pominięciem idiomów i kolokwializmów. CIDI jest instrumentem wykorzystywanym w badaniach z zakresu epidemiologii psychiatrycznej, a obecna jego wersja dostosowana jest do klasyfikacji DSM-IV i ICD-10 [14, 15]. Trafność narzędzia dla sekcji PTSD określili Andrews i Peters [16]. W 5 ośrodkach, wykorzystując niezależne wywiady, przeprowadzono próbę kliniczną i w populacji ogólnej (n=91), porównując CIDI vs badanie kliniczne. Otrzymane wyniki to odpowiednio: średnio  $\kappa=0,66$ , czułość  $\kappa=0,83$ , swoistość  $\kappa=0,75$ .

W opisywanym badaniu zastosowano dwie sekcje kwestionariusza: sekcję A dotyczącą danych demograficznych oraz sekcję N dotyczącą PTSD. Konstrukcja sekcji N pozwoliła nie tylko na potwierdzenie istnienia PTSD, ale również na analizę przebiegu zaburzenia. (Kwestionariusz CIDI pozwala na określenie początku wystąpienia objawów, czasu ich trwania, a także ostatniego momentu ich wystąpienia w odniesieniu do rozpoznawanych zaburzeń. Umożliwia to określenie długości trwania zaburzenia i analizę rozkładu czasowego występowania badanego zaburzenia.)

## Wyniki

Na podstawie analizy uzyskanych danych, rozpoznanie PTSD potwierdzone zostało u 30 osób, co stanowi 30,9% badanej grupy.

Rozkład występowania PTSD w zależności od wieku, wykształcenia, statusu społecznego i płci był następujący:

1. PTSD – wiek. Najliczniejszą grupę stanowili pacjenci w przedziale 36–45 lat (n=29). Występowanie w niej PTSD było ponad 2-krotnie wyższe niż w grupie osób do 35 r.ż. (n=20), jednak ponad 1,5-krotnie niższe niż wśród osób w przedziale wiekowym 46–55 lat (n=27) i niemal 2-krotnie niższe niż wśród badanych ponad 55-letnich (n=21).

2. PTSD – wykształcenie. Zdecydowana większość dotkniętych PTSD to osoby z wykształceniem podstawowym (42,9%, przy  $n=35$ , wobec 27,3% z wykształceniem średnim,  $n=55$ ). Wśród osób z wykształceniem wyższym ( $n=7$ ) nie wykazano istnienia PTSD.

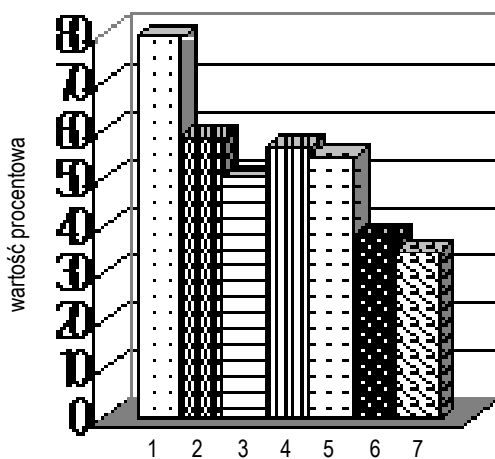
3. PTSD – zatrudnienie. Zapadalność na PTSD w grupie osób bezrobotnych ( $n=51$ ) była niemal 2-krotnie wyższa niż wśród osób pracujących ( $n=46$ ): odpowiednio 39,2% vs 21,7%.

4. PTSD – płeć. Opisywane badanie wykazało częstsze występowanie PTSD wśród badanych mężczyzn (39,5% dla  $n=38$ ) niż wśród badanych kobiet (25,4% dla  $n=59$ ).

Spośród osób spełniających kryteria PTSD połowa określiła początek wystąpienia objawów na pierwszy tydzień od dnia powodzi (powódź zalała badane tereny w ciągu 3 godzin), 40% – na pierwszy miesiąc. Zdecydowana przewaga badanych z rozpoznaniem zaburzeniem stresowym pourazowym odczuwała objawy przez ponad rok (93,3%). 36,7% podgrupy osób z rozpoznaniem PTSD ( $n=30$ ) wykazywało objawy zespołu w ciągu 2 tygodni poprzedzających badanie (co odpowiada 11,3% grupy badanej –  $n=97$ ). 26,7% podgrupy odczuwało objawy po raz ostatni do 6 miesięcy przed badaniem (odpowiednio stanowiło to 8,2% grupy badanej); 13,3% – w ciągu 2–4 tygodni poprzedzających badanie (4,1% grupy). Równoliczna liczba osób odczuwała po raz ostatni objawy PTSD ponad rok przed badaniem.

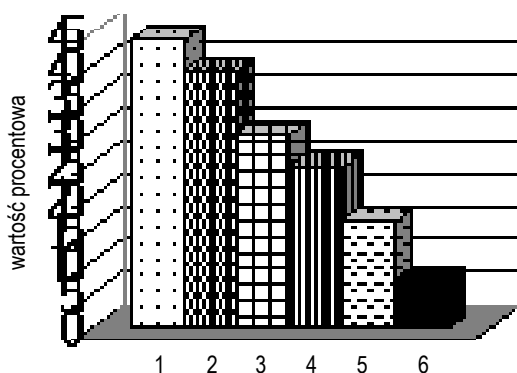
Dzięki konstrukcji sekcji N kwestionariusza CIDI możliwe było zbadanie występowania objawów z 3 głównych grup, na których oparte jest rozpoznanie PTSD nawet wtedy, gdy nie wyczerpują one kryteriów diagnostycznych niezbędnych do postawienia diagnozy. Spośród symptomów intensywnego ponownego przypominania sobie zdarzenia dominowały uporczywe, pojawiające się wbrew woli wyobrażenia powodzi (79,4% grupy badanej,  $n=97$ ). Koszmarne sny dotyczące tego zdarzenia były udziałem 58,7% badanych, psychiczne przeżywanie na nowo jak gdyby powódź znów miała miejsce – 50,5% grupy. Ponad połowa badanych (56,7%) wykazywała nadreaktywność fizjologiczną przy narażeniu na wpływy mogące symbolizować traumę. Jako przykład, badani przytaczali przede wszystkim burze i opady deszczu (szczególnie trwające powyżej 2 dni i opady nocne), ale również telewizyjne doniesienia o powodziach występujących w odległych rejonach. Najczęściej występującym objawem była tachykardia i kołatanie serca, ustępujące samoistnie. W wyżej wymienionych sytuacjach ponad połowa (54,6% grupy) czuła się wyprowadzona z równowagi, 38,2% badanych odczuwało strach, a 35% czuło bezradność (wykres 1).

Uporczywe unikanie bodźców związanych z urazem przybiera różne wymiary. Najczęściej występowało ono w badanej grupie jako utrata zainteresowań czynnościami i rzeczami, które przed powodzią sprawiały przyjemność (44,3%) oraz poczucie braku perspektyw (39,2%). 29,8% badanych potwierdziło unikanie aktywności i miejsc mogących przypominać o powodzi (zdecydowana większość tej grupy zaprzeczała jednak, jakoby unikała ludzi, których dotknął kataklizm – wiązała to z faktem wzajemnie świadczonej wtedy pomocy i porównywalnych rozmiarów strat). Poczucie izolacji i niechęć nawiązywania kontaktów interpersonalnych doświadczyło 24,7%, natomiast zubożenie emocjonalne utrzymujące się od czasu kataklizmu



1. Uporczywe wyobrażenia powodzi występujące wbrew woli
2. Koszmarne sny dotyczące powodzi
3. Psychiczne przeżywanie na nowo, jak gdyby powódź znów miała miejsce
4. Nadreaktywność fizjologiczna wobec sytuacji mogących symbolizować powódź
5. Wyprowadzenie z równowagi w razie narażenia na wpływy symbolizujące powódź
6. Strach przed sytuacjami mogącymi symbolizować powódź
7. Bezradność wobec sytuacji mogących symbolizować powódź

Rys. 1. Objawy z grupy intensywnego ponownego przypominania sobie powodzi

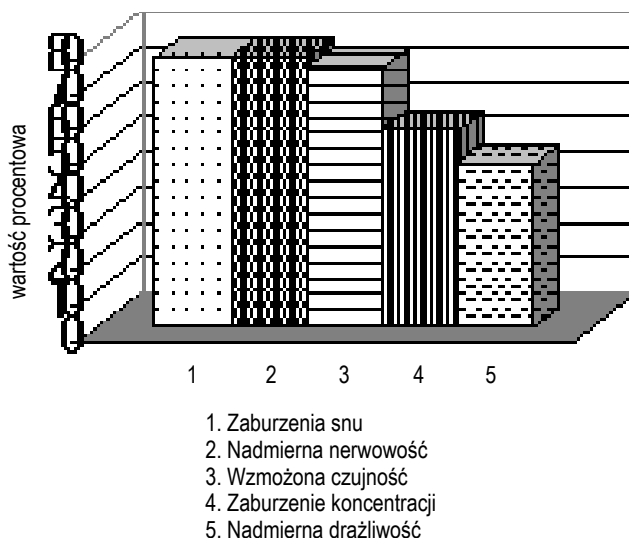


1. Utrata zainteresowań
2. Poczucie braku perspektyw
3. Unikanie aktywności i miejsc przypominających powódź
4. Niechęć do kontaktów interpersonalnych
5. Zubożenie emocjonalne
6. Luka pamięciowa dotycząca powodzi

Rys. 2. Objawy z grupy uporczywego unikania bodźców związanych z powodzią

potwierdziło 16,5 % respondentów. Najmniej liczna była grup ofiar doświadczająca luki pamięciowej związanej z aspektami urazu – 7,2% (wykres 2).

W grupie zaburzeń związanych z nadmierną pobudliwością nie występującą przed urazem najczęstsze były zaburzenia snu oraz nadmierna nerwowość (po 76,2%). Nieco mniej biorących udział w badaniu potwierdzało zdecydowanie większą czujność, która



Rys. 3. Objawy z grupy nadmiernej pobudliwości związanej z powodzią

pojawiała się po kataklizmie (73,4%). Zaburzenia koncentracji relacjonowało 55,7% badanych, a nadmierną drażliwość – 46,4% (wykres 3).

### Omówienie wyników

Badanie przeprowadzono po 60–63 miesiącach od powodzi. PTSD zdiagnozowano u 30,9% badanej grupy (n=97). Wynik ten zgodny jest z doniesieniami z piśmiennictwa światowego.

Prospektywne badania epidemiologiczne wykazały, że ok. 1/3 ofiar urazów z pierwotnie rozpoznany PTSD może odczuwać jego objawy 60 miesięcy i dłużej po zadziałaniu stresora [5, 7, za: 17]. Zdecydowana większość dotkniętych PTSD w badanej grupie to osoby z wykształceniem podstawowym (42,9%, przy n=35, wobec 27,3% z wykształceniem średnim, n=55). Wyniki te zbieżne są z danymi potwierdzającymi częstszą zapadalność na PTSD wśród osób niżej wykształconych [7, 17]. Brak pracy był przez osoby badane jednoznacznie utożsamiany z przyczyną niższego statusu materialnego. Występowanie PTSD w grupie osób bezrobotnych było 2-krotnie wyższe niż w grupie osób pracujących (39,2% vs 21,7%), co znajduje potwierdzenie w badaniach epidemiologicznych wyszczególniających czynniki socjodemograficzne sprzyjające ujawnianiu PTSD [7,17]. Uważa się, że PTSD może wystąpić w każdym wieku, a wyniki jego rozpowszechnienia w zależności od przedziału wiekowego nie

są istotne statystycznie [7].

W badaniu wykazano wyraźny wzrost zapadalności na PTSD związany z wiekiem. Analiza badanych parametrów wiek – wykształcenie i wiek – zatrudnienie wykazała wyższe bezrobocie i gorsze wykształcenie osób starszych, co pozostaje zgodne z wyżej opisywanymi zależnościami wykształcenie – PTSD i zatrudnienie – PTSD.

Badania epidemiologiczne nad zróżnicowaniem częstości występowania PTSD w zależności od płci wykazały częstsze diagnozowanie zaburzenia w grupie kobiet [7,17]. Prezentowane badanie nie potwierdziło tej zależności: rozpoznanie zaburzenia stresowego pourazowego postawiono 38 mężczyznom (co stanowi 39,5% badanej grupy) i 59 kobietom (odpowiednio 25,4%). Istnieją co prawda doniesienia potwierdzające częstszą zapadalność na PTSD wśród mężczyzn, czego przykładem jest badanie obejmujące weteranów wojny w Wietnamie. Wykazało ono wystąpienie PTSD u 30,9% mężczyzn i 26,9% kobiet, co wiązano z charakterem zdarzenia stresowego zależnego

Tabela 1

## Zależność płć – zatrudnienie

		Płeć		Ogółem	
		Mężczyźni	Kobiety		
Zatrudnienie	Nie	Uczestniczący	21	30	51
		%	55,3%	50,8%	52,0%
	Tak	Uczestniczący	17	20	40
		%	44,7%	40,2%	47,9%
Ogółem		Uczestniczący	38	50	87
		%	100%	100%	100%

Tabela 1a

## Zależność płć – wykształcenie

		Płeć		Ogółem	
		Mężczyźni	Kobiety		
Wykształcenie	Podstawowe	Uczestniczący	10	10	35
		%	42,1%	32,2%	30,1%
	Ośrednie	Uczestniczący	30	35	55
		%	52,0%	50,3%	50,7%
	Wyższe	Uczestniczący	2	5	7
		%	5,3%	3,5%	7,2%
Ogółem		Uczestniczący	38	50	87
		%	100%	100%	100%

od pełnionej w czasie wojny funkcji [za: 18]. W przypadku omawianego badania na częstsze występowanie PTSD wśród badanych mężczyzn wpływ miały czynniki socjodemograficzne, jak wykształcenie i zatrudnienie (tabela 1, 1a).

Połowa ankietowanych określiła początek wystąpienia zaburzeń na pierwszy tydzień po kataklizmie, u 40% badanych objawy wystąpiły po raz pierwszy do miesiąca po powodzi. Pozostałe osoby oceniły czas pojawienia się symptomów na ten sam dzień lub do pół roku po powodzi. Wyniki te dowodzą zgodności z kryteriami

diagnostycznymi PTSD zawartymi w obowiązujących klasyfikacjach.

Żadna z badanych ofiar nie skorzystała po powodzi z pomocy psychologicznej bądź psychiatrycznej. Wynika to z bardzo słabej jej dostępności aktualnie i braku możliwości skorzystania z niej w okresie popowodziowym (droga wiodąca do Bystrzycy Kłodzkiej, w której zorganizowano punkt pomocy psychologicznej, była nieprzejezdna). Według danych z piśmiennictwa brak powyższego wsparcia przyczynia się do dłuższego utrzymywania się objawów PTSD u ofiar (średnio 64 miesiące), w porównaniu z tymi, którym owa pomoc jest udzielana (36 miesięcy) [7]. Opisywane tu badanie wykazało istnienie pełnoobjawowego PTSD do miesiąca poprzedzającego badanie (60–63 miesięcy po powodzi) u 15,5% badanej grupy (n=97).

Zdecydowana większość badanych wykazywała nasilone zaburzenia z powodu ponownego intensywnego przypominania sobie aspektów urazu (79,4%) oraz nadmierną nerwowość, nie występującą wcześniej, i zaburzoną ciągłość snu (po 76,2%). 73,4% ankietowanych potwierdziło zwiększoną czujność powstałą i utrzymującą się po powodzi. Powyższe objawy badani wiązali z istniejącymi nadal materialnymi problemami bezpośrednio związanymi z powodzią (utrata całości bądź części domu; nie ukończonymi remontami popowodziowymi; koniecznością zamieszkiwania w zastępczych osiedlach, co zgodnie z pierwotnym założeniem miało być jedynie stanem przejściowym, więc ich standard spełniał jedynie minimalne wymogi lokalowe). Istniejące trudności spowodowały ciągłość oddziaływania skutków katastrofy na osoby poddane badaniu. Doniesienia z piśmiennictwa potwierdzają długotrwały wpływ urazu na dłuższe utrzymywanie się objawów PTSD [7].

### Wnioski

1. W badaniu wykazano występowanie PTSD jako skutku powodzi wśród 30,9% grupy badanej. Diagnoza stawiana była częściej osobom niżej wykształconym, gorzej sytuowanym i starszym. Świadczyć to może o słabiej wykształconych mechanizmach obronnych, większej bezradności i silniejszym poczuciu braku kontroli nad kataklizmem i jego skutkami w tych grupach.
2. Zaskakujący okazał się fakt częstszego występowania PTSD w grupie badanych mężczyzn niż kobiet. Przyczynę odmienności wyników naszego badania od doniesień z piśmiennictwa upatrywać należy w niższym wykształceniu i zdecydowanie wyższym bezrobociu badanych mężczyzn (co jednoznacznie było przez badanych utożsamiane z niższym statusem materialnym).
3. Zdecydowana większość osób z rozpoznaniem PTSD odczuwała jego objawy przez ponad rok, natomiast żadna z badanych ofiar nie potwierdziła krótkiego (do miesiąca) trwania symptomów. Jest to równoważne z brakiem wystąpienia ostrej reakcji na stres w badanej grupie i spowodowane jest najprawdopodobniej trwałością zniszczeń popowodziowych.
4. Zastosowane narzędzie – Złożony Międzynarodowy Kwestionariusz Diagnostyczny CIDI – jest narzędziem przydatnym w podobnych badaniach. Jest to użyteczny instrument, łatwy w stosowaniu dla badającego i zrozumiały dla badanego. Se-



Die Studie wurde 60 – 63 Monate nach dem Hochwasser durch einen Forscher (Arzt – Psychiater) in den Häusern der Opfern nach telefonischer Verabredung durchgeführt. Das für die Studie angewandte Mittel war der Zusammengesetzte Internationale Diagnostische Fragebogen (CIDI). Es wurde die Sektion A angewandt – zu demographischen Angaben und die Sektion N – zu PTSD.

**Ergebnisse:** Die Diagnose PTSD wurde bei 30,9% der untersuchten Gruppe gestellt. Die Betroffenen sind meistens die Personen mit Grundausbildung (49,9% der Gruppe mit Grundausbildung), Arbeitslose (39,2% der Gruppe sind arbeitslos). Mit PTSD wurden mehr ältere Personen betroffen. Die Diagnose PTSD wurde häufiger bei den Männern (39,5%) als bei Frauen (25,4%) gestellt, was mit niedrigerer Ausbildung und schlechterer materieller Lage der untersuchten Männern zusammenhängt. PTSD mit vollen Symptomen, die 60 – 63 Monate nach dem Hochwasser anhielten, wurden bei 15,5% der untersuchten Gruppe bestätigt (n=97).

**Schlussfolgerungen:** Die Angaben zur Häufigkeit und zum Profil von PTSD (weniger ausgebildete, ärmere, ältere Personen) in der untersuchten Gruppe decken sich mit den Meldungen aus der Weltliteratur. Das häufigere Diagnostizieren von PTSD unter den Männern (39,5% gegenüber 25,4% der untersuchten Frauen) findet eine Erklärung in der niedrigeren Ausbildung und in der schlechteren materiellen Lage dieser Gruppe. Keine von den Personen bestätigte eine kurze Zeitdauer der Symptome (bis einem Monat), was mit dem Mangel an einer scharfen Reaktion auf Stress nach dem Hochwasser gleichbedeutend ist. Es ist sicher durch die Zerstörungen nach dem Hochwasser und der verlängerten Exposition auf Stress verursacht.

### **Le syndrome du stress post-traumatique (PTSD) comme suite de l'inondation de 1997 – apparition et l'image**

#### **Résumé**

**Objectif:** On décrit l'apparition et le cours de PTSD comme suite de l'inondation de 1997 dans la région de quatre villages de Nysa Kłodzka.

**Méthode:** On examine 97 personnes, témoins de cette inondation, non traités par les psychiatres auparavant, qui non subissent aucun trauma qui puisse causer le PTSD. L'intensité de ce trauma, le risque du choc et sa durée sont les mêmes chez toutes ces personnes. Chacune de ces personnes n'obtient pas le support psychologique ou psychiatrique après le désastre.

L'examen est fait 60-63 mois après l'inondation par un psychiatre à la maison des personnes examinées, le rendez-vous est fixé par le coup de téléphone. On utilise le CIDI (Composite International Diagnostic Interview) – section A concernant les données démographiques et section N – concernant le PTSD.

**Résultats:** Le diagnostic de PTSD est posé à 30,9% de personnes examinées. Ce groupe contient les personnes avec l'éducation au niveau élémentaire – 49,9%, sans le travail – 39,2%. Les personnes âgées souffrent le plus souvent du PTSD, les hommes – 39,5%, les femmes – 25,4%. Ce phénomène se lie avec la situation économique mauvaise des hommes. Le PTSD avec tous les symptômes persistant après 60-63 mois après l'inondation est diagnostiqué chez 15,5% des personnes examinées (n=97).

**Conclusions:** Ces données concernant la fréquence d'apparition et le profil de PTSD (personnes non éduquées, pauvres, vieilles) sont les mêmes que dans les données mondiales. La fréquence plus élevée dans le groupe des hommes (39,5% vs 25,4%) est déterminée par la situation économique mauvaise des hommes et par leur niveau d'éducation élémentaire. Aucune des personnes ne confirme la courte durée (d'un mois) des symptômes – cela atteste le manque d'une réaction forte juste après l'inondation et se lie peut-être avec les destructions de longue durée après l'inondation et avec l'exposition prolongée aux facteurs du stress.

#### **Piśmiennictwo**

1. Bromet E, Dew MA. *Review of psychiatric epidemiologic research on disasters*. *Epidem. Rev.* 1995; 17: 113–119.

2. Xiangdong W, Lan G, Naotaka S, Huabiao Z, Chengzi Z, Yucun S. *Longitudinal study of earthquake-related PTSD in randomly selected community sample in North China*. Am. J. Psychiatry 2000; 157: 1260–1266.
3. Green BL, Lindy JD, Grace MC, Gleser GC, Leonard AC, Korol M, Winget C. *Buffalo Creek survivors in the second decade: stability of stress symptoms*. Am. J. Orthopsychiatry 1990; 60: 43–54.
4. Zohar J, Amital D, Cropp H, Cohen-Rappaport G, Zinger Y, Sasson Y. *Update on the epidemiology, diagnosis and treatment of PTSD*. Dialog. Clin. Neurosc. 2000; 2: 37–42.
5. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. *Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey*. Arch Gen Psychiatry 1995; 52: 1048–1060.
6. Shalev AY, Tuval-Mashiach R, Hadar H. *Posttraumatic stress disorder as a result of mass trauma*. J. Clin. Psychiatry 2004; 65, suppl. 1: 4–10.
7. Verger P, Rotily M, Baruffol E, Boulanger N, Vial N, Sydor G, Pirard P, Bard D. *Évaluation des conséquences psychologiques des catastrophes environnementales: une étude de faisabilité à partir des inondations de 1992 dans le Vaucluse (France)*. Cahiers Santé 1999; 9: 313–318.
8. Breslau N, Davis G, Andreski P, Peterson E. *Traumatic events and PTSD in an urban population of young adults*. Arch. Gen. Psychiatry 1991; 3: 216–222.
9. van der Kolk B. *Posttraumatic stress disorder and the nature of trauma*. Dialog. Clin. Neurosc. 2000; 2: 7–22.
10. Shalev AY, Tuval-Mashiach R, Hadar H. *Posttraumatic stress disorder as a result of mass trauma*. J. Clin. Psychiatry 2004; 65, suppl. 1: 4–10.
11. *Powódzie*, 2002 [www.powodz.info.pl](http://www.powodz.info.pl).
12. Olearczyk D, Tokarczyk T. *Powódź 1997 r. w Kotlinie Kłodzkiej a powódzie historyczne 2002*; [www.powodz.info.pl](http://www.powodz.info.pl).
13. Kantorska-Janiec M. *Ocena parametrów psychometrycznych polskiej wersji Złożonego Międzynarodowego Kwestionariusza Diagnostycznego CIDI w rozpoznawaniu zaburzeń afektywnych*. Rozprawa doktorska. Wydział Lekarski Kształcenia Podyplomowego Akademii Medycznej we Wrocławiu, marzec 2004.
14. Kiejna A, Grzesiak M, Kantorska-Janiec M. *Złożony Międzynarodowy Kwestionariusz Diagnostyczny (CIDI) – możliwości wykorzystania w badaniach ekonomicznych w psychiatrii*. Psychiatr. Pol. 1998; 4: 463–480.
15. Grzesiak M, Kiejna A. *Kwestionariusze diagnostyczne i ich zastosowanie w badaniach epidemiologicznych w psychiatrii*. Psychiatr. Pol. 1998; 4: 519–533.
16. Andrews G, Peters L. *The psychometric properties of the Composite International Diagnostic Interview*. Soc Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 1998; 3: 80–88.
17. Breslau N, Kessler RC, Chilcoat HD, Schultz LR, Davis GC, Andreski P. *Trauma and posttraumatic stress disorder in the community. The 1996 Detroit area survey of trauma*. Arch. Gen. Psychiatry 1998; 55: 626–632.
18. Fairbank JA, Ebert L, Costello EJ. *Epidemiology of traumatic events and post-traumatic stress disorder*. W: Nutt D, Davidson JRT, Zohar J, red. *Post-traumatic stress disorder: diagnosis, management and treatment*. London: Martin Dunitz; 2000, s. 17–27.

Otrzymano: 14.06.2004  
Zrecenzowano: 29.07.2004  
Przyjęto do druku: 16.08.2004

Adres: Agnieszka Stępień  
Katedra i Klinika Psychiatrii AM we Wrocławiu