



Psychologiczne konsekwencje skrajnie traumatycznych przeżyć w świetle badań

„Odkrycie roli urazu psychicznego związanego z przemocą rozpoczęło ważny etap w lepszym rozumieniu źródeł dysfunkcyjnych i patologicznych wzorców zachowań, umożliwiło także opracowywanie metod wczesnej interwencji i terapii.” (Lis Turlejska „Stres traumatyczny” s.9)

Badania nad konsekwencjami traumy obozowej prowadzone są od przełomu lat 60/70 do dziś. W latach 1974- 1990 powstało aż 108 artykułów w naukowych czasopismach psychologicznych. Rozpoczęto badania nad zespołem zmian obserwowanych u osób, które przeżyły nazistowskie obozy koncentracyjne. Początkowo dramatyczne konsekwencje przeżyć obozowych wiązano z zaburzeniami konsekwencji uwięzienia, urazami psychicznymi oraz niedoborem białkowym spowodowanym długotrwałym głodem.

Pierwszy opis zmian neuropsychicznych u ocalałych stworzyli Gilbert - Dreufus i Targowli.

Zaliczyli do nich: okresowe depresje, poczucie niższości, nadmierną samokrytykę, stany wyczerpania aktywności, myśli samobójcze oraz towarzyszącą im dysfориę, drażliwość, chwiejność nastroju oraz/lub chwiejność afektywną, wahania nastroju u badanych. Również unikali ludzi, szukali samotności, brakowało im samoopanowania, byli niezdolni do entuzjazmu oraz mieli zaburzony sen i sny lękowe. Symptomy somatyczne u ocalałych to dolegliwości przewodu pokarmowego, dolegliwości naczyniowe, zaburzenia hormonalne i neurologiczne.

Przełom lat 60/70- Amerykańskie badania nad konsekwencjami traumy

Ocaleni z Holocaustu, którzy przeżyli okupację hitlerowską i po wojnie emigrowali do Stanów, Kanady i Izraela aby uzyskać odszkodowanie przyznane przez RFN musieli przejść badania psychiatryczne. Amerykanie zrobili badania, które wskazywały, że ocaleni wiele lat po wojnie cierpieli na konsekwencje traumy. Była to: depresja, poczucie winy związane z przeżyciem, lęk, koszmarne sny, schorzenia psychosomatyczne.

„Masywna trauma psychiczna” - pierwsza publikacja wydana w 1968 roku na temat obserwacji i badań nad ocalałymi z Holocaustu.

Niderland, amerykański psychiatra prowadząc obserwacje kliniczne ocalałych z Holocaustu opisał syndromy traumy: chroniczny stan napięcia, drażliwość, podwyższona czujność, depresja i lęk, zaburzenia snu, sny o treści lękowej i koszmary senne oraz bóle, zawroty głowy i zmęczenie. W pracy tej stwierdzono, że reakcje na ekstremalne warunki traumatyzacji nie są krótkotrwałe i nie występują tylko u ocalałych z Holocaustu, ale i w innych ekstremalnych doświadczeniach, jak klęska żywiołowa, katastrofa, terroryzmu, konsekwencje wybuchów nuklearnych, u żołnierzy i ludności cywilnej w postaci stresu wojennego oraz przez druzgocące sytuacje społeczne.

„Syndrom ocalałego” pojęcie wprowadzone przez Niderlanda (1968)

„Syndrom ocalałego” jest to połączenie: chronicznej depresji, bezsenności, zmiany poczucia tożsamości, zespołu lękowego z utrzymującym się poczuciem winy o charakterze depresyjnym i prześladowczym. Z tendencją do wycofywania się, samotnego rozmyślania, apatii przerywanej krótkimi wybuchami gniewu, stanami depresji, poczuciem smutku i utraty oraz przytępieniem reakcji uczuciowych.



Efekty przeżyć obozowych według Niderlanda:

1. Poczucie winy ocalałego – siła patogenna, występująca często nieświadomie. Wraz z depresją i lękiem może prowadzić do powstania zespołów klinicznych.
2. Chroniczny lęk – zakłócenie różnicowania teraźniejszości i przeszłości o trudnej do zniesienia treści. Doświadczając lęku z dowolnego powodu, powracają przesycone lękiem sny o tematyce obozowej, stany napięcia i strachu.
3. Zmiany fizjologiczne w stanach chronicznego napięcia i różnych typach tzw. dystonii negatywnej.
4. Zakłócenia funkcji intelektualnych, jako problemów z koncentracją, zakłócenia pamięcią, amnezje, hipermnezje.

Przełom lat 70/80 w świetle badań nad destrukcyjnymi konsekwencjami traumy

W 1973 roku zakończyła się wojna w Wietnamie. Nastąpiła fala samobójstw, bezrobocia, alkoholizmu, narkomanii i przestępczości wśród weteranów. Negatywne skutki występujące wśród weteranów wzmacniała niechęć własnego społeczeństwa wobec amerykańskiej wojny w Wietnamie. Przy czym brak wsparcia, zrozumienia, akceptacji i rekompensaty doświadczonej wojny wzmacniał skutki urazu. Potwierdzono badania Holocaustu, które wskazywały negatywne, destrukcyjne następstwa traumy. W 1980 roku Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne wprowadziło PTSD (Posttraumatic Stress Disorder) do klasyfikacji zaburzeń psychicznych.

Badania niemieckiego psychiatry Paula Matusska (1971/75)

Paul Matussek przeprowadził badania na 245 byłych ofiarach prześladowań hitlerowskich, w tym 186 Żydach. 38,9% (50% przy bardziej zróżnicowanych kategorie diagnostyczne) przejawiało: zaburzenia psychoorganiczne, reakcje nerwicowe, chroniczną reaktywną depresję. Przy czym wyłoniono trzy podstawowe czynniki:

1. Rezygnacja i rozpacz (55% badanych)
2. Apatia i zahamowanie (59,5%)
3. Stany agresywnego poirytowania (41,4%).

44,3% badanych według wskaźników „harmonijności życia rodzinnego” dotyczącego relacji ze współmałżonkami i dziećmi znajdowało się bliżej skali „dysharmonijnego życia rodzinnego. Ocalali i ich dzieci przejawiali poczucie winy ocalałego, emocjonalne odrętwienie i skrajne nieprzystosowanie psychologiczne. Wyniki powtarzały się w badaniach w latach 70 i 80. Wiązało się to ze wzajemnym uwikłaniem emocjonalnym lub nasilonym dystansem pomiędzy rodzicami i dziećmi. Rodzice byli zbyt zaabsorbowani i opiekuńczy wobec swoich dzieci lub sztywni, zbyt zdystansowani, bez zdolności do przeżywania uczuć i serdecznego kontaktu. Psychopatologia przekazywana jest również trzeciemu pokoleniu – wnukom ocalałych. O czym przekonują badania Rebenstein i współautorów, którzy w latach 1989-90 porównali wnuków ocalałych z grupą kontrolną Żydów. Wnukowie uzyskali znacząco wyższe oceny na skali neurotyczności, jako zachowań agresji, strachu, depresji, zahamowania, wycofania.

Niedostatki teoretyczne i metodologiczne istniejących badań.

Solcoff (1981) i Harel (1983) dokonali przeglądu literatury i stwierdzili, że dotyczą:

- doboru grup badanych (potrzebujący pomocy lekarskiej lub starający się o odszkodowanie);
- psychiatrycznej literatury;



- pomijają perspektywę nauk społecznych i behawioralnych;

Lomranz (1995) przeanalizował 108 prac na temat Holocaustu opublikowanych w latach 1974-1990. Ocenił je jako:

- Zakorzenione w orientacji psychoanalitycznej lub psychodynamicznej, koncentrujących się na procesach nieświadomych i ich późniejszym funkcjonowaniu;
- Wymiar badań wyłącznie intrapsychiczny;
- Badacze rzadko posługują się metodologią nauk społecznych;
- Małe próby i tylko studia przypadku;
- Ignorowano procedury doboru próby;
- Badanymi byli jedynie pacjenci;
- Nie określono okoliczności traumy;
- Brak grup kontrolnych;
- Głównym tematem trudności, objawy, psychopatologia

Zmiana perspektywy – krytyka skoncentrowanego na patologii obrazu ocalałych

Rustin (1980) zwrócił uwagę na spostrzeżenie wszystkich ocalałych z Holocaustu jako homogenicznej grupy. Etykieta upośledzonego emocjonalnie i społecznie „ocalałego – ofiary” przynosi dodatkowe obciążenia dla skuteczności terapii dlatego zaleca on szczegółowe badanie danej osoby i jej rodziny.

„Poprzez zwracanie uwagi głównie na nieadaptacyjne wzorce zachowania i trudności funkcjonowania w potraumatycznym świecie, skonstruowano obraz „ocalałego” jako ofiary, osoby w pewnym sensie niepełnowartościowej, chorej, wręcz upośledzonej przez doświadczenie z przeszłości. Taki obraz ocalałych jest niereprezentatywny i niesprawiedliwy. Musi on budzić liczne zastrzeżenia”. (s.71) Barbara Enkelking (1994) przeprowadziła 22 wywiady z ocalałymi z Holocaustu. Po czym uznała istnienie dysfunkcyjnych skutków przeżyć obozowych za sprzeczne z rzeczywistością. Część z przebadanych przez nią osób stwierdziło, że nie czuje się ofiarami, a ich doświadczenie wojenne wzbogaciło ich życie.

Zauważono, że obraz ocalałego, trapionego lękiem, depresją, scenami wydarzeń z przeszłości ukazującymi się na jawie, drażliwością, wybuchami gniewu, poczuciem winy, koszmarami sennymi, chłodem emocjonalnym i podejrzliwością nie odpowiadał obrazowi osoby rodzinnej, z sukcesami zawodowymi, ale były świadectwem heroizmu i odporności psychicznej.

Harel, Kahanai Kahana (1993) zbadali imigrantów sprzed 1939 roku oraz ocalałych z Holocaustu. Wykonali pomiar „powiązań społecznych”, określający interakcje społeczne, dawanie wsparcia innym, mówienia o sobie, angażowanie się społecznie badanych. Po czym stwierdzili, że osoby po przebytej traumie nie różnią się od grupy kontrolnej, a nawet ukazały lepsze funkcjonowanie w zakresie takich zachowań jak: altruizm, przestępczość, orientacja prospołeczna, stabilność małżeńska. Po wojnie pełnili ważne funkcje społeczne, takie jak uczeni, artyści, wojskowi, ministrowie, a nawet premier. „Ocalali rozwinęli znaczące społeczne kontakty (networks) i wykorzystali swoje powiązania społeczne dla angażowania się w interakcje i dla dzielenia się z innymi tym, co jest dla ich ważne oraz ideami, a także dla rozwoju wpierających relacji w stopniu nieco większym niż osoby z grup imigrantów”(s.73)



Ogólnopolskie Pogotowie dla Ofiar Przemocy
w Rodzinie „Niebieska Linia” na zlecenie Państwowej
Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych
801 12-00-02 (płatny pierwszy impuls)



Marcus sądzi natomiast, że „dobre społeczne i zawodowe funkcjonowanie ocalałych może mieć miejsce równoległe z różnymi trudnościami psychologicznymi”. Ci sami ludzie mogą równocześnie cierpieć na bezsenność, depresję, koszmary senne, być kontrolującymi, nadmiernie opiekuńczymi rodzicami, wywołującymi poczucie winy, o natarczywych, przykrych myślach oraz licznymi dolegliwościami psychosomatycznymi, związanymi z przeżytym doświadczeniem wojennym.

Lomranz zauważył pewnego rodzaju tendencję badawczą. W latach 50 i 60 koncentrowano się na ocalałych i okrucieństwach, przez które przeszli. W latach 50 i 60 były to ogólne, psychopatologiczne skutki. Od lat 80 badania poszły na przód, koncentrują się na porównywaniu Holocaustu do PTSD, a PTSD do zmiennych społecznych przy realizowaniu badań empirycznych. To właśnie te badania podkreślają lepszą adaptację ocalałych.

W zależności od tego od tego jaką perspektywę przyjmie socjolog i psychochoanalitycznie wyszkolony terapeuta oraz czy koncentruje się na badaniu samego pacjenta czy bierze pod uwagę kontekst społeczny zależą wyniki, które uzyskają. Aby badacz miał jak najmniejszy wpływ na wyniki z biegiem lat przyjmowano coraz to bardziej restrykcyjne kryteriów diagnostycznych. Dzięki czemu wyniki stały się coraz bardziej ujednolicone, rzetelne i adekwatne do rzeczywistości.

Agnieszka Kosińska

Na podstawie książki Maria Lis- Turlejska „Stres traumatyczny. Koncepcje i badania. Wyd PAN. 1998 rok”