

Dorota Merecz-Kot  
Małgorzata Waszkowska  
Agata Wężyk

## STAN PSYCHICZNY KIEROWCÓW – SPRAWCÓW WYPADKÓW DROGOWYCH

MENTAL HEALTH STATUS OF DRIVERS – MOTOR VEHICLE ACCIDENTS PERPETRATORS

Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera / Nofer Institute of Occupational Medicine, Łódź, Poland  
Zakład Psychologii Zdrowia i Pracy / Department of Health and Work Psychology

### STRESZCZENIE

**Wstęp:** W prezentowanym artykule przedstawiono wyniki badań nad konsekwencjami psychologicznymi uczestnictwa w wypadku drogowym u jego sprawców. Poszukiwano odpowiedzi na następujące pytania badawcze: jakie są bezpośrednie reakcje sprawców na wypadek drogowy, czy u sprawców wypadków drogowych występują objawy zaburzenia po stresie traumatycznym (post-traumatic stress disorder – PTSD) i co różnicuje osoby o wysokim nasileniu symptomów PTSD od osób o niskim nasileniu tego stresu? **Materiał i metody:** W badaniu wykorzystano Kwestionariusz do badania zaburzenia po stresie traumatycznym (K-PTSD) i ankietę pozwalającą uzyskać informacje na temat charakteru wypadku, deklarowanych przyczyn wypadku, bezpośrednich reakcji na wypadek oraz cech demograficznych badanych. Badanie przeprowadzono wśród 209 sprawców wypadków drogowych, w czasie nie krótszym niż miesiąc od wypadku. **Wyniki:** Jedna trzecia badanych zadeklarowała, że tuż po wypadku nie doświadczała żadnych fizjologicznych reakcji na niego. Czterdzieści sześć procent osób doświadczyło takich stanów jak drżenie całego ciała lub kończyn, a około 30% płakało lub miało łzy w oczach na miejscu zdarzenia. Współczucie dla ofiar, poczucie winy, bezradności i strach były najpowszechniejszymi doznaniem ze wszystkich badanych bezpośrednich reakcji na wypadek. W dniu badania psychologicznego u 11,2% sprawców wypadku można było rozpoznać PTSD zgodnie z kryteriami DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth edition – Diagnostyczny i statystyczny podręcznik zaburzeń psychicznych, wydanie 4). Osób o wysokim i niskim natężeniu symptomów PTSD nie różniły wiek, wykształcenie ani subiektywne postrzeganie przyczyn wypadku. Z kolei wśród osób z rozpoznaniem PTSD istotnie częściej występowały kobiety. **Wnioski:** Wyniki badania wskazują na konieczność wprowadzenia monitoringu stanu zdrowia psychicznego u kierowców uczestniczących w poważnych wypadkach drogowych jako części strategii poprawy bezpieczeństwa na drogach. Med. Pr. 2015;66(4):525–538

**Słowa kluczowe:** zdrowie psychiczne, PTSD, wypadki drogowe, sprawcy, bezpieczeństwo ruchu drogowego, kierowcy

### ABSTRACT

**Background:** This study aimed at exploring the phenomenon of motor vehicle accidents (MVA). The following research questions were addressed: what are the immediate reactions to accidents among MVA perpetrators, do MVA perpetrators develop post-traumatic stress symptoms, and what are the differences between high and low symptomatic signs in terms of socio-demographics and accident features? **Material and Methods:** Post-traumatic stress disorder (PTSD) questionnaire by Watson et al. in the Polish adaptation was applied to assess PTSD and its subclinical symptoms. The information on the MVA nature, declared MVA causes, drivers' reactions after MVA, as well as on the age, education and history of driving in the study group was collected. The results of psychological examination obtained from 209 MVA perpetrators were analyzed. The examination took place at least 1 month after the accident. **Results:** In 1/3 of the study group no physiological reactions were observed directly after the accident, while 46% of respondents experienced trembling and shaking and about 30% of subjects were crying or having tears in their eyes. Compassion for the injured and victims, guilt, helplessness and fear were the most common among immediate psychological reactions related to the accident. On the day of psychological examination 11.2% of drivers met diagnostic criteria for PTSD according to the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth edition (DSM-IV). Drivers showing low and high PTSD symptoms did not differ in terms of age, education, and subjective perception of accident cause. Women were significantly over-represented in the group meeting the diagnostic criteria for PTSD. **Conclusions:** The results of the study indicate the need to carry on systematic screening for mental health problems in drivers involved in serious MVA as a part of strategy for improving road safety. Med Pr 2015;66(4):525–538

**Key words:** mental health, PTSD, motor-vehicle accidents, perpetrators, road safety, drivers

Autorka do korespondencji / Corresponding author: Dorota Merecz-Kot, Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera, Zakład Psychologii Zdrowia i Pracy, ul. św. Teresy 8, 91-348 Łódź, e-mail: merecz@imp.lodz.pl  
Nadesłano: 17 lutego 2015, zatwierdzono: 13 lipca 2015

Finansowanie / Funding: w ramach dotacji na działalność statutową, zadanie nr IMP 21.3 pt. „Psychiczne i zawodowe skutki uczestnictwa w wypadku drogowym”, kierownik zadania: dr Dorota Merecz-Kot; oraz w ramach Programu Operacyjnego Innowacyjna Gospodarka, Priorytet I Badania i Rozwój nowoczesnych technologii, Działanie 1.3 Wsparcie projektów B+R na rzecz przedsiębiorców realizowanych przez jednostki naukowe, Poddziałanie 1.3.1. Projekty rozwojowe pt. „Zintegrowany system monitorowania stanu psychofizycznego kierujących pojazdami w celu minimalizacji zagrożeń w ruchu drogowym”, kierownik projektu: prof. Alicja Bortkiewicz.

## WSTĘP

Szacuje się, że wypadki drogowe skutkują większą liczbą ofiar niż obecnie toczące się konflikty wojenne na świecie. W Polsce w 2013 r. na drogach zginęło 3,3 tys. osób, a 43,5 tys. zostało rannych [1]. Chociaż w ciągu ostatnich lat odnotowujemy niewielką poprawę tych statystyk, Polska nadal należy do krajów, w których poziom bezpieczeństwa na drogach jest niski. Koszty wszystkich zdarzeń drogowych w roku 2013 oszacowano na poziomie 49,1 mld złotych, co stanowi około 3% PKB.

Od lat 70. XX w. coraz intensywniej bada się zarówno przyczyny, jak i skutki wypadków drogowych, w tym skutki psychologiczne, których doświadczają osoby uczestniczące w takich zdarzeniach [2,3].

Bezpośrednią konsekwencją każdego wypadku jest tzw. reakcja okołourazowa, którą można opisać jako proces stresu pojawiającego się na skutek uświadomienia sobie tego, co się stało. Reakcja ta ma charakter psychofizjologiczny i stanowi odpowiedź organizmu na zagrożenie. U części osób po tym stosunkowo krótkim okresie następuje naturalny powrót do równowagi psychicznej. W niektórych przypadkach ta naturalna reakcja okołourazowa jednak przedłuża się i intensyfikuje, prowadząc do zaburzeń zdrowia psychicznego – zaburzeń stresu ostrego (acute stress disorder – ASD), zaburzeń po stresie traumatycznym (posttraumatic stress disorder – PTSD), zaburzeń lękowych i zaburzeń nastroju.

Smith [4] wyróżnia 2 kategorie reakcji psychologicznych po wypadku drogowym – wczesną i odroczone. Zdaniem autora wczesna reakcja psychologiczna na uczestnictwo w wypadku drogowym obejmuje 3 grupy objawów [4]:

- grupa 1. – silne napięcie i pobudzenie psychofizjologiczne intensyfikujące się podczas jazdy samochodem, powracające wyobrażenia, wspomnienia wypadku oraz sny i koszmary nocne o tematyce związanej z wypadkiem;
- grupa 2. – związana jest z łagodnym urazem mózgu, jako wiodące Smith [4] wymienia tu poczucie odrętwienia i odrealnienia, dezorientację, trudności z koncentracją uwagi, zaburzenia pamięci, nudności, zawroty głowy, skłonność do irytacji, niską tolerancję na frustrację, nastrój depresyjny i zaburzenia snu;
- grupa 3. – symptomy somatyczne, które są nieproporcjonalne lub nieadekwatne do doznanego urazu fizycznego, mogą to być rozmaite dolegliwości, takie jak bóle głowy i karku, bezsenność i ogólne zmęczenie (objawy te są podtrzymywane przez obecne w tym okresie silne napięcie psychofizjologiczne i lęk).

Zdaniem Smitha [4] odroczone powypadkowe reakcja psychologiczna wynika z trudności adaptacyjnych związanych z ogólną sytuacją życiową po wypadku. W tym okresie wiele osób musi w znacznym stopniu zmienić swoje dotychczasowe życie – pojawiają się nowe wymagania oraz zobowiązania rodzinne i finansowe, problemy w sferze zawodowej, konieczność długotrwałego leczenia, zmaganie się z kwestiami ubezpieczeniowymi i finansowymi, a także (jeśli doszło do urazu fizycznego) zmaganie się z bólem, dyskomfortem i czasami niepełnosprawnością. Takie problemy mogą prowadzić do rozwoju zaburzeń – depresji, PTSD, reaktywnych zaburzeń somatoformicznych czy chronicznego uogólnionego lęku [5–7].

Uczestnictwo w zdarzeniu traumatycznym może przynajmniej okresowo wpływać na zdolność kierowania pojazdami [5]. Przede wszystkim dlatego, że zdarzenie traumatyczne w postaci wypadku może być ponownie przeżywane – kierowca doświadcza wtedy intruzyjnych myśli, wyobrażeń czy wrażeń odnoszących się do pewnych aspektów wypadku. Takie nagłe, niechciane wspomnienia mogą powodować wzrost pobudzenia o podobnym obrazie jak w zaburzeniach lękowych. Objawy nawracania mogą być szczególnie niebezpieczne, jeśli pojawiają się w trakcie prowadzenia pojazdu, w warunkach lub miejscach podobnych do tych, w których doszło do wypadku. W skrajnych sytuacjach intruzje przybierają formę intensywnych wtargnięć, charakteryzujących się powielaniem zachowań, które wystąpiły w trakcie rzeczywistego wypadku – może to bezpośrednio zagrażać bezpieczeństwu ruchu drogowego [4,5].

Zdaniem Kramera [5] innym objawem mogącym utrudniać kierowanie pojazdami jest próba unikania sytuacji lub miejsc kojarzonych z wypadkiem. Ten objaw wchodzący w skład symptomatologii PTSD może występować samodzielnie, a u kierowców uczestniczących w wypadku może przejawiać się unikaniem określonego rodzaju dróg czy jazdy w określonych warunkach atmosferycznych lub porze dnia. W przypadku konieczności jazdy w warunkach lub okolicznościach zbliżonych do sytuacji wypadkowej u kierowców mogą pojawiać się objawy wzmożonego lęku lub napięcia. Z kolei te objawy sprzyjają większej męczliwości, a w konsekwencji może pojawiać się uczucie irytacji czy rozdrażnienia, negatywnie oddziałujące na właściwe zachowanie na drodze.

Warto również pamiętać, że u osób ze zdiagnozowanym zaburzeniem po stresie traumatycznym pojawiają się zaburzenia funkcji poznawczych w postaci

zaburzeń pamięci, uwagi, wolniejszego tempa procesu przetwarzania informacji, co może mieć decydujące znaczenie dla zachowania w ruchu drogowym [3–11].

### **Badania nad stanem psychicznym sprawców wypadków drogowych**

W literaturze przedmiotu dominują badania i opracowania teoretyczne dotyczące ofiar wypadków drogowych. Pod tym terminem kryją się osoby, które uczestniczyły w wypadku drogowym bez wskazania, czy są one sprawcami, czy poszkodowanymi w tym zdarzeniu. Autorzy nielicznych badań skupiają się na analizie sytuacji psychologicznej osób uznanych za sprawców ciężkich wypadków drogowych. W wyniku kwerendy publikacji anglojęzycznych przeprowadzonej w bazie Ebsco i wyszukiwarce Google w styczniu 2015 r. autorki niniejszej publikacji znalazły jedynie 5 pozycji odnoszących się do sprawców wypadków. Wprowadzone zapytania obejmowały następujące konfiguracje słów kluczowych: perpetrators, motor vehicle accidents; crashes, PTSD, perpetrators; causers of unintentional death/injuries; motor vehicle incidents causers oraz accident, reckless drivers.

Jednym z pierwszych badań dotyczących sprawców wypadków było badanie Foeckler i wsp. [12], w którym analizowano stan zdrowia i funkcjonowanie 33 sprawców wypadków drogowych zarejestrowanych w bazach policyjnych. Badanie przeprowadzono w okresie od 6 miesięcy do 11 lat od spowodowania śmiertelnego wypadku drogowego. U 33% sprawców stwierdzono zaburzenia myślenia, stany depresyjne i zaburzenia snu w postaci utrzymujących się koszmarów sennych, 12% doświadczało lęku przed ewentualnym kolejnym wypadkiem, a 48% żyło w ciągłej obawie, że ktoś bliski mógłby zginąć w podobnych okolicznościach. Ponad 1/3 badanych deklarowała trudności dotyczące mówienia o wypadku.

Nieco później przeprowadzone przez Chesser [13] badania jakościowe dotyczyły stanu psychicznego i doświadczeń związanych z nieumyślnym spowodowaniem śmierci. Wśród 10 badanych znalazły się 4 osoby uczestniczące w wypadkach drogowych i kolejowych. Byli wśród nich zarówno sprawcy skazani prawomocnym wyrokiem, jak i osoby uwolnione od zarzutu popełnienia przestępstwa, które jednak poczuwały się do odpowiedzialności za śmierć osoby poszkodowanej. Badania prowadzono przez 2 lata i dokonano w nich porównań między stanem sprzed wypadku, analizowanym na podstawie danych pochodzących z retrospektywnego wywiadu ustrukturalizowanego, okre-

sem okołourazowym i okresem po zdarzeniu traumatycznym (badania kwestionariuszowe).

Wyniki wykazały, że spowodowanie śmiertelnego wypadku lub odczuwanie osobistej odpowiedzialności za niego jest sytuacją głębokiego kryzysu nie tylko dla osoby bezpośrednio zaangażowanej, ale również dla jej całej rodziny. Porównując wypowiedzi sprawców wypadków, Chesser doszła do wniosku, że sytuacja psychologiczna tych, którzy zostali skazani prawomocnym wyrokiem, była zdecydowanie gorsza od sytuacji badanych, którzy czuli się odpowiedzialni za śmierć osoby, ale nie ponieśli kary w sensie prawnym. Dojmujące poczucie winy za to, co się stało, towarzyszyło wszystkim uczestnikom/sprawcom wypadku, a proces układania sobie życia w cieniu śmierci był powolny i bolesny. U niektórych osób zauważono pewne objawy rozwoju potraumatycznego. Badani podkreślali bowiem, że traumatyczne zdarzenie sprawiło, że bardziej docenili życie, swoją rodzinę i przyjaciół [13].

Po ponad 20 latach, w 2004 r. Lowinger i Solomon [14] powróciły do idei badania stanu psychicznego sprawców śmiertelnych wypadków. Autorki przeprowadziły porównawcze badania ilościowe u 38 mężczyzn, którzy spowodowali śmiertelny wypadek samochodowy, i 37 osób z grupy porównawczej (przyjaciół badanych, o podobnym statusie społeczno-ekonomicznym, którzy nigdy nie uczestniczyli w wypadku i wypełniali takie same kwestionariusze jak uczestniczący w wypadku).

Badania wykazały, że osoby, które nieumyślnie doprowadziły do śmierci innych uczestników ruchu drogowego, istotnie częściej doświadczały objawów zaburzenia po stresie traumatycznym (objawy PTSD zdiagnozowano u 73% sprawców tuż po wypadku i u 44,7% w trakcie trwania badania) niż osoby z grupy porównawczej (odpowiednio: 13% i 5,5%), a także poczucia winy związanego z wypadkiem.

Zakres objawów PTSD i poczucia winy był związany z wymiarem otrzymanej kary, subiektywnym poczuciem odpowiedzialności za wypadek oraz przekonaniem sprawców, że wypadku można było uniknąć. Badaczki zaobserwowały również, że najsilniejsze poczucie winy towarzyszyło badanym w okresie między wypadkiem a orzeczeniem wyroku, a następnie spadało. W badaniu nie zaobserwowano związków między uczuciami pojawiającymi się w stosunku do ofiar wypadku, faktem znajomości ofiary czy ekspozycją na widok ciała poszkodowanego a symptomami PTSD czy poczuciem winy.

Lowinger i Solomon [14] analizowały również relację między atrybucją przyczyn wypadku (odpowie-

działność własna, innych osób, okoliczności lub przy-padek) a intensywnością PTSD i poczucia winy. Okazało się, że im silniejsze było samoobwinianie się za spowodowanie wypadku, tym intensywniejsze były objawy PTSD tuż po wypadku oraz poczucie winy tuż po wypadku i w trakcie trwania badania. Z kolei przekonanie, że to inni, okoliczności lub los są odpowiedzialni za wypadek wiązało się z mniej intensywnymi objawami PTSD tuż po wypadku i mniejszym poczuciem winy we wszystkich analizowanych okresach. Co ciekawe, relacja między percepcją sprawstwa wypadku a objawami PTSD utraciła swoją istotność w drugim pomiarze (niestety autorki nie podają, po jakim czasie od spowodowania wypadku przeprowadzono pomiar). W najnowszych badaniach Nickelrsona i wsp. [15], przeprowadzonych w grupie 165 osób uczestniczących w wypadkach, wykryto zależność odwrotną – zewnętrzna atrybucja przyczyn wypadku wiązała się z większym nasileniem objawów PTSD.

W badaniach Lowinger i Solomon [14] analizowano również relację między poczuciem wstydu za swoje zachowania a surowością kary. Okazało się, że wstyd u sprawców jest tym większy, im łagodniejszy w ich mniemaniu jest wyrok za spowodowanie śmiertelnego wypadku.

Do podobnych wniosków doszli Rassool i Nel [16] na podstawie jakościowego badania kierowców, którzy spowodowali śmiertelny wypadek drogowy. Mimo że grupa badana była nieliczna (5 osób), przeprowadzone analizy dają głębszy wgląd w sytuację psychologiczną osób, które nieumyślnie doprowadziły do czyjejś śmierci. Rassool i Nel zaobserwowali, że problemem takich sprawców jest trudność w nadaniu osobistego znaczenia traumatycznemu wydarzeniu, które to znaczenie jest istotnym czynnikiem w odzyskaniu kontroli nad własnym życiem i stabilizacji emocjonalnej [16]. Silną barierą blokującą powrót do równowagi psychicznej było zderzenie pragnienia rozmowy na temat własnych doświadczeń związanych ze spowodowaniem śmierci drugiej osoby z brakiem społeczniego przyzwolenia na ten rodzaj dyskursu. Sankcjonowane społecznie pozbawienie prawa do przeżywania cierpienia przez sprawców nieumyślnie spowodowanej śmierci oraz odmowa zrozumienia ich sytuacji psychologicznej skutkowałą załamaniem ich stanu psychicznego, stanami depresji z objawami suicydalnymi i obawą przed szukaniem specjalistycznej pomocy.

Z kolei Valent [17] w swoim wstępnym klinicznym badaniu sprawców wypadków drogowych (N = 25) wyróżnił dwie grupy – antyspołeczną i neurotyczną – ze względu na kliniczny obraz stanu zdrowia badanych oraz

charakterystykę ich psychologicznego funkcjonowania przed wypadkiem. W pierwszej grupie (N = 8) znaleźli się młodzi, sprawni mężczyźni z problemem alkoholowym oraz silnie odczuwanym i niekontrolowanym gniewem. W ich przypadku wypadek był konsekwencją impulsywnych działań, którym towarzyszyły silne emocje. Żaden z nich nie okazywał skruchy za spowodowany wypadek ani za zachowania antyspołeczne w innych obszarach życia. Niemal połowa tej grupy to sprawcy wielokrotni. Z kolei w grupie neurotycznej (N = 17) znaleźli się sprawcy cierpiący na złożone dolegliwości o podłożu nerwicowym, problemy osobowościowe, zaburzenia nastroju, doświadczający silnego stresu w okresie, w którym doszło do tragicznego w skutkach wypadku. W ich przypadku wypadek zdaje się być funkcją zaburzeń w racjonalnej ocenie zdarzeń, przeciążenia stresem czy wreszcie, w niektórych przypadkach, działaniem spowodowanym motywem samobójczym.

Kolejnym obszarem zainteresowań badaczy są pozytywne zmiany po traumie związanej z uczestnictwem w wypadku drogowym. To zagadnienie było analizowane również przez autorki niniejszego artykułu w grupie sprawców wypadków drogowych [18]. Wykazano, że podobnie jak w przypadku badań Chesser [13] pozytywne zmiany wyrażające się rozwojem potraumatycznym zachodzą również u sprawców wypadków drogowych. W badaniu zaobserwowano, że sprawcy deklarowali poprawę w zakresie funkcjonowania społecznego, pogłębiania więzi z innymi ludźmi, a także lepszego wglądu i pozytywnej zmiany w zakresie priorytetów życiowych. Co ciekawe, poziom rozwoju potraumatycznego był związany z intensywnością objawów PTSD [18].

Niewielka liczba badań dotyczących zdrowia i problemów psychologicznych sprawców wypadków drogowych nie uprawnia do uogólnień ani nie pozwala na rzetelną ocenę kondycji psychicznej sprawców, dlatego konieczne jest prowadzenie dalszych badań poszerzających wiedzę w tym zakresie.

W niniejszym artykule przedstawiono wyniki badań własnych, których celem było rozpoznanie stanu emocjonalnego i zakresu doświadczanych objawów PTSD u sprawców wypadków drogowych kierujących pojazdami samochodowymi, których zgodnie z zapisami Ustawy z dnia 20 czerwca 1997 r. Prawo o ruchu drogowym [19] skierowano do wojewódzkich ośrodków medycyny pracy na badania kontrolne służące ustaleniu ich zdolności do kierowania pojazdem. Niniejsze badanie miało charakter eksploracyjny, którego celem było uzyskanie odpowiedzi na następujące pytania badawcze:

1. Jakie jest subiektywne postrzeganie odpowiedzialności za wypadek przez osoby wskazane przez policję jako sprawcy wypadków drogowych?
2. Jakie reakcje fizjologiczne pojawiały się u sprawców na miejscu zdarzenia?
3. Jakie odczucia związane z wypadkiem mieli sprawcy w okresie powypadkowym?
4. Czy i w jakim stopniu rozwinęły się u nich objawy zaburzenia po stresie traumatycznym (PTSD)?
5. Czy wiek, płeć i wykształcenie badanych sprawców mają związek z natężeniem objawów PTSD?
6. W jakim stopniu ciężkość wypadku wiąże się z zakresem doświadczanych objawów PTSD?
7. Czy subiektywne poczucie sprawstwa za wypadek wiąże się z intensywniejszymi objawami PTSD?

## MATERIAŁ I METODY

Badaniami objęto wyczerpującą próbę kierowców – sprawców wypadków drogowych z terenu województwa mazowieckiego, tj. wszystkich, którzy otrzymali skierowanie na badania powypadkowe i zgłosili się na nie w czasie trwania projektu. Badania przeprowadzono w 3 oddziałach Mazowieckiego Wojewódzkiego Ośrodka Medycyny Pracy – w Płocku, Radomiu i Warszawie.

Badani zostali poinformowani, że ani uczestnictwo w projekcie, ani wyniki badań psychologicznych zrealizowanych w jego ramach nie miały wpływu na otrzymanie lub nieotrzymanie orzeczenia o zdolności do kierowania pojazdem. Z każdym z kierowców – po zapoznaniu się przez niego z celem badań i wyrażeniu zgody na uczestnictwo w nich – przeprowadzono wywiad dotyczący zdarzenia wypadkowego i sytuacji zawodowej oraz dla każdego badanego postawiono diagnozę właściwości psychologicznych istotnych ze względu na cel badań. Badanie było dobrowolne i w jego trakcie nie pozyskiwano danych osobowych identyfikujących osoby w nim uczestniczące.

W badaniu uczestniczyło ogółem 236 osób. Ze względu na błędy i braki danych w kwestionariuszach do analiz statystycznych włączono dane 209 badanych sprawców (79,1% mężczyzn, 20,9% kobiet).

Większość, bo 47% badanych kierowców, legitymowała się wykształceniem średnim, 19,2% – pomaturalnym bądź wyższym, 22,7% – zasadniczym zawodowym i 10,8% – wykształceniem na poziomie podstawowym. Średni staż doświadczenia w kierowaniu samochodem wynosił 13,34 roku (odchylenie standardowe (standard deviation – SD): 9,9 roku). Dla większości badanych (87,3%) wypadek, w którym uczestniczyli, był

pierwszym wypadkiem, dla 9,3% badanych był to drugi wypadek, a dla 3,4% – trzeci.

W badaniu wykorzystano następujące metody i narzędzia diagnostyczne:

- Kwestionariusz do badania zaburzenia po stresie traumatycznym Watsona (K-PTSD) – jest on adaptacją narzędzia stosowanego przez Watsona i wsp. [20,21], które pozwala na diagnozę zaburzenia po stresie traumatycznym i ocenę subklinicznych objawów PTSD. Oryginalny kwestionariusz składa się z 3 części: opisu zdarzenia traumatycznego, w którym uczestniczył badany, 17 pytań dotyczących częstości i intensywności występowania 3 grup objawów charakterystycznych dla zaburzenia po stresie traumatycznym (tj. symptomów nawracania – 5 pytań, unikania – 7 pytań, wzmożonego pobudzenia – 5 pytań) oraz pytań dotyczących czasu trwania objawów. Badani szacują nasilenie lub częstość symptomów na 7-punktowej skali odpowiedzi (od 1 – nigdy/wcale do 7 – zawsze / ciągle / niezwykle silnie).

Kwestionariusz bazuje na kryteriach diagnostycznych PTSD opisanych w Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth edition (DSM-IV – Diagnostycznym i statystycznym podręczniku zaburzeń psychicznych, wydanie 4) [22], zgodnie z którymi przyjmuje się, że osoba cierpiąca na PTSD to taka, która deklaruje co najmniej 1 symptom nawracania, 3 symptomy unikania i 2 symptomy wzmożonego pobudzenia o intensywności/częstości ocenianej przynajmniej na 4 w 7-punktowej skali odpowiedzi i co najmniej miesięcznym okresie ich występowania.

Współczynnik rzetelności ( $\alpha$  Cronbacha) dla poszczególnych subskal wynosi 0,74–0,9, a wyniki analizy czynnikowej i korelacja wyników kwestionariusza z niezależną diagnozą psychiatryczną potwierdzają wysoką trafność narzędzia [21]. W niniejszym badaniu, które ma przede wszystkim charakter eksploracyjny, analizowano zarówno częstość występowania poszczególnych objawów, jak i różnice między sprawcami, u których liczba, natężenie i czas trwania objawów spełniały kryteria diagnostyczne dla PTSD w DSM-IV, a sprawcami, u których takiej diagnozy nie można było postawić, ale u których występowały niektóre z objawów PTSD.

- Ankieta „Reakcje okołourazowe” – pytano w niej badanych o reakcje fizjologiczne i emocjonalne pojawiające się w czasie trwania wypadku lub tuż po nim. Tych kwestii dotyczyły 2 pytania z dołą-

czoną kafeterią odpowiedzi. Zadaniem badanego było zakreślenie wszystkich reakcji i stanów emocjonalnych, których doświadczał na skutek zdarzenia wypadkowego. W przypadku reakcji fizjologicznych pytanie brzmiało: „Czy w czasie trwania wypadku lub bezpośrednio po nim wystąpiły u Pana/Pani któreś z wymienionych niżej reakcji? Proszę otoczyć kółkiem numery wszystkich tych reakcji, które u Pana/Pani wystąpiły” (odpowiedzi: 1. Łzy w oczach, płacz, 2. Drżenie ciała, rąk, nóg, 3. Wymioty, nudności, 4. Nerwowy śmiech, 5. Omdlenie, 6. Zawroty głowy, 7. Żadna z tych reakcji nie wystąpiła).

Emocjonalne reakcje na wypadek oceniane były na podstawie odpowiedzi na pytanie: „Czy w czasie trwania wypadku lub po nim wystąpiły któreś z wymienionych odczuć? Mogły się one pojawić nawet bez racjonalnego uzasadnienia, bez powodu”. Zadaniem badanych było opisanie nasilenia wymienionych odczuć (strach, poczucie bezsilności, chęć wycofania się z sytuacji, współczucie dla ofiar/poszkodowanych, gniew, poczucie wstydu, wstręt/odraza) na 5-stopniowej skali odpowiedzi (2 skrajne pozycje: 1 – odczucie nie wystąpiło, 5 – wystąpiło bardzo silnie). Na potrzeby analizy odpowiedzi sprowadzono do 3 kategorii: 1 – odczucie nie wystąpiło (odp. 1), 2 – wystąpiło w umiarkowanym stopniu (odp. 2 i 3) oraz wystąpiło i było intensywne (odp. 4 i 5). W badaniu analizowano częstość występowania reakcji fizjologicznych i emocjonalnych u badanych sprawców. Dodatkowo pytano również badanych, czy odczuwali potrzebę rozmawiania o tym, co się wydarzyło, a jeśli tak, czy mieli z kim na ten temat rozmawiać.

- Arkusz wywiadu powypadkowego, opracowany przez autorki niniejszej pracy – składa się z pytań otwartych i pytań z kafeterią odpowiedzi. Pierwsza część arkusza dotyczy zdarzenia wypadkowego (okoliczności, w jakich doszło do wypadku, uczestniczących w nim pojazdów i osób oraz jego skutków ocenianych w kategoriach liczby osób poszkodowanych i zabitych). Druga część dotyczy ustalenia przyczyny wypadku w percepcji kierowcy (uczestnika wypadku) i w ocenie policji oraz subiektywnej oceny możliwości uniknięcia wypadku lub złagodzenia jego skutków przez sprawcę.

W kolejnej części zawarto pytania dotyczące czasu, jaki upłynął od wypadku do powrotu do prowadzenia pojazdu, oraz tego, czy badanemu oferowano pomoc psychologiczną/psychiatryczną, czy z ta-

kiej pomocy korzystał, a jeśli tak, na ile skuteczna się okazała. W arkuszu wywiadu zawarto również listę potencjalnych wydarzeń o charakterze traumatycznym, których badany mógł doświadczyć w ciągu ostatniego roku.

- Ankieta socjodemograficzna – służąca do uzyskania informacji dotyczących płci, wykształcenia i doświadczenia w kierowaniu pojazdami.

## WYNIKI

Zdecydowana większość (80%) badanych w czasie wypadku kierowała samochodami osobowymi, 7,8% – ciężarowymi do 3,5 t, 7,3% – ciężarowymi powyżej 3,5 t, a 5,9% – innymi pojazdami. Ponadto 10,3% ankietowanych w chwili wypadku było pod wpływem alkoholu. Średni czas, jaki upłynął od wypadku do badania psychologicznego, wynosił 17,45 miesiąca (SD = 29,59; min. = 1 miesiąc; maks. = 14 lat).

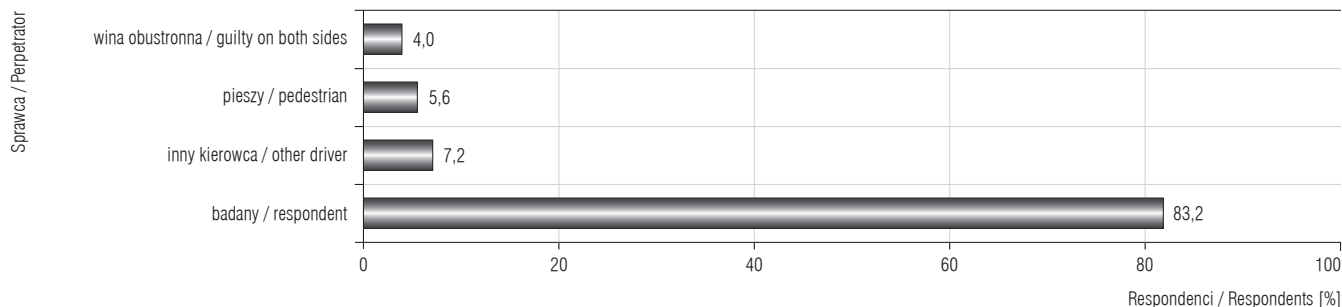
### Charakterystyka wypadków, ich przyczyn i skutków

W 66% przypadków badani przyznali, że policja ustaliła sprawstwo wypadku na miejscu zdarzenia. W tej grupie sprawstwo najczęściej przypisywano badanemu kierowcy (83,2%). Szczegółowe przyczyny wypadku przedstawiono na rycinie 1.

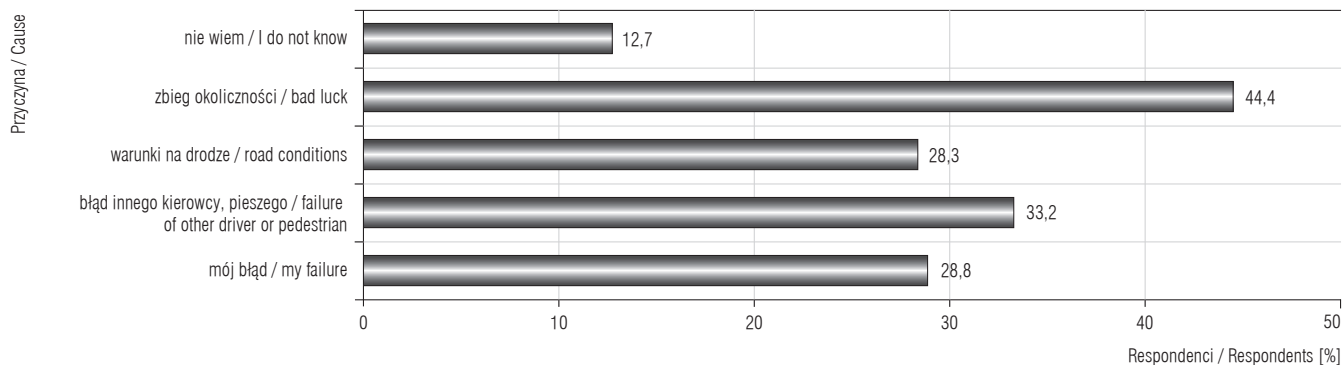
Badani mieli również możliwość osobistego wskazania przyczyn wypadku w trakcie badań psychologicznych w wojewódzkim ośrodku medycyny pracy. Mogli oni wskazać przynajmniej jedną z następujących przyczyn: mój błąd, błąd innego kierowcy/pieszego, warunki na drodze, zbieg okoliczności, nie wiem. Odpowiedzi przedstawiono na rycinie 2. Podane wartości nie sumują się do 100%, ponieważ respondenci mogli wybrać więcej niż jedną odpowiedź. Jak widać na przedstawionym wykresie, tylko 1/3 ankietowanych kierowców postrzega siebie jako sprawcę wypadku.

W wyniku wypadku obrażeń doznało 16,6% ankietowanych kierowców. Wśród poszkodowanych byli również pasażerowie pojazdu kierowanego przez respondentów (31,2%), kierowcy drugiego pojazdu biorącego udział w wypadku (22,9%), pasażerowie drugiego pojazdu (11,7%) i piesi (15,1%).

W niemal 5% przypadków w wyniku wypadku śmierć poniósł pasażer samochodu prowadzonego przez respondenta, w 13,2% przypadków zginął kierowca innego pojazdu, w 5,9% przypadków – pasażer drugiego pojazdu, a w 17,6% przypadków w wyniku wypadku zginął pieszy.



Ryc. 1. Sprawca wypadku według policji na podstawie deklaracji respondentów  
 Fig. 1. Responsibility for the motor vehicle accident according to the police, based on drivers' declarations



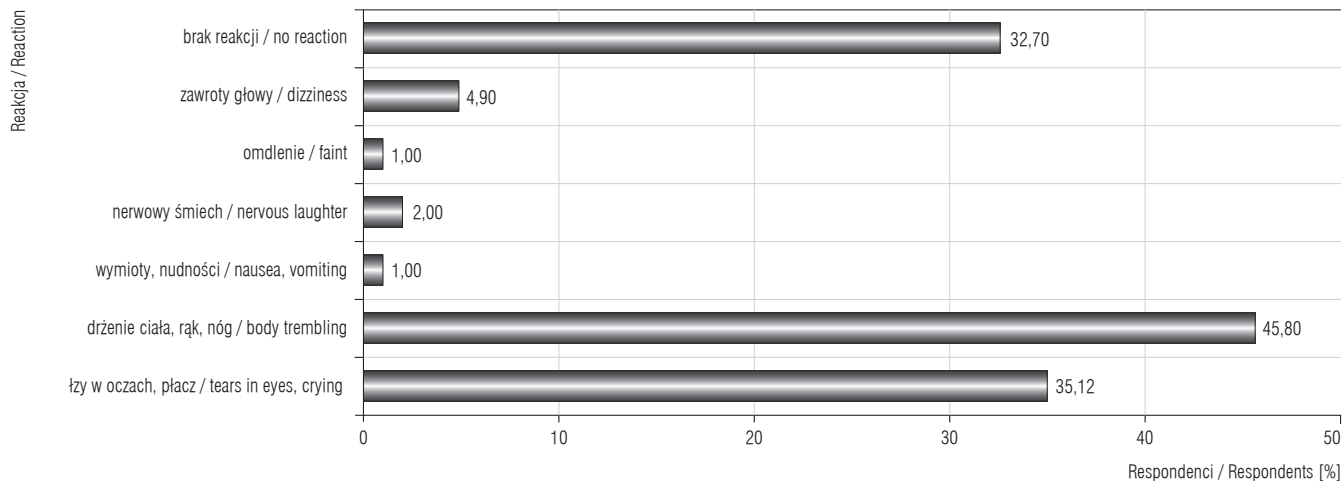
Ryc. 2. Przyczyny wypadku w opinii respondentów  
 Fig. 2. Causes of the motor vehicle accident declared by respondents

**Stan psychiczny kierowców – sprawców/współsprawców wypadków drogowych**

Badanych spytano, czy w wyniku wypadku doświadczali przykrych przeżyć i/lub trudności w codziennym funkcjonowaniu. Nieco ponad połowa respondentów (52,5%) odpowiedziała przecząco. Z 47,5% bada-

nych, dla których wypadek był przyczyną przykrych przeżyć, tylko 9,3% zasięgnęło w tej sprawie porady lekarza (8,2%) lub psychologa (1,1%).

Analiza dotycząca bezpośrednich reakcji i odczuć związanych z wypadkiem wykazała, że na miejscu zdarzenia u 1/3 badanych nie wystąpiła żadna fizjologiczna



Ryc. 3. Natychmiastowe reakcje fizjologiczne na wypadek u respondentów  
 Fig. 3. Presence of immediate physiological reactions to the motor vehicle accident in respondents

reakcja na wypadek, u 46% wystąpiło napięciowe drżenie ciała lub kończyn, a u 35% pojawiły się łzy w oczach lub płacz (ryc. 3).

W badaniu oceniono także częstość występowania bezpośrednich reakcji emocjonalnych na wypadek. Pod uwagę wzięto 8 stanów emocjonalnych najczęściej opisywanych w literaturze. Zadaniem respondenta była ocena intensywności ich występowania z użyciem 5-punktowej skali (od 1 – dane odczucie nie wystąpiło, do 5 – wystąpiło bardzo silnie). Emocją bardzo silnie odczuwaną przez większość badanych było współczucie dla ofiar i poszkodowanych w wyniku wypadku, a następnie poczucie bezsilności i winy (tab. 1). Jednocześnie 6,3% badanych sprawców wypadków nie odczuwało współczucia dla ofiar, a 19% nie czuło się winnym tego, co się stało.

### Objawy stresu pourazowego

W okresie powypadkowym u części badanych pojawiały się objawy charakterystyczne dla stresu traumatycznego. Objawy te pogrupowano w 3 kategorie:

- objawy nawracania,
- objawy unikania,
- objawy wzmożonego pobudzenia.

Charakterystykę badanej grupy pod względem wyników uzyskanych w K-PTSD przedstawiono w tabeli 2.

Z objawów nawracania najpowszechniejszym problemem było niechciane pojawianie się u respondentów obrazów i wspomnień dotyczących wypadku. Osób doświadczających tych symptomów często i bardzo często było aż 37,5% (tab. 3). Następnym objawem pod względem intensywności i częstości występowania było pojawianie się wzmożonego pobudzenia na skutek konfrontacji z bodźcami przypominającymi wypadek. Częste i bardzo częste pojawianie się tego objawu zadeklarowało 23,1% badanych. Z kolei 14% badanych uskarżało się na częste lub bardzo częste występowanie przykrych snów o tematyce związanej z wypadkiem.

W badanej grupie uwagę zwraca intensywność i częstość występowania objawów unikania. Nieco po-

**Tabela 1.** Bezpośrednie emocjonalne reakcje respondentów na wypadek  
**Table 1.** Direct emotional reactions of respondents to the motor vehicle accident (MVA)

Odczucie związane z wypadkiem Feeling/emotion related to the MVA	Nasilenie odczucia u respondentów Intensity of emotion in respondents [%]		
	nie wystąpiło it hasn't appear	umiarkowane moderate	silne / bardzo silne strong / very strong
Współczucie dla poszkodowanych / Compassion for victims	6,3	14,0	79,7
Poczucie winy / Guilt	19,1	30,4	50,5
Poczucie bezsilności / Helplessness	24,0	25,2	50,8
Strach / Fear	26,7	28,9	44,4
Chęć wycofania się z sytuacji / Willingness to withdraw from the situation	32,9	21,0	46,1
Gniew / Anger	46,5	34,7	18,8
Poczucie wstydu / Shame	50,9	25,1	24,0
Wstręt, odraza / Disgust, sense of horror	85,2	12,4	2,5

**Tabela 2.** Wyniki uzyskane przez respondentów w Kwestionariuszu do badania zaburzenia po stresie traumatycznym (K-PTSD)  
**Table 2.** Scores obtained in the post-traumatic stress disorder questionnaire (Q-PTSD) in the studied group

Zmienna Variable	M	SD	Min.	Maks. Max
Objawy nawracania / Reexperiencing symptoms	10,30	5,310	5	33
Objawy unikania / Avoidance symptoms	15,05	8,072	3	48
Objawy pobudzenia / Arousal symptoms	9,36	5,557	5	35
Wynik ogólny K-PTSD / Q-PTSD general score	34,71	17,299	13	116

M – średnia / mean, SD – odchylenie standardowe / standard deviation, min. – wartość minimalna / minimal value, maks. – wartość maksymalna / max – maximal value.



nad 1/3 badanych często i bardzo często starała się unikać myśli, rozmów i wrażeń związanych z wypadkiem, a także doświadczała trudności w przypomnieniu sobie niektórych dotyczących go wydarzeń. Ponad 20% badanych często lub bardzo często starało się unikać również miejsc, ludzi i sytuacji kojarzonych z wypadkiem, w którym uczestniczyli, oraz często miało trudności

z wyrażaniem emocji. Około 16% kierowców – uczestników wypadków drogowych – skarżyło się na częstą obecność poczucia wyobcowania w stosunku do innych ludzi i utratę perspektyw życiowych. Wśród objawów wzmożonego pobudzenia dominujące były zaburzenia snu i nadwrażliwość na bodźce o nagłym i niespodziewanym charakterze (tab. 3).

**Tabela 3.** Częstość występowania objawów stresu traumatycznego (PTSD) u respondentów  
**Table 3.** Frequency of post-traumatic stress disorder (PTSD) symptoms in respondents

Objaw Symptom	Częstość występowania Frequency [%]			
	nigdy never	bardzo rzadko / / czasami very seldom / / sometimes	dość często / / często quite often / / often	bardzo często / / ciągle very often / / constantly
<b>Objawy nawracania / Reexperiencing symptoms</b>				
nawracanie obrazów i wspomnień wypadku / recurrent and intrusive distressing recollections of the event (pictures, memories)	20,5	42,0	30,0	7,5
przykre sny o wypadku / distressing dreams about accident	61,5	24,5	11,0	3,0
reagowanie tak jakby wypadek znów miał miejsce / acting or feeling as if the traumatic event were recurring	80,5	15,0	4,0	0,5
bodźce przypominające wypadek, wytrącające z równowagi / intense psychological distress at exposure to internal or external cues that symbolize or resemble an aspect of the traumatic event	42,2	34,7	17,1	6,0
silne reakcje fizjologiczne na wspomnienie wypadku / physiological reactivity on exposure to internal or external cues that symbolize or resemble the accident	71,0	20,5	7,0	1,5
<b>Objawy unikania / Avoidance symptoms</b>				
unikanie myśli, rozmów i uczuć związanych z wypadkiem / avoidance of thoughts, feelings or conversations associated with the accident	40,7	27,6	25,6	6,0
unikanie czynności, miejsc, ludzi i sytuacji kojarzonych z wypadkiem / / avoidance of activities, places or people associated with accident	50,8	27,6	15,6	6,0
luki w pamięci o wypadku / inability to recall some aspects of the accident	44,6	23,6	26,2	5,6
utrata zainteresowania rzeczami, które wcześniej były ważne / markedly diminished interest or participation in significant activities	71,9	15,6	9,5	3,0
poczucie wyobcowania / sense of detachment	64,3	19,1	13,1	3,5
trudności z wyrażaniem emocji / restricted range of affect	51,8	24,6	18,1	5,5
skrócona perspektywa życiowa / sense of a foreshortened future	65,0	19,0	11,5	4,5
<b>Objawy pobudzenia / Arousal symptoms</b>				
zaburzenia snu / sleep disturbances	55,8	24,1	16,1	4,0
irytacja, wybuchy gniewu / outburst of anger, irritation	66,8	22,6	7,0	3,5
kłopoty z koncentracją / difficulty concentrating	68,0	24,5	6,5	1,0
nadwrażliwość na bodźce / hypervigilance	50,5	30,5	16,0	3,0
wzmożony odruch orientacyjny / reakcja przestraszenia / exaggerated startle response	67,0	23,0	7,5	2,5

Większość badanych w okresie powypadkowym miała potrzebę rozmawiania z innymi o samym wypadku i jego skutkach (87,7%), z czego prawie 12% zdecydowało się powstrzymać od takiej rozmowy, a 6,4% mimo gotowości do rozmawiania o wypadku nie miało z kim poruszyć tego tematu.

W badanej grupie diagnozę PTSD – przy uwzględnieniu kryteriów klinicznych DSM-IV w odniesieniu do czasu trwania symptomów i obecności symptomów z poszczególnych kategorii diagnostycznych – można było postawić u 11,2% badanych. Grupę tę porównano pod względem wieku, płci, wykształcenia, podawanych przyczyn i konsekwencji wypadku z grupą badanych, u których występowały jedynie subkliniczne objawy PTSD (nie zostały spełnione wszystkie kryteria diagnostyczne DSM-IV dla PTSD). Statystyki opisowe dla badanych zmiennych w wyróżnionych grupach przedstawiono w tabeli 4.

Analizy nie wykazały istotnych różnic między grupą subkliniczną a spełniającą kryteria diagnostycz-

ne PTSD. Wyjątek stanowiła płeć. W grupie klinicznej było istotnie więcej kobiet (41,7% vs 8,3% w grupie o niskim natężeniu objawów PTSD,  $\chi^2 = 4,189$ ;  $p < 0,05$ ).

W celu ustalenia, czy przypisywanie sprawstwa wypadku sobie, innym osobom lub okolicznościom wiąże się z zakresem doświadczanych objawów PTSD, porównano wyniki uzyskane w K-PTSD w 2 grupach kierowców wyróżnionych ze względu na deklarowaną przyczynę wypadku:

- osoby uznające, że spowodowały wypadek,
- osoby nieuznające swojej odpowiedzialności za wypadek.

Wyniki testu t-Studenta przedstawiono w tabeli 5.

Okazało się, że sprawcy niepoczuwający się do winy za wypadek mieli istotnie wyższe wyniki w Skali Unikania, która odnosi się do unikania miejsc, ludzi i wszelkich innych sytuacji przypominających zdarzenie traumatyczne. Ujawniła się u nich także tendencja do podwyższonych wyników w Skali Pobudzenia.

**Tabela 4.** Statystyki opisowe i porównanie zmiennych między grupami ze zdiagnozowanym PTSD i z subklinicznymi objawami PTSD

**Table 4.** Descriptives for variables compared between groups with PTSD diagnosis and subclinical PTSD symptoms

Zmienna Variable	Badani Respondents [n]	M±SD	95% CI	Min.–maks. Min.–max
<b>Wiek [w latach] / Age [years]</b>				
respondenci bez PTSD / respondents without PTSD	166	36,79±14,66	34,54–39,04	18–93
respondenci z PTSD / respondents with PTSD	21	35,52±12,71	29,73–41,31	21–56
ogółem / total	187	36,65±14,43	34,56–38,73	18–93
<b>Uczestnictwo w wypadkach drogowych / Participation in MVA</b>				
respondenci bez PTSD / respondents without PTSD	181	1,17±0,46	1,10–1,23	1–3
respondenci z PTSD / respondents with PTSD	23	1,13±0,34	0,98–1,28	1–2
ogółem / total	204	1,16±0,45	1,10–1,22	1–3
<b>Ranni w ostatnim wypadku / Injured in last accident [n]</b>				
respondenci bez PTSD / respondents without PTSD	182	1,00±0,84	0,88–1,12	0–4
respondenci z PTSD / respondents with PTSD	23	0,78±0,85	0,41–1,15	0–3
ogółem / total	205	0,98±0,84	0,86–1,09	0–4
<b>Zabici w ostatnim wypadku / Killed in last accident</b>				
respondenci bez PTSD / respondents without PTSD	182	0,39±0,53	0,31–0,47	0–2
respondenci z PTSD / respondents with PTSD	23	0,61±0,58	0,36–0,86	0–2
ogółem / total	205	0,41±0,54	0,34–0,49	0–2

CI – przedział ufności / confidence interval.

Inne objaśnienia jak w tabelach 1–3 / Other abbreviations as in Tables 1–3.

**Tabela 5.** Objawy PTSD u respondentów obwiniających innych lub okoliczności za wypadek oraz uznających swoją winę  
**Table 5.** PTSD symptoms in respondents who blamed others (or circumstances) for MVA and those who took responsibility for MVA

Zmienna Variable	Sprawcy przypisujący winę za wypadek innym lub okolicznościom Perpetrators who blamed others or circumstances for MVA		Sprawcy uznający swoją winę Perpetrators who took responsibility for MVA		Parametry testu t-Studenta Parameters of t-Student test		
	n	M±SD	n	M±SD	t	df	p
Objawy nawracania / Reexperiencing symptoms	124	10,65±5,44	59	9,95±5,33	0,813	181	0,416
Objawy unikania / Avoidance symptoms	125	16,10±8,83	59	13,56±6,53	1,966	182	0,051
Objawy pobudzenia / Arousal symptoms	125	10,01±6,16	58	8,38±4,26	1,819	181	0,070
Wynik ogólny K-PTSD / Q-PTSD general score	125	36,66±19,11	59	31,75±13,58	1,775	182	0,077

t – statystyka testu t-Studenta / t-Student statistic, df – stopień swobody / degree of freedom.

Inne objaśnienia jak w tabelach 1–3 / Other abbreviations as in Tables 1–3.

## OMÓWIENIE

Jak zaznaczono we wstępie, doniesienia z badań psychologicznych dotyczące konsekwencji wypadków drogowych u ich sprawców są unikalne w skali światowej. Brak zainteresowania naukowego zagadnieniami skutków stresu traumatycznego u sprawców wypadków drogowych przekłada się na praktykę – nie ma wytycznych, kiedy i jaką profesjonalną pomoc im oferować. Nieobejmowanie tej grupy uczestników zdarzeń drogowych opieką specjalistyczną i ograniczanie się do przymusowych, rutynowych badań powypadkowych wydaje się poważnym błędem, który może skutkować wzmocnionym zagrożeniem w ruchu drogowym.

Analiza sytuacji psychologicznej sprawców na podstawie danych zgromadzonych w niniejszym badaniu pozwala zauważyć, że wbrew powszechnemu przekonaniu nie są oni, bez wyjątku, psychopatycznymi dewiantami, ale ludźmi, którzy są świadomi wyrządzonej krzywdy i cierpią z powodu tego, co się stało. W tej konstatacji nie chodzi o usprawiedliwianie niebezpiecznych zachowań sprawców wypadków drogowych, a raczej o zauważenie, że nikt, nawet sprawca, nie wychodzi z takiego doświadczenia bez emocjonalnej szkazy.

W niniejszym badaniu prawie 48% sprawców zadeklarowało, że wypadek był źródłem trudnych przeżyć i problemów w ich codziennym funkcjonowaniu. Mimo jednak odczuwanego dyskomfortu psychicznego niewielu z nich zdecydowało się na szukanie pomocy – w badanej grupie zrobiło to niespełna 10% respondentów. Wynik jest spójny z ustaleniami Rassoala i Nela wskazującymi, że sprawcy doświadczający objawów potraumatycznych niechętnie szukają pomocy z obawy przed negatywnym społecznym odbiorem ich skarg [16].

Warto także zwrócić uwagę na wyniki dotyczące sprawstwa wypadku. Mimo że zgodnie z zapisami ustawy o kierujących pojazdami [23] na kontrolne badania psychologiczne kierowani są wyłącznie sprawcy, aż 12,8% badanych, których zapytano o przyczyny wypadku ustalone przez policję, wyparło się swojej odpowiedzialności za wypadek, wskazując na osoby trzecie (innego kierowcę lub pieszego). Subiektywne odczucie sprawstwa miało tylko 28,8% badanych – uznawali oni własne zachowanie na drodze jako przyczynę lub współprzyczynę wypadku.

Można przypuszczać, że u sprawców częściej pojawia się zewnętrzna atrybucja przyczyn wypadku jako swoisty mechanizm obronny. Może on służyć ograniczeniu doświadczenia negatywnych emocji w stosunku do samego siebie jako osoby, która spowodowała cierpienie lub śmierć drugiego człowieka. W kontekście uzyskanych wyników mechanizm ten nie wydaje się jednak do końca skuteczny – osoby wypierające się swojego sprawstwa uzyskiwały istotnie wyższe wyniki w Skali Unikanie K-PTSD niż ci, którzy temu sprawstwu nie zaprzeczali. Wśród osób negujących swoje sprawstwo zaobserwowano też tendencję do podwyższonych wyników w Skali Pobudzenie, choć podwyższenie wyniku ogólnego w K-PTSD nie było istotne statystycznie.

Uzyskane dane ze względu na stosunkowo mało liczną grupę i słabo zarysowane różnice międzygrupowe należałoby zweryfikować w badaniu większej grupy kierowców – sprawców wypadków drogowych.

Niniejsze badanie wykazało, że emocjonalne i fizjologiczne reakcje na zdarzenie traumatyczne, jakim było spowodowanie wypadku, towarzyszyły sprawcom od pierwszych chwil od zdarzenia. Do wiodących bez-

pośrednich reakcji na traumę należały: drżenie ciała, płacz lub łzy w oczach, współczucie dla ofiar, poczucie winy i bezsilności oraz strach i chęć wycofania się z sytuacji. U znacznej części badanych wystąpiły objawy PTSD co najmniej miesiąc od zdarzenia i utrzymywały się przez miesiące i lata. Wśród objawów nawracania dominowały niechciane obrazy i wspomnienia oraz objawy wzmożonego pobudzenia, odczuwanego w kontakcie z bodźcami przypominającymi wypadek. Z objawów unikania wiodące było unikanie myślenia, mówienia o wypadku i miejscach z nim kojarzonych. Ponadto 20,1% sprawców uskarżało się na częste zaburzenia snu, 18% często odczuwało nadwrażliwość na bodźce, a ok. 10% osób deklarowało często pojawiające się uczucie irytacji i wzmożony odruch orientacyjny.

W niniejszym badaniu u 11,2% sprawców objawy stresu pourazowego były na tyle intensywne, że spełniały kryteria diagnostyczne dla PTSD według DSM-IV. Ten odsetek w polskiej próbie jest zdecydowanie niższy niż w badaniach izraelskich, prowadzonych przez Lowinger i Solomon [8,9]. Być może częściowo wynika to z tego, że w badaniach izraelskich uczestniczyli wyłącznie sprawcy śmiertelnych wypadków drogowych, a w niniejszym badaniu uwzględniono wypadki śmiertelne (niemal 42%) i takie, w których doszło do obrażeń u osób w nich uczestniczących, w tym samego sprawcy (ok. 16%).

Wyniki uzyskane przez autorki niniejszej publikacji nie są w pełni zbieżne z danymi otrzymanymi przez Nicklersona i wsp. [15]. Nie zaobserwowano bowiem żadnych istotnych różnic między osobami z klinicznym a osobami z subklinicznym natężeniem objawów PTSD – ani w zakresie poczucia sprawstwa, ani skutków wypadku mierzonych w kategoriach obrażeń własnych i innych osób czy śmierci poszkodowanych. Również zmienne demograficzne (wykształcenie i wiek) nie różnicowały sprawców z kliniczną postacią PTSD od sprawców z objawami subklinicznymi. Zaobserwowano jedynie istotnie większą liczbę kobiet w grupie badanych ze diagnozowanym PTSD.

## WNIOSKI

Bez wątpliwości i zgodnie z większością referowanych we wstępie badań należy stwierdzić, że kierowcy – sprawcy wypadków drogowych – są w grupie ryzyka rozwoju PTSD, dlatego wymagają uwagi klinicystów i osób zajmujących się bezpieczeństwem w ruchu drogowym. Przy tym nie chodzi o stygmatyzowanie tych osób, ale przede wszystkim o zachęcenie ich do korzy-

stania z porad specjalistów i w uzasadnionych przypadkach do podjęcia terapii, której celem jest wygaszenie symptomów wpływających na bezpieczne prowadzenie pojazdu.

W krajach zachodniej Europy, Ameryce, Australii czy Izraelu możliwość uzyskania profesjonalnej diagnozy i skorzystania z pomocy terapeutycznej po wypadku drogowym są nieporównywalnie większe niż w Polsce. W naszym kraju brakuje centrów wyspecjalizowanych w leczeniu i terapii PTSD. Można też mówić o swoistej niechęci lekarzy i terapeutów do pracy ze sprawcami wypadków drogowych. Ograniczenia w dostępie do specjalistycznych świadczeń i społeczna, otwarta niechęć do sprawców wypadków wzmacniają u nich przekonanie, że sami muszą radzić sobie z problemami natury emocjonalnej – nawet wtedy, gdy mogą stać się źródłem niebezpiecznych zachowań i kolejnych tragicznych zdarzeń na drodze. W społecznym interesie leży więc uznanie problemów takich osób jako istotnych z punktu widzenia bezpieczeństwa w ruchu drogowym, co nie jest równoznaczne ze zdjęciem ze sprawców moralnej odpowiedzialności za wypadek. Warto również rozważyć wprowadzenie rozwiązań, które zachęcałyby kierowców cierpiących na dolegliwości mogące wpływać negatywnie na zdolność do prowadzenia pojazdu do ujawniania takich stanów specjalistom i poddania się procesowi terapeutycznemu.

W niektórych krajach, np. Wielkiej Brytanii, stosowane są rozwiązania prawne, dzięki którym każdy kierowca – pod karą grzywny – ma obowiązek poinformować instytucję odpowiedzialną za rejestrowanie kierowców (Driving Vehicle Licencing Agency) o zmianie stanu zdrowia mogącej wpływać na zdolność do kierowania pojazdem. Jeśli tego nie zgłosi na obowiązującym formularzu (potwierdzonym przez lekarza pierwszego kontaktu) i spowoduje wypadek, czeka go dodatkowa odpowiedzialność karna [24].

W Polsce zmiany w stanie zdrowia kierowców amatorów nie są monitorowane ani nie tworzy się stosownego klimatu społecznego dla współodpowiedzialności kierowców za ich zdolność do kierowania pojazdem. *De facto* nie ma współpracy między lekarzem orzecznikiem a kierowcą czy kandydatem na kierowcę. Procedura orzecznicza przypomina raczej grę w policjantów i złodziei, w której badany jest zainteresowany zatajeniem przed lekarzem wszelkich informacji o stanie zdrowia, które mogą wpłynąć na decyzję orzeczniczą. Ponadto ustawodawca zrezygnował z orzecznictwa lekarskiego o zdolności do kierowania pojazdami wobec uczestników wypadków drogowych (niezależnie, czy są

sprawcami, czy ofiarami tych zdarzeń), a orzecznictwu psychologicznemu podlegają jedynie ci, którym sądowie orzeczone winę (na badania trafiają dopiero po zakończeniu długotrwałych czynności procesowych).

Z innej strony, stwierdzone w badaniu psychologicznym kierowców deficyty poznawcze i/lub zaburzenia emocjonalne, które są następstwem przeżycia traumatycznego wydarzenia (nie tylko wypadku drogowego), niezależnie od ich nasilenia mogą stanowić podstawę do cofnięcia uprawnień do kierowania pojazdami. Może to prowadzić do wykluczenia jednostki z istotnych dla niej aktywności bez możliwości poddania się terapii i poprawy psychicznego funkcjonowania.

Przedstawione wyniki badań powinny inspirować do prowadzenia dalszych analiz oraz stać się punktem odniesienia w dyskusji o znaczeniu i metodyce psychologicznych badań kierowców w naszym kraju.

Walorem przedstawionych badań jest samo podjęcie problemu zdrowia psychicznego sprawców wypadków drogowych i rozpoznanie dolegliwości związanych z ewentualnym urazem psychicznym. Autorki niniejszej publikacji sądzą, że analizy w tym zakresie należy kontynuować w większych grupach respondentów, z uwzględnieniem danych wykraczających poza badania psychologiczne. Wzięcie pod uwagę danych pochodzących z rejestrów policyjnych pozwoliłoby precyzyjniej oceniać przyczyny i skutki wypadków, a także zapewniłoby większą moc wnioskowania statystycznego. Wydaje się, że warto śledzić zmiany w funkcjonowaniu psychicznym kierowców będących sprawcami wypadków drogowych od momentu samego wypadku po zakończenie czynności prawnych i odnosić je do zdolności kierowania pojazdem przez te osoby.

## PODZIĘKOWANIA

Autorki pragną podziękować dyrekcji Mazowieckiego Wojewódzkiego Ośrodka Medycyny Pracy i zatrudnionym w nim psychologom za możliwość przeprowadzenia badania i pomoc w gromadzeniu wyników.

## PIŚMIENNICTWO

1. Jażdżik-Osmólska A. [red.]: Wycena kosztów wypadków i kolizji drogowych na sieci dróg w Polsce na koniec roku 2013 z wyodrębnieniem średnich kosztów społeczno-ekonomicznych wypadków na transeuropejskiej sieci transportowej. Ministerstwo Infrastruktury i Rozwoju, Sekretariat Krajowej Rady Bezpieczeństwa Ruchu Drogowego, Warszawa 2014
2. Blanchard E.B., Hickling E.J.: After crash. Psychological assessment and treatment of survivors of motor vehicle accidents. APA, Washington D.C. 2003, ss. 3–115
3. Blattenberger G., Fowles R., Loeb P.D.: Determinants of motor vehicle crash fatalities using Bayesian model selection methods. *Res. Transp. Econ.* 2013;43(1):112–122, <http://dx.doi.org/10.1016/j.retrec.2012.12.004>
4. Smith R.S.: Psychological trauma following automobile accident: A review of literature. *Am. J. Forensic Psychol.* 1989;7(4):5–20
5. Kramer D.: The emotional toll of motor vehicle accidents. *Transport Top.* 2001;27:9
6. Kuhn E., Drescher K., Ruzek J., Rosen C.: Aggressive and unsafe driving in male veterans receiving residential treatment for PTSD. *J. Trauma. Stress* 2010;23(3):399–402, <http://dx.doi.org/10.1002/jts.20536>
7. O'Donnell M.L., Creamer M., Elliot P., Atkin C.: Health costs following motor vehicle accidents: The role of posttraumatic stress disorder. *J. Trauma. Stress* 2005;18(5): 557–561, <http://dx.doi.org/10.1002/jts.20064>
8. Mayou R., Bryant B., Duthie R.: Psychiatric consequences of road traffic accidents. *Br. Med. J.* 1993;307:647–651, <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.307.6905.647>
9. Johnsen G., Asbjornsen A.: Consistent impaired verbal memory in PTSD: A meta-analysis. *J. Affect. Disord.* 2008; 111(1):74–82, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2008.02.007>
10. Fani N., Kitayama N., Ashraf A., Reed L., Afzal N., Jawed F. i wsp.: Neuropsychological functioning in patients with posttraumatic stress disorder following short-term paroxetine treatment. *Psychopharmacol. Bull.* 2009;42(1):53–68
11. Neena S.: Memory, attention, function, and mood among patients with chronic posttraumatic stress disorder. *J. Nerv. Ment. Dis.* 2000;188(12):818–823, <http://dx.doi.org/10.1097/00005053-200012000-00005>
12. Foeckler M.M., Garrard F.H., Williams C.G., Thomas A.M., Jones T.J.: Vehicle drivers and fatal accidents. *Suicide Life Threat. Behav.* 1978;8:174–182, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1943-278X.1978.tb00584.x>
13. Chesser B.J.: Coping with accidentally killing another person: A case study approach. *Fam. Relat.* 1981;30: 463–473, <http://dx.doi.org/10.2307/584044>
14. Lovinger T., Salomon Z.: PTSD, guilt, and shame among reckless drivers. *J. Loss Trauma* 2004;9:327–344, <http://dx.doi.org/10.1080/15325020490477704>
15. Nickerson A., Aderka I.M., Bryant R.A., Hofmann S.G.: The role of attribution of trauma responsibility in posttraumatic stress disorder following motor vehicle accidents. *Depress. Anxiety* 2013;30:483–488, <http://dx.doi.org/10.1002/da.22006>

16. Rassool S.A, Nel P.W.: Experiences of causing an accidental death: Interpretative phenomenological analysis. *Death Stud.* 2012;36:832–857, <http://dx.doi.org/10.1080/07481187.2011.610559>
17. Valent P.: Clinical observations of causers and victims of motor vehicle incidents. *Traumatology* 2007;13(3):32–37, <http://dx.doi.org/10.1177/1534765607305436>
18. Merez D., Waszkowska M., Wężyk A.: Psychological consequences of trauma in MVA perpetrators – Relationship between post-traumatic growth, PTSD symptoms and individual characteristics. *Transp. Res. F* 2012;15:565–574, <http://dx.doi.org/10.1016/j.trf.2012.05.008>
19. Ustawa z dnia 20 czerwca 1997 r. Prawo o ruchu drogowym. DzU z 2005 r. nr 108, poz. 908 z późn. zm.
20. Cross M., McCanne T.R.: Validation of a self-report measure of posttraumatic stress disorder in a sample of college-age women. *J. Trauma. Stress* 2001;14(1):135–147, <http://dx.doi.org/10.1023/A:1007843800664>
21. Koniarek J., Dudek B.: Zespół zaburzeń po stresie urazowym a stosunek do pracy strażaków. *Med. Pr.* 2001;52(3): 177–183
22. American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition.* American Psychiatric Association, Washington D.C. 1994, ss. 424–429
23. Ustawa z dnia 5 stycznia 2011 r. o kierujących pojazdami. DzU z 2015 r., poz. 155
24. Gov.uk: Posttraumatic stress disorder and driving [cytowany 3 lutego 2015]. Adres: <http://www.gov.uk/post-traumatic-stress-disorder-and-driving>

POIG.01.03.01-10-085/09

Zintegrowany system monitorowania  
stanu psychofizycznego kierujących pojazdami  
w celu minimalizacji zagrożeń w ruchu drogowym