

Zespół stresu pourazowego u ofiar zamachów terrorystycznych – studium porównawcze wpływu wydarzeń traumatycznych na życie pacjentów

PTSD in victims of terroristic attacks – a comparison with the impact of other traumatic events on patients' lives

Letizia Bossini, Ilaria Casolaro, Despoina Koukouna, Claudia Caterini,
Miriam Olivola, Andrea Fagiolini

Department of Molecular Medicine and Development, Psychiatry Section,
School of Medicine, University of Siena, Siena, Italy

Summary

Objectives. To identify possible differences, in terms of duration and severity of Post-Traumatic Stress Disorder, between victims of terrorist attacks and subjects who underwent other types of traumatic events.

Methods. A sample of subjects suffering from PTSD was selected. After a clinical interview aimed at the collection of anamnestic data, CAPS to confirm the diagnosis of PTSD and DTS to assess frequency and severity of post-traumatic symptoms were administered. One-way ANOVA was used in order to compare the differences in the parameters analysed through the DTS scales and its clusters between the victims of terrorist attacks and patients undergone other traumatic events.

Results. The duration of PTSD was 258 +/- 144.9 months for people who underwent a terrorist attack and 41.6 +/- 11.8 months for victims of other traumatic events. As regards the severity of the disorder, the total score of the DTS scale was 65.6 +/- 26.9 in victims of terrorist attacks and 78.2 +/- 28.2 in people who undergone other traumatic events. However, the difference was not statistically significant; Avoidance and Hypervigilance clusters showed an important statistical significance.

Conclusions. No significant differences are present in terms of severity, showing that PTSD is a disabling disorder regardless the type of event that triggers it; however, a significant difference in terms of duration of the disorder leads to reflect on the importance of an early

diagnostic process aimed toward the victims of terrorism, in order to avoid the risk of chronicity and progression to other psychiatric disorders such as depression.

Słowa kluczowe: PTSD, zamach terrorystyczny, wydarzenie traumatyczne

Key words: PTSD, terrorist attack, traumatic event

Wstęp

Zespół stresu pourazowego (zaburzenie stresowe pourazowe; Posttraumatic Stress Disorder – PTSD) jest zaburzeniem lękowym, często o charakterze chronicznym i wysoce zakłócającym funkcjonowanie pacjenta. Może wystąpić u osób, które doświadczyły bezpośrednio bodźca traumatyzującego, były naocznymi świadkami traumatyzujących zdarzeń lub zetknęły się z sytuacjami śmierci, zagrożenia życia, poważnego urazu albo groźby utraty fizycznej integralności własnej lub innych osób. Zaburzenie to charakteryzuje się ponadto czterema wiązkami objawów: utrzymującym się odtwarzaniem wydarzenia traumatycznego, uporczywym unikaniem bodźców związanych z urazem (unikanie myśli, rozmów, osób i miejsc przypominających o urazie), objawami odrętwienia (niepamięć pewnych aspektów traumy, znaczące zmniejszenie zainteresowania, zniekształcone postrzeganie przyszłości, poczucie obcości i odseparowania od innych, błądność afektywna) oraz wzrostem poziomu pobudzenia. Tabela 1 przedstawia kryteria diagnostyczne PTSD według DSM-5¹.

Tabela 1. Kryteria diagnostyczne PTSD wg DSM-5

<p>Obecność przynajmniej jednego objawu intruzji związanego z wydarzeniem traumatycznym, które pojawiło się po wydarzeniu traumatycznym:</p> <ul style="list-style-type: none"> Powracające niechciane, intruzywne i stresujące wspomnienia traumatycznego zdarzenia. Powracające, dręczące sny, których treść i/lub nacechowanie emocjonalne są związane z traumatycznym/i zdarzeniem/ami. Reakcje dysocjacyjne (np. przeblyski wspomnień), w czasie których osoba czuje się lub zachowuje, jakby traumatyczne zdarzenie/a znów miało/y miejsce (reakcje te można rozpatrywać na kontinuum z najbardziej ekstremalnym nasileniem polegającym na utracie orientacji w otaczającej rzeczywistości). Silny lub przedłużający się stres psychologiczny w przypadku ekspozycji na wewnętrzne lub zewnętrzne sygnały symbolizujące bądź przypominające jakiś aspekt traumatycznego zdarzenia. Silne reakcje fizjologiczne na wewnętrzne lub zewnętrzne bodźce symbolizujące lub przypominające jakiś aspekt traumatycznego zdarzenia.
<p>Uporczywe unikanie bodźców związanych z traumą, które pojawiło się po wydarzeniu traumatycznym, przejawiające się jednym lub obydwoma poniższymi objawami:</p> <ul style="list-style-type: none"> Unikanie lub usiłowanie uniknięcia przykrych wspomnień, myśli lub uczuć dotyczących albo ściśle związanych z traumatycznym/i wydarzeniem/ami. Unikanie lub usiłowanie uniknięcia zewnętrznych bodźców przypominających wydarzenie (ludzi, miejsc, rozmów, czynności, przedmiotów, sytuacji), które wzbudzają przykre wspomnienia, myśli lub uczucia o traumatycznym/ch wydarzeniu/ach lub są ściśle z nim/i związane.

¹ Patrz np. Gałecki P, Świącicki Ł. red. *Kryteria diagnostyczne z DSM-5*. Warszawa: Elsevier Urban & Partner; 2015. (przyp. red.)

<p>Negatywne zmiany w sferze poznawczej i emocjonalnej, które pojawiły się lub nasiliły, pogorszyły po wydarzeniu/ach traumatycznym/ch, przejawiające się co najmniej dwoma z poniższych objawów:</p> <p>Nieemożność przypomnienia sobie ważnych aspektów traumatycznego/ych wydarzenia/ń (zazwyczaj wiążące się z amnezją dysocjacyjną, a nie z urazem głowy, spożyciem alkoholu lub użyciem narkotyków).</p> <p>Utrwalone i przesadne negatywne przekonania dotyczące siebie, innych ludzi lub świata (np. „jestem złym człowiekiem”, „nikomu nie można ufać”, „świat jest absolutnie niebezpieczny” czy „mój układ nerwowy jest kompletnie zrujnowany”).</p> <p>Utrwalony i zniekształcony sposób myślenia o przyczynach lub konsekwencjach traumatycznego/ych wydarzenia/ń, który prowadzi do obwiniania siebie lub innych osób.</p> <p>Utrwalony, negatywny stan emocjonalny (np. strach, przerażenie, złość, poczucie winy lub wstydu).</p> <p>Wyraźne ograniczone zainteresowanie lub udział w ważnych aktywnościach.</p> <p>Poczucie oddalenia od innych ludzi lub wyobcowania.</p> <p>Uporczywa niezdolność do przeżywania pozytywnych uczuć (np. niezdolność do odczuwania szczęścia, zadowolenia lub miłości).</p>
<p>Wyraźne zmiany we wzбудzeniu i reaktywności związane z wydarzeniem/ami traumatycznym/i, które zaczęły się lub nasiliły po tym wydarzeniu, w postaci co najmniej dwóch z poniżej wymienionych:</p> <p>Drażliwość lub wybuchy złości.</p> <p>Zachowania ryzykanckie lub autodestrukcyjne.</p> <p>WzmóŜona czujność.</p> <p>Nadmiernie silna reakcja na niespodziewane bodźce.</p> <p>Trudności z koncentracją.</p> <p>Trudności z zasypianiem lub snem.</p>
<p>Czas trwania zakłócenia (kryteriów B, C, D i E) wynosi więcej niż miesiąc.</p>
<p>Zakłócenie powoduje znaczące klinicznie cierpienie lub upośledzenie funkcjonowania w sferze społecznej, zawodowej i innych ważnych obszarach.</p>
<p>Zakłócenie nie jest wywołane fizjologicznym działaniem substancji (np. naduŜyciem leków, alkoholu) ani innym stanem ogólnomedycznym.</p>

Rozpowszechnienie zaburzenia waha się od 1% do 9% w populacji ogólnej, a w grupach pacjentów naraŜonych na urazy szczególnego rodzaju [1], takie jak wojna, deportacje, tortury, napady i gwałty, moŜe osiągnąć od 50% do aŜ 70%. W ciągu Źycia częstość występowania PTSD wynosi 3,6% wśród męŜczyzn oraz 9,6% wśród kobiet [2–5]. W świetle danych z literatury naukowej kobiety bardziej niŜ męŜczyźni są naraŜone na rozwinięcie zespołu stresu pourazowego w konsekwencji urazu [6].

Większość publikacji dotyczących leczenia PTSD wskazuje na większą efektywność terapii psychologicznych niŜ farmakologicznych. Co więcej, terapie psychologiczne cechuje niŜszy odsetek osób rezygnujących z leczenia [7]. Obecnie jedynie paroksetyna i sertralina uzyskały zezwolenie Agencji ds. Źywności i Leków (Food and Drug Administration – FDA) dotyczące leczenia zespołu stresu pourazowego. JeŜli pacjenci zgłaszają ponadto zaburzenia snu, zaleca się zastosowanie na wieczór niskich dawek trazodonu (50–150 mg) [8, 9]. Stosowanie benzodiazepin nie przynosi poŜądanych rezultatów w przypadku pacjentów z diagnozą PTSD, a w niektórych przypadkach

może wywoływać stany lękowe [10–13]. Leki normotymiczne – lit, karbamazepina oraz kwas walproinowy – były poddane testom w otwartych badaniach nad leczeniem PTSD. Wyniki badań wskazują, że leki te obniżają drażliwość i poprawiają kontrolę impulsów u pacjentów [14–24].

W ciągu ostatnich lat można zauważyć wzrost liczby publikacji dotyczących PTSD. Atak terrorystyczny na World Trade Center z 11 września 2001 roku wzmógł dodatkowo zainteresowanie tym zagadnieniem. Uwaga badaczy została skierowana na przeżycia ofiar zamachów terrorystycznych oraz na początek zespołu stresu pourazowego – choć wykazano, że terroryzm może mieć związek z większym ryzykiem psychopatologii niż udział w innego rodzaju katastrofach [25, 26] i że może szeroko oddziaływać na zdrowie psychiczne populacji [27–29]. Dyscyplina ta pozostaje wciąż niewystarczająco zbadana, a dane empiryczne są niewystarczające [25].

W 2003 roku na prośbę Włoskiego Stowarzyszenia Ofiar Terroryzmu i Działań Podważających Konstytucyjny Porządek Stanu (Italian Association for the Victims of Terrorism and Subversion Against Constitutional Order of the State) na naszym wydziale powstało Narodowe Obserwatorium Ofiar Terroryzmu. W trakcie pierwszego kontaktu pacjenci i ich rodziny zostały poinformowane o konieczności opieki. Następnie stworzono program leczenia, na który składały się oddziaływania farmakologiczne i psychoterapeutyczne oraz stworzenie sieci wsparcia w miejscu zamieszkania pacjentów. Taki model leczenia był zgodny z dowiedzioną efektywnością integracyjnej terapii zespołu stresu pourazowego. Przez lata mogliśmy zaobserwować poprawę stanu pacjentów, a nawet całkowity zanik objawów PTSD. Z naszego doświadczenia wynika, że instytucja Narodowego Obserwatorium okazała się kluczowa dla tych ofiar terroryzmu, u których symptomy zaburzenia miały charakter bardzo dotkliwy i długotrwały, ale które nie szukały pomocy w poradzeniu sobie z trudnościami. Te przypadki pokazywały, jak duże znaczenie ma wczesna diagnoza, która pozwala ograniczyć ryzyko przejścia PTSD w stan chroniczny i zmniejsza prawdopodobieństwo rozwoju innych zaburzeń psychiatrycznych, na przykład depresji.

Cel

W badaniu obraliśmy za cel identyfikację możliwych różnic w zakresie czasu trwania oraz nasilenia objawów zespołu stresu pourazowego u ofiar zamachów terrorystycznych oraz osób, które doświadczyły innych wydarzeń traumatycznych.

Material i metoda

Grupa badana liczyła 84 osoby cierpiące na PTSD, które były związane z naszą kliniką w latach 2003–2014. Wśród pacjentów 42 osoby były ofiarami ataków terrorystycznych (walka na wojnie, eksplozje, porwania, tortury), pozostałe 42 osoby doświadczyły innego rodzaju sytuacji traumatycznych, takich jak: wypadki samochodowe, wypadki podczas polowań, śmierć bliskich osób, napaści, poronienia itp.). Po zebraniu wywiadu klinicznego, którego celem były ogólna analiza stanu zdrowia oraz zebranie danych anamnestycznych, zastosowano testy psychometryczne: CAPS

(Clinician-Administered PTSD Scale) [30], aby potwierdzić diagnozę PTSD, oraz skalę DTS (skala urazu Davidsona; Davidson Trauma Scale) [31] do oceny częstotliwości i nasilenia objawów posttraumatycznych. Współwystępowanie innych zaburzeń psychicznych zostało wykluczone dzięki użyciu wywiadu ustrukturyzowanego M.I.N.I. (Mini International Neuropsychiatric Interview) [32].

Zebrane w ten sposób dane zostały wprowadzone do elektronicznej bazy danych i przetworzone z zastosowaniem oprogramowania GraphPad Prism 5. W celu porównania różnic w parametrach badanych przez DTS u ofiar zamachów terrorystycznych oraz osób, które przeżyły inne sytuacje traumatyczne, użyto jednoczynnikowej analizy wariancji ANOVA.

Program badania został zatwierdzony przez Komisję Etyczną. Uczestnicy badania cierpiący na zespół stresu pourazowego zostali zrekrutowani spośród osób związanych z Wydziałem Psychiatrii Uniwersytetu w Sienie oraz Narodowym Obserwatorium Ofiar Terroryzmu. Każdy z nich wyraził zgodę na udział w badaniu oraz udzielił informacji socjodemograficznych (wiek, płeć, rodzaj wykonywanej pracy) oraz klinicznych dotyczących aktualnie trwającego leczenia, przeszłych i obecnych zaburzeń o podłożu organicznym i przyjmowanych leków. Po zebraniu wszystkich tych informacji przeprowadzono badanie dwoma testami: pierwszym typu papier-ołówek i drugim, w którym badacz zadawał pytania bezpośrednio osobie badanej.

Do badania wykorzystane zostały następujące narzędzia:

- M.I.N.I. – krótki, ustrukturalizowany wywiad znajdujący zastosowanie w diagnostyce zaburzeń psychicznych osi I DSM-IV oraz ICD-10. Jest to narzędzie o strukturze blokowej, w którym każdy blok odpowiada określonemu polu diagnostycznemu (jednostce chorobowej). Do każdego pola przyporządkowane są jedno lub dwa pytania wstępne. Jeśli badany odpowie przecząco na te pytania, oznacza to, że dane zaburzenie nie występuje i można przejść do kolejnego bloku. Pozytywna odpowiedź na przynajmniej jedno z dwóch pytań wstępnych wskazuje na możliwość występowania danego zaburzenia i konieczność dopytania osoby badanej o występowanie pozostałych kryteriów diagnostycznych. W każdym z bloków mogą znaleźć się inne pytania, które na podstawie udzielonej na nie odpowiedzi pozwalają wykluczyć daną diagnozę i przejść do kolejnego bloku. Z uwagi na możliwość współwystępowania różnych zaburzeń, nawet wtedy, gdy kryteria diagnostyczne są spełnione, konieczne jest zbadanie pozostałych pól diagnostycznych, jeśli nie są obecne kryteria wykluczające, jak na przykład zaburzenie lękowe uogólnione w przypadku wszystkich innych zaburzeń lękowych.
- CAPS – półustrukturalizowany wywiad kliniczny, niedawno dostosowany do kryteriów diagnostycznych DSM-IV, który pozwala ocenić częstotliwość i nasilenie każdego z objawów PTSD oraz umożliwia ich obiektywizację w celu sformułowania diagnozy. Występuje w dwóch formach: pierwsza ocenia objawy utrzymujące się w ciągu ostatniego tygodnia (One Week Symptom Status Version – SX CAPS), druga identyfikuje objawy, które oprócz tego, że występują obecnie, miały również miejsce w przeszłości (Current and Lifetime Diagnostic Version – DX CAPS). Podręcznik przygotowujący do stosowania tego narzędzia dostarcza standardowych pytań do każdej pozycji skali i podaje ich charakterysty-

kę behawioralną. Skalę tę cechuje zadowalająca zgodność wewnętrzną, trafność oraz rzetelność.

- DTS – narzędzie stosowane u pacjentów, którzy doświadczyli jednego lub więcej wydarzeń traumatycznych. Mierzy przede wszystkim częstotliwość oraz nasilenie symptomów oraz analizuje efekty leczenia poprzez pomiar zmian objawów w czasie, odpowiedź na leczenie i różnicę pomiędzy sposobami leczenia PTSD. Jest ono zaadaptowane do kryteriów DSM-IV. Składa się z 17 pozycji, a przedział wyników, jakie można uzyskać, waha się od 0 do 136 punktów. Pozycje dotyczące wywoływania wspomnień (evocation) oraz unikania (avoidance) odnoszą się do traumatycznego wydarzenia, a pozostałe, związane z odrętwieniem (numbing), społecznym wycofaniem (social withdrawal) i nadmierną czujnością (hypervigilance), są oceniane jako niezależne od wydarzenia.

Wyniki

Każda z 84 badanych osób została zrekrutowana spośród pacjentów naszej kliniki w latach 2003–2014. Po wykonaniu testu CAPS diagnoza PTSD została potwierdzona u wszystkich biorących udział w badaniu (średnie nasilenie w przedziale 65,6 +/- 27,6 punktu). Grupa badana składała się z 38 kobiet (11 ofiar terroryzmu, 27 po innych doświadczeniach traumatycznych) oraz 46 mężczyzn (31 ofiar terroryzmu i 15 po innych doświadczeniach traumatycznych). Średnia wieku w badanej grupie wynosiła 45,5 +/- 10,0 lat (przedział wiekowy od 15 do 74 lat). Średnia wieku badanych kobiet to 42,5 +/- 12,2 roku (przedział wiekowy od 17 do 73 lat), a badanych mężczyzn 48,5 +/- 12,3 roku (przedział wiekowy pomiędzy 15 a 74 lata). Stan cywilny osób badanych wyglądał następująco: 18% ofiar zamachów terrorystycznych żyło samotnie, 13% było osobami niepozostającymi w związku małżeńskim, a 5% z nich było rozwiedzionych; 11% osób, które przeżyły inne wydarzenia traumatyczne, żyło samotnie, 8% z nich było singlami, a 3% było po rozwodzie. Co więcej, w związku małżeńskim pozostawało 31% ofiar zamachów terrorystycznych oraz 40% osób z grupy osób doświadczonych przez inne wydarzenia traumatyczne.

Różnice w wynikach uzyskanych w skali DTS i jej podskalach pomiędzy ofiarami zamachów terrorystycznych a osobami, które doświadczyły sytuacji traumatycznych innego rodzaju, przedstawia tabela 2.

Tabela 2. Różnica w czasie trwania PTSD (w miesiącach), wyniku ogólnym skali DTS oraz w jej podskalach pomiędzy ofiarami ataków terrorystycznych a osobami narażonymi na inne wydarzenia traumatyczne

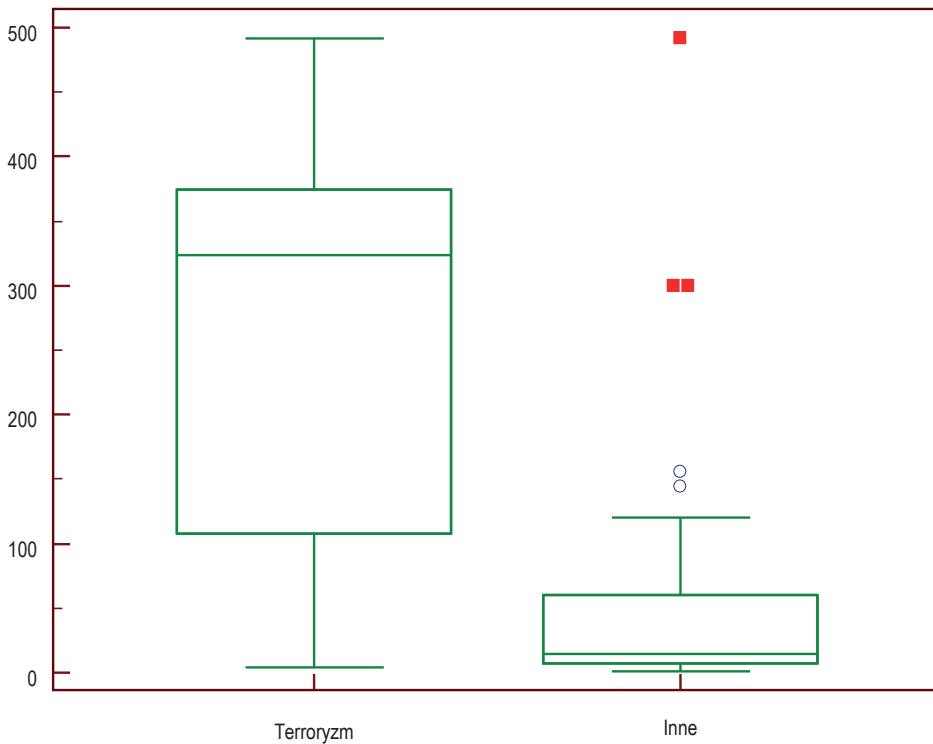
	Miesiące p = 0,001	DTS wynik ogólny p = 0,152	DTS Odtwarzanie p = 0,468	DTS Unikanie p = 0,003	DTS Nadmierna czujność p < 0,001
Ofiary ataków terrorystycznych (31 M; 11 F)	258,2 +/- 144,9	65,6 +/- 26,9	20,4 +/- 9,0	27,1 +/- 13,1	24,8 +/- 8,5

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Ofiary innych wydarzeń traumatycznych (15 M; 27 F)	41,6 +/- 11,8	78,2 +/- 28,2	22,0 +/- 9,5	26,7 +/- 11,4	26,8 +/- 9,3
--	---------------------	---------------------	--------------------	---------------------	--------------------

Różnice w czasie trwania, podskalach „Unikanie” oraz „Nadmierna czujność” są istotne statystycznie ($p > 0,05$) w przeciwieństwie do wyniku ogólnego DTS oraz podskali „Ponowne przeżywanie”. M – mężczyźni, K – kobiety

Czas trwania PTSD wynosił 258,2 +/- 144,9 miesiąca dla osób, które przeżyły atak terrorystyczny, i 41,6 +/- 11,8 miesiąca dla osób, które miały za sobą inne doświadczenie traumatyczne (rys. 1).

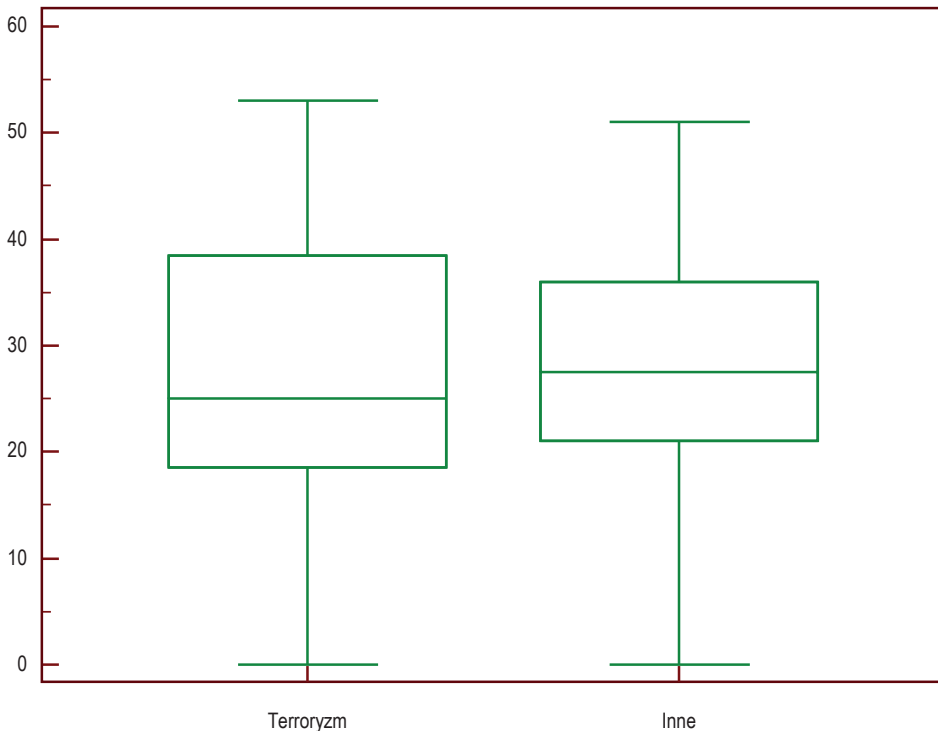


Rysunek 1. Różnice w czasie trwania (w miesiącach) PTSD pomiędzy ofiarami terroryzmu a ofiarami innych wydarzeń traumatycznych

$p = 0,001$

Całkowity wynik w skali DTS odnoszący się do nasilenia PTSD wynosił 65,5 +/- 26,9 punktu u ofiar zamachów terrorystycznych oraz 78,2 +/- 28,2 u osób z drugiej grupy badanych. Różnica ta jednak nie była istotna statystycznie. Skala DTS została podzielona na podskale objawów. W podskali „Ponowne przeżywanie” (reexperiencing) nie zaobserwowano istotnych statystycznie różnic pomiędzy dwiema grupami bada-

nych. Istotne różnice wystąpiły w podskalach „Unikanie” (avoidance) oraz „Nadmierna czujność” (hypervigilance). Wyniki uzyskane w podskali „Unikanie” wynosiły 27,1 +/- 13,1 punktu u ofiar zamachów terrorystycznych i 26,7 +/- 11,4 punktu w przypadku osób, które przeżyły inne sytuacje traumatyczne. Różnica w wynikach między dwiema grupami okazała się istotna statystycznie na poziomie istotności $p = 0,003$ (rys. 2).



Rysunek 2. Różnice w podskali DTS „Unikanie” pomiędzy ofiarami terroryzmu a ofiarami innych wydarzeń traumatycznych
 $p = 0,003$

Wyniki uzyskane dla podskali „Nadmierna czujność” wynosiły 24,8 +/- 8,5 punktu dla ofiar terroryzmu oraz 26,8 +/- 11,4 dla pozostałej grupy badanych. W tym przypadku różnica wyników uzyskanych w dwóch grupach była również istotna statystycznie na poziomie istotności $p < 0,001$ (rys. 3).

Dyskusja

Z przeprowadzonej przez Abenhaima i wsp. [33] ankiety epidemiologicznej na próbie 254 osób ocalałych z zamachów terrorystycznych, które miały miejsce we Francji w latach 1982–1987 (20 ataków bombowych i 1 ostrzał z karabinu maszynowego),

wynikało, że objawy PTSD były obecne u 10,5% osób, które nie doznały żadnych obrażeń, u 8,3% osób nieznacznie rannych i aż u 30,7% osób, które doświadczyły poważnego uszczerbku na zdrowiu. Płeć i wiek nie miały wpływu na występowanie objawów PTSD.

W 1994 roku North i wsp. opublikowali pracę dotyczącą zespołu stresu pourazowego wśród ludności cywilnej narażonej na atak masowego mordercy w Killeen w Teksasie [34, 35]. Masakra określana jako „Luby’s shooting” wydarzyła się 16 października 1991 roku. Sprawca, George Hennard, wjechał furgonetką w witrynę kawiarni „Luby’s”, zastrzelił 23 osoby i ranił 27 innych, a następnie popełnił samobójstwo. Jest to najbardziej krwawa strzelanina w dziejach Stanów Zjednoczonych, do jakiej doszło poza szkołą. Po upływie miesiąca wśród 136 ocalałych u 36% kobiet i 20% mężczyzn można było zaobserwować objawy PTSD. Większość osób, u których rozwinął się zespół stresu pourazowego, nie cierpiała wcześniej na żadne zaburzenia psychiczne. Występowanie zaburzeń psychicznych w przeszłości zwiększało prawdopodobieństwo rozwoju PTSD tylko u kobiet. Połowa kobiet i ¼ mężczyzn biorących udział w badaniu, u których wystąpił zespół stresu pourazowego, spełniało również kryteria diagnostyczne innych zaburzeń psychicznych, a zwłaszcza dużej depresji (major depression). Objawy psychopatologiczne były sporadyczne u osób bez diagnozy PTSD.

Związek między zamachami terrorystycznymi a zespołem stresu pourazowego został wykazany po ataku bombowym na Alfred P. Murrah Federal Building w mieście Oklahoma. W jego wyniku zginęło 168 osób, a ponad 680 zostało rannych. Wybuch zniszczył lub naruszył 324 budynki w promieniu 16 przecznic, zniszczył 86 samochodów i rozbił szyby w 258 sąsiednich budynkach. Szacowana wartość szkód poniesionych wskutek zamachu wynosiła 652 miliony dolarów. W uwagi na swoją skalę atak bombowy w Oklahomie stanowi najbliższą analogię do wydarzeń z 11 września 2001 roku. W jego wyniku 34% dorosłych mieszkańców miasta zgłaszało objawy typowe dla zespołu stresu pourazowego. Osoby, które wcześniej cierpiały na zaburzenia psychiczne, zostały ranne albo ich bliscy ucierpieli na skutek wybuchu lub były płci żeńskiej, znacznie częściej zgłaszały objawy PTSD w porównaniu z osobami, które nie spełniały powyższych kryteriów [36–38].

Po ataku z 11 września 2001 roku zidentyfikowano wiele czynników ryzyka rozwoju PTSD, tj. płeć żeńska, zamieszkiwanie w okolicy World Trade Center, niewielka sieć wsparcia społecznego, występowanie wielu stresorów życiowych, bycie naocznym świadkiem ataku, atak paniki podczas katastrofy, utrata pracy, własności lub bliskiej osoby, uczestniczenie w akcji ratunkowej. Osoby spełniające którykolwiek z tych czynników znajdowały się w grupie podwyższonego ryzyka rozwoju PTSD w porównaniu z osobami nienarażonymi na żaden z powyższych czynników [39, 40].

W 2004 roku został opublikowany artykuł analizujący psychiczne i somatyczne symptomy u ofiar ataku terrorystycznego na tokijskie metro w 5 lat po zamachu. Było to najtragiczniejsze wydarzenie w historii Japonii od zakończenia II wojny światowej. Celem ataku były pociągi przejeżdżające przez tokijskie dzielnice Kasumigaseki i Nagatachō będące siedzibą japońskiego rządu. Zamach, dokonany przez japońską sektę religijną Aum Shinrikyo, miał miejsce 20 marca 1995 roku. W jego wyniku śmierć poniosło 12 osób, 50 zostało poważnie rannych, a niemal 1000 doznało przemijającego

uszkodzenia wzroku. Badanie opisane w artykule z 2004 roku, w którym zastosowano skalę CAPS, wykazało, że u 11 ofiar zamachu występowały objawy PTSD o charakterze ostrym lub przewlekłym. Osoby badane, u których został zdiagnozowany zespół stresu pourazowego, cierpiały ponadto z powodu podwyższonego poziomu przeżywanego lęku oraz rozleglejszych uszkodzeń pamięci wzrokowej [41].

W badaniu z 2011 roku przeprowadzonym przez Cheapmana i wsp. badano obecność zgłaszanych przez pacjentów dolegliwości, które były traktowane jako element diagnostyczny dla PTSD według DSM-IV [42]. Grupę badaną stanowiło 1001 Żydów narażonych pośrednio lub bezpośrednio na ataki rakietowe. W wyniku badania stwierdzono, że 29% badanych zgłaszało występowanie dolegliwości, ale tylko 19% z nich dało się zakwalifikować jako możliwe kryteria diagnostyczne PTSD.

Inne badanie z 2010 roku dotyczyło analizy występowania zespołu stresu pourazowego u 3271 cywilów ewakuowanych z wież World Trade Center (WTC) po ataku z 11 września. Wśród ocalałych aż 95,6% zgłaszało występowanie co najmniej jednego objawu zespołu stresu pourazowego. DiGrande i wsp. oszacowali możliwą częstość występowania PTSD wśród osób ocalałych z ataku na WTC na 15%. Kobiety oraz osoby należące do mniejszości narodowych należały do grupy podwyższonego ryzyka. Zaobserwowano również odwrotnie proporcjonalną zależność pomiędzy wysokością rocznego dochodu a prawdopodobieństwem zachorowania na PTSD. Autorzy badania wskazali także pięć cech bezpośredniego narażenia na atak terrorystyczny, które niezależnie stanowiły predyktory rozwoju PTSD. Należały do nich: znajdowanie się na wyższych piętrach WTC w czasie ataku, opóźnione rozpoczęcie ewakuacji, uwięzienie w chmurze dymu, który powstał w wyniku zapadnięcia się wież, bezpośrednie doświadczenie traumy i doznanie obrażeń [43].

Ahern i wsp. w swoich badaniach podjęli zagadnienie możliwego związku pomiędzy oglądaniem telewizji i rozwojem PTSD. Zbadano 2001 losowo wybranych osób, które odpowiadały na pytania podczas telefonicznej ankiety przeprowadzonej 4 miesiące po ataku z 11 września. Analiza zebranych informacji wykazała, że osoby, które oglądały więcej telewizyjnych doniesień w ciągu 7 dni od zamachu, były bardziej narażone na zespół stresu pourazowego [44]. Hipoteza ta została również potwierdzona w badaniu Kinziego i wsp. [45] dowodzącym, że wiele osób biorących wcześniej udział w walkach w Wietnamie, Kambodży, Laosie, Somalii i Bośni cierpiało z powodu dotkliwych objawów, takich jak koszmary senne, powracające wspomnienia traumatycznego wydarzenia (flashbacks) i symptomy depresyjne po oglądaniu telewizyjnych relacji z ataku na World Trade Center. Zachęcanie pacjentów do unikania wiadomości telewizyjnych przynosiło pozytywny efekt terapeutyczny.

W 2007 roku Gabriel i wsp. opublikowali badanie, w którym analizowali rozpowszechnienie depresji oraz zaburzeń lękowych u ocalałych z zamachów terrorystycznych w Madrycie z 11 marca 2004 roku [46].

Dane empiryczne pozwalające na porównanie ofiar zamachów terrorystycznych i osób, które ucierpiały w innych wydarzeniach traumatycznych, są nadal niewystarczające. Shalev i Freedman [47] dokonali oceny stanu 39 osób ocalałych z zamachów terrorystycznych oraz 354 osób, które przeżyły wypadki samochodowe, w czasie przyjęcia na oddział ratunkowy, w tydzień po oraz w 4 miesiące po wydarzeniu trauma-

tycznym. Wyniki badania pokazały, że u osób ocalałych z zamachów terrorystycznych zespół stresu pourazowego występował częściej w porównaniu z osobami uratowanymi z wypadków samochodowych (37,8% a 18,7%). Co więcej, rodzaj wydarzenia traumatycznego nie zwiększał prawdopodobieństwa wystąpienia PTSD bardziej, niż wskazywał na to przyspieszony rytm serca czy zaburzenia dysocjacyjne występujące tuż po zdarzeniu. Także większa częstość ataków terrorystycznych nie oddziaływała na przebieg zespołu stresu pourazowego w jego wczesnym stadium.

W badaniu przeprowadzonym przez nasz zespół kliniczny grupa badana została wybrana spośród osób cierpiących na PTSD, związanych z Wydziałem Psychiatrii w Sienie i Narodowym Obserwatorium Ofiar Terroryzmu. Rozkład próby nie był zgodny z charakterystyką znaną z literatury przedmiotu, która wskazuje na przewagę występowania PTSD u kobiet – ofiar terroryzmu. Jednak w odniesieniu do danych naukowych dotyczących poszkodowanych w innych zdarzeniach traumatycznych rozkład ten był adekwatny. Ponadto kobiety, które zetknęły się z aktami terroryzmu, częściej doświadczały go pośrednio, gdyż atak dotykał ich krewnych.

Wyniki naszego badania ukazują znaczącą różnicę w czasie trwania zespołu stresu pourazowego pomiędzy ofiarami zamachów terrorystycznych i ofiarami innych wydarzeń traumatycznych. W zakresie nasilenia PTSD nie zaobserwowaliśmy różnic pomiędzy dwiema grupami badanych. Uzyskane wyniki można tłumaczyć faktem, że w większości przypadków osoby, które doznały urazu, nie traktowały swojej reakcji emocjonalnej w kategoriach patologii, ale uznawały ją za uzasadnione następstwo przeżytej traumy. W związku z tym nie zgłaszały się one po specjalistyczną pomoc. Dopiero po latach cierpienia z powodu nękających objawów szukały pomocy u psychiatry, który diagnozował zespół stresu pourazowego z dużym opóźnieniem. Można stwierdzić, że bodźcem, który wywołuje PTSD, jest wydarzenie traumatyczne, na które osoba nie jest przygotowana i nie potrafi sobie z nim poradzić. Rodzaj wydarzenia traumatycznego zdaje się nie mieć tutaj większego znaczenia. Może to tłumaczyć nieistotność statystyczną różnicę w nasileniu objawów PTSD pomiędzy dwiema grupami badanych pacjentów. Stwierdzenie to zaprzeczałoby więc dotychczasowym danym dostępnym w literaturze naukowej [47].

Ofiary terroryzmu uzyskały wyższe wyniki w teście DTS w podskali unikania niż osoby po doświadczeniach traumatycznych innego rodzaju, które z kolei uzyskały wyższe wyniki w zakresie nadmiernej czujności. Podwyższenie wyników w tej podskali ma związek ze znacząco dłuższym czasem trwania zaburzenia u osób z drugiej grupy badanych. W klinicznym obrazie PTSD często zdarza się, że początkowe objawy nadpobudliwości zostają z czasem zdominowane przez emocjonalne odurwienie i poczucie odcięcia aż do swoistego rodzaju „emocjonalnego wyczerpania”.

W naszym badaniu wzięliśmy pod uwagę także ilość rozwodów wśród osób z diagnozą PTSD, aby określić jak najdokładniej możliwe różnice pomiędzy dwiema grupami pacjentów. Choć 31% ofiar zamachów terrorystycznych pozostawało w związku małżeńskim (w porównaniu z 40% osób narażonych na inne wydarzenia traumatyczne), to w ich małżeństwach częste kłótnie oraz wzajemne niezrozumienie podważały rodzinną harmonię. Te negatywne sytuacje wiązały się z częstymi napadami złości oraz poczuciem emocjonalnego odcięcia od członków rodziny przeżywanym

przez osoby narażone na atak terrorystyczny. Z kolei osoby, które doświadczyły innego rodzaju wydarzeń traumatycznych, nie zgłaszały niemal żadnych negatywnych zmian w zakresie relacji rodzinnych, a często wskazywały na umocnienie więzi oraz wsparcie ze strony rodziny w trudnych momentach.

Wnioski

Zespół stresu pourazowego może wystąpić u osób, które doświadczyły traumatycznego wydarzenia. Niektóre dane z literatury przedmiotu wskazują na występowanie istotnej różnicy w zakresie nasilenia objawów PTSD pomiędzy ofiarami zamachów terrorystycznych a osobami narażonymi na pozostałe wydarzenia traumatyczne, ale w świetle naszych badań stwierdzenie to nie znajduje potwierdzenia. Większość badań skupiała się na pojedynczym typie wydarzenia traumatycznego i nie porównywała jego efektów u różnych osób. Badanie przeprowadzone przez nasz zespół dowodzi nieobecności istotnych różnic w zakresie nasilenia objawów PTSD u osób narażonych na różne rodzaje sytuacji traumatycznych. Na tej podstawie można stwierdzić, że zespół stresu pourazowego jest zaburzeniem zakłócającym funkcjonowanie bez względu na rodzaj bodźca, który je wywołał. Występuje jednak istotna różnica w czasie trwania zaburzenia pomiędzy dwiema grupami badanych, co prowadzi do refleksji nad ważnością jak najwcześniejszej diagnostyki ofiar zamachów terrorystycznych w celu uniknięcia ryzyka przejścia zaburzenia w stan chroniczny i rozwoju innych zaburzeń psychicznych, na przykład depresji. Narodowe Obserwatorium Ofiar Terroryzmu zostało założone, aby przeciwdziałać tym negatywnym konsekwencjom, między innymi poprzez badania wstępne, które, choć mają ograniczenia w postaci nielicznej i heterogenicznej próby badawczej, przyczyniają się do uwrażliwienia i zwiększenia świadomości skutków PTSD wśród profesjonalistów stykających się na co dzień z tą problematyką.

Piśmiennictwo

1. Lombardelli A, Calossi S, Annese PM, Pieraccini F. *Epidemiologia degli eventi traumatici e del Disturbo post traumatico da stress*. *Nòos Aggiornamenti in psichiatria* 2006; 3: 215–220.
2. National Comorbidity Survey. *Lifetime prevalence of DSM-IV/WMH-CIDI disorders by sex and cohort*. http://www.hcp.med.harvard.edu/ncs/ftpdir/NCS-R_Lifetime_Prevalence_Estimates.pdf [dostęp: 11.10.2016].
3. Dekel S, Ein-Dor T, Gordon KM, Bonanno GA. *Cortisol and PTSD symptom among male and female high exposure 9/11 survivors*. *J. Trauma. Stress*. 2013; 26(25): 612–615.
4. Grimm A, Hulse L, Preiss M, Schmidt S. *Post- and peritraumatic stress in disaster survivors: an explorative study about the influences of individual and event characteristics across different types of disasters*. *Eur. J. Psychotraumatol.* 2012; 3: 10.
5. Auxèmer Y. *Posttraumatic stress disorder (PTSD) as a consequence of the interaction between an individual genetic susceptibility, a traumatogenic event and a social context*. *Encephale* 2012; 38(5): 373–380.

6. Kessler R, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson C. *Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey*. Arch. Gen. Psychiatry 1995; 52: 1048–1060.
7. Siracusano A, Niuolu C. *Trattamento farmacologico del disturbo post-traumatico da stress*. Nòos Aggiornamenti in Psichiatria 2006; 3: 243–276.
8. Menza MA. *Withdrawal syndrome in a depressed patient treated with trazodone*. Am. J. Psychiatry 1986; 143: 1195.
9. Liebowitz NR, Mallakh RS. *Trazodone for treatment of anxiety symptoms in substance abusers*. J. Clin. Psychopharmacol. 1989; 9: 449–451.
10. Friedman MJ, Donnelly CL, Mellman TA. *Pharmacotherapy for PTSD*. Psychiatr. Ann. 2003; 33(1): 57–62.
11. Shalev AY, Rogel-Fuchs Y. *Auditory startle reflex in posttraumatic stress disorder patients treated with clonazepam*. Isr. J. Psychiatry Relat. Sci. 1992; 29: 1–6.
12. Lund BC, Bernardy NC, Vaughan-Sarrazin M, Alexander B, Friedman MJ. *Patient and facility characteristics associated with benzodiazepine prescribing for veterans with PTSD*. Psychiatr. Serv. 2013; 64(2): 149–155.
13. Gelpin E, Bonne O, Peri T, Brandes D, Shalev AY. *Treatment of recent trauma survivors with benzodiazepines: a prospective study*. J. Clin. Psychiatry 1996; 57: 390–394.
14. Hanner MB, Faldowski R, Robert S, Ulmer HG, Horner HD, Lorberbaum JP. *A preliminary controlled trial of divalproex in Posttraumatic Stress Disorder*. Ann. Clin. Psychiatry 2009; 21(2): 89–94.
15. Berlin HA. *Antiepileptic drugs for the treatment of post-traumatic stress disorder*. Curr. Psychiatry Rep. 2007; 9(4): 291–300.
16. Adamou M, Puchalska S, Plummer W, Hale AS. *Valproate in the treatment of PTSD: systematic review and meta analysis*. Curr. Med. Res. Opin. 2007; 23(6): 1285–1291.
17. Li S, Murakami Y, Wang M, Maeda K, Matsumoto K. *The effects of chronic valproate and diazepam in a mouse model of post traumatic stress disorder*. Pharmacol. Biochem. Behav. 2006; 85(2): 324–331.
18. Shalev AY, Freedman S, Peri T, Brandes D, Sahar T, Orr SP, Pitman RK. *Prospective study of post-traumatic stress disorder and depression following trauma*. Am. J. Psychiatry 1998; 5: 630–637.
19. Kitchner I, Greenstein R. *Low dose lithium carbonate in the treatment of post traumatic stress disorder: brief communication*. Mil. Med. 1985; 7: 378.
20. Lipper S, Davidson J, Grady RA, Edinger JD, Hammett EB, Mahorney SL. i wsp. *Preliminary study of carbamazepine in post-traumatic stress disorder*. Psychosomatics 1986; 27: 849–854.
21. Fesler FA. *Valproate in combat related posttraumatic stress disorder*. J. Clin. Psychol. 1991; 52: 361–364.
22. Berigan T, Holzgang A. *Valproate as an alternative in PTSD*. Mil. Med. 1995; 160: 318.
23. Forster PL, Schoenfeld FB, Marmar CR, Lang AJ. *Lithium for irritability in post-traumatic stress disorder*. J. Trauma. Stress. 1995; 8: 143–149.
24. Lipper N. *The use of anticonvulsants in posttraumatic stress disorder: case study and overview*. J. Trauma. Stress. 1996; 9: 857–863.
25. Laughame J, Janca A, Widiger T. *Posttraumatic stress disorder and terrorism: 5 years after 9/11*. Curr. Opin. Psychiatry 2007; 20(1): 36–41.
26. Lovejoy DW, Diefenbach GJ, Licht DJ, Tolin DF. *Tracking levels of psychiatric distress associated with the terrorist events of September 11, 2001: a review of the literature*. J. Insur. Med. 2003; 35: 114–124.

27. Galea S, Resnick H. *Posttraumatic stress disorder in general population after mass terrorist incidents: considerations about the nature of exposure*. CNS Spectr. 2005; 10(2): 107–115.
28. Norris FH, Friedman MJ, Watson PJ, Byrne CM, Diaz E, Kaniasty K. *60,000 disaster victims speak: Part I. An empirical review of the empirical literature, 1981–2001*. Psychiatry 2002; 65: 207–239.
29. Neria Y, Nandi A, Galea S. *Post-traumatic stress disorder following disasters: A systematic review*. Psychol. Med. 2008; 38: 467–480.
30. Blake DD, Weathers FW, Nagy LN, Kaloupek DG, Klauminzer G, Charney DS. i wsp. *A clinician rating scale for assessing current and lifetime PTSD: the CAPS-1*. Behav. Therapist 1990; 18: 187–188.
31. Davidson JRT, van der Kolk Brady K, Rothbaum B, Sikes C, Farfel G. *Double-blind comparison of sertraline and placebo in patients with post-traumatic stress disorder*. 10th Annual Meeting of the European College of Neuropharmacology, Vienna, Austria, Sept. 15, 1997.
32. Sheehan DV, Lecrubier Y, Janava J, et al. *Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) release 4.4*. Tampa, Florida–Paris: University South Florida Institute of Research in Psychiatry and Paris: Inserm U302, Hopital de la Salpêtrière, 1994
33. Abenham L, Dab W, Salmi R. *Study of civilian victims of terrorist attacks: France 1982-1987*. J. Clin. Epidemiol. 1992; 45(2): 103–109.
34. North CS, Smith EM, Spitzangel EL. *Posttraumatic stress disorder in survivors of a mass shooting*. Am. J. Psychiatry 1994; 151(1): 82–88.
35. North CS, Nixon SJ, Shariat S, Mallonee S, McMillen JC, Spitznagel EL. i wsp. *Psychiatric disorders among survivors of the Oklahoma City bombing*. JAMA 1999; 282: 755–762.
36. Pfefferbaum B, North CS, Pfefferbaum RL, Jeon-Slaughter H, Houston JB, Regens JL. *Incident-related television viewing and psychiatric disorders in Oklahoma City bombing survivors*. Int. J. Emerg. Ment. Health 2012; 14(4): 247–255.
37. North CS, Abbacchi A, Cloninger CR. *Personality and posttraumatic stress disorder among directly exposed survivors of the Oklahoma City bombing*. Compr. Psychiatry 2012; 53(1): 1–8.
38. Walilko T, North C, Young LA, Lux WE, Warden DL, Jaffee MS. i wsp. *Head injury as a PTSD predictor among Oklahoma City bombing survivors*. J. Trauma. 2009; 67(6): 1311–1319.
39. Schuster MA, Stein BD, Jaycox LH, Collins RL, Marshall GN, Elliott MN. i wsp. *A national survey of stress reactions after the September 11, 2001, terrorist attacks*. N. Engl. J. Med. 2001; 345: 1507–1512.
40. Brackbill RM, Cone JE, Farfel MR, Stellman SD. *Chronic physical health consequences of being injured during the terrorist attacks on World Trade Center on September 11, 2001*. Am. J. Epidemiol. 2014; 179(9): 1076–1085.
41. Ohtani T, Iwanami A, Kasai K, Yamasue H, Kato T, Sasaki T. i wsp. *Post-traumatic stress disorder symptoms in victims of Tokyo subway attack: a 5-year follow-up study*. Psychiatry Clin. Neurosci. 2004; 58(6): 624–629
42. Chipman KJ, Palmieri PA, Canetti D, Johnson RJ, Hobfoll SE. *Predictors of PTSD-related impairment in victims of terrorism and ongoing conflict in Israel*. Anxiety Stress Coping 2011; 24(3): 255–271.
43. DiGrande L, Neria Y, Brackbill R, Pulliam P, Galea S. *Long-term posttraumatic stress symptoms among 3,271 civilian survivors of the September 11, 2001, terrorist attacks on the World Trade Center*. Am. J. Epidemiology 2011; 173(3): 271–281
44. Ahern J, Galea S, Resnick H, Vlahov D. *Television images and probable posttraumatic stress disorder after September 11: the role of background characteristics, event exposures, and perievent panic*. J. Nerv. Ment. Dis. 2004; 192(3): 217–216.

45. Kinzie D. *Some of the effects of terrorism on refugees*. J Aggression, Maltreatment & Trauma 2005; 9: 3-4. DOI: 10.1300/J146v09n03_12
46. Gabriel R, Ferrando L, Cortón ES, Mingote C, García-Camba E, Liria AF. i wsp. *Psychopathological consequences after a terrorist attack: an epidemiological study among victims, the general population, and police officers*. Eur. Psychiatry 2007; 22(6): 339–346.
47. Shalev AY, Freedman S. *PTSD following terrorist attacks: a prospective evaluation*. Am. J. Psychiatry 2005; 162: 1188–1191.

Adres: Letizia Bossini
Department of Molecular Medicine and Development
Psychiatry Section, University of Siena
Italy, 53100 Siena, Viale Bracci 1

Otrzymano: 26.05.2015
Zrecenzowano: 7.10.2015
Otrzymano po poprawie: 11.11.2015
Przyjęto do druku: 6.06.2016

Przetłumaczyły: D. Metel i K. Cyranka