

BOHDAN DUDEK, WIESŁAW SZYMCZAK
Instytut Psychologii Uniwersytet Łódzki

POTRZEBA ROZMOWY O ZDARZENIU TRAUMATYCZNYM A POZIOM SYMPTOMÓW PTSD

Zdarzenie traumatyczne, to takie zdarzenie, w którym uczestniczący człowiek ma poczucie zagrożenia życia lub zdrowia swojego bądź bliskich mu osób i odczuwa w związku z tym silne negatywne emocje (APA, 1994). Uczestnictwo w takim zdarzeniu powoduje, prawie u wszystkich osób, powstanie nadmiernego pobudzenia, silną tendencję do unikania sygnałów związanych z tym zdarzeniem lub odrętwienia emocjonalnego i natrętnie powracających obrazów tego zdarzenia, na jawie albo we śnie. Jest to normalna reakcja na ekstremalną sytuację, która u większości uczestników mija po kilku dniach czy tygodniach. U niektórych osób wspomniane reakcje (objawy) utrzymują się dłużej niż jeden miesiąc. Wtedy taki stan ma już charakter choroby, która nosi nazwę: zaburzenie po stresie traumatycznym (*posttraumatic stress disorder*) – PTSD / (APA, 1994).

We współczesnym świecie człowiek ma sposobność częstego narażania się na zdarzenia traumatyczne (Lis-Turlejska, 2005). W niektórych grupach społecznych, takich jak kryminaliści (Kaczmarczyk, 2004), alkoholicy, bezdomni, czy zawodowych, tj. strażacy (Corneil i in., 1999; Dudek, Koniarek, 2004), policjanci (Carlier i in., 1997; Dudek, 2003; Maia i in., 2007) uczestniczenie w zdarzeniach traumatycznych jest częstsze niż w całym społeczeństwie. Od lat 80. zeszłego stulecia, tzn. od wprowadzenia do DSM nowej jednostki chorobowej pod nazwą PTSD, pojawiły się wyniki wielu badań, w których próbowano ustalić poziom narażenia na zdarzenia traumatyczne, częstość występowania PTSD. Tworzono również teorie mające wyjaśnić powstawanie zaburzenia po stresie traumatycznym (Horowitz, 1986; Foa, Rothbaum, 1991; McNally, 2003). Równocześnie sprawdzano skuteczność różnych terapii i zabiegów prewencyjnych, które mogłyby efektywnie usuwać to zaburzenie lub chronić przed jego powstaniem (Dudek, 2003).

W niektórych teoriach przyjmuje się założenie, że jednym ze skuteczniejszych sposobów leczenia lub ochrony przed rozwojem PTSD, jest rozmawianie

o danym zdarzeniu traumatycznym. Takie założenie przyjmuje się np. w terapii poznawczo-behawioralnej (Foa, Rothbaum, 1991). Również w zabiegach prewencyjnych, takich jak debriefing (Mitchel, Bray, 1990) czy w modelu Bravera (1992), przewiduje się rozmowę o zdarzeniu z jego uczestnikami. Rozmowa ma umożliwić im rozładowanie nagromadzonego napięcia emocjonalnego, przetworzenie informacji płynących ze zdarzenia traumatycznego i ich asymilacji ze schematami poznawczymi utrwalonymi przez jednostki podczas ich dotychczasowego życia (Horowitz, 1986). Czasami liczy się na to, że rozmowa o zdarzeniu traumatycznym pozwoli jednostce uświadomić sobie, iż jej reakcja na to zdarzenie jest normalną, często występującą reakcją u ludzi znajdujących się w takich ekstremalnych sytuacjach. Zmiana oceny reakcji może być czynnikiem przywracającym poczucie normalności, a wręcz przeciwnie, że się jest nienormalnym, może być źródłem silnego lęku.

Korzyść z rozmowy o zdarzeniu może być większa lub mniejsza. Zależy to od wielu czynników. Jednym z nich jest chęć bądź potrzeba takiej rozmowy. Pod tym względem mogą wystąpić następujące sytuacje:

- ktoś może nie mieć potrzeby rozmawiania na temat zdarzenia traumatycznego;
- ktoś może mieć potrzebę porozmawiania, ale nie chce ujawnić swoich emocji i reakcji;
- ktoś może mieć potrzebę, ale może nie mieć sposobności na prowadzenie takiej rozmowy (np. nie znajduje osoby, która chciałaby go wysłuchać);
- ktoś może mieć potrzebę rozmowy o zdarzeniu i znajduje taką sposobność.

Z punktu widzenia negatywnych skutków występujących po zdarzeniu traumatycznym, które przyjmują postać symptomów PTSD, można przypuszczać, że najmniej powodów do powstania i trwałości PTSD mają osoby nie mające potrzeby rozmawiania o zdarzeniu. Można wymienić dwa powody tej odporności. Takie osoby:

- 1) szybko i łatwo radziły sobie z przyswojeniem informacji płynących ze zdarzeń traumatycznych, jakie napotkały w przeszłości;
- 2) mają odporną osobowość i nie reagują emocjonalnie na zdarzenia traumatyczne.

Na drugim miejscu, ze względu na niski poziom symptomów PTSD, powinny być osoby, które miały potrzebę rozmowy o zdarzeniu i ją zaspokoili (dzięki debriefingowi, wczesnej psychoterapii lub wsparciu społecznemu). Na kolejnym miejscu powinny się uplasować te osoby, które miały potrzebę, lecz nie porozmawiały o zdarzeniu traumatycznym z różnych powodów, bo nie chciały rozmawiać lub nie miały takiej sposobności. Między tymi dwoma grupami osób nie powinna wystąpić istotna różnica pomiędzy poziomami symptomów PTSD, gdyż są one podobne do siebie; w ich skład wchodziły osoby mające chęć rozmowy o zdarzeniu, lecz nie mogące tej chęci zaspokoić.

Celem obecnego badania było sprawdzenie, czy istnieje związek pomiędzy występowaniem potrzeby rozmowy o zdarzeniu traumatycznym i charakteru jej zaspokojenia a rozwojem symptomów PTSD. Gdyby potwierdzone zostały przypuszczenia przedstawione powyżej, uzasadnione byłoby stosowanie debriefingu i tych terapii, w których istotną rolę odgrywa rozmowa o zdarzeniu traumatycznym. Przyjmując powyższe rozważania, sformułowano następujące hipotezy:

H₁ – Kategoria osób, które nie odczuwały potrzeby rozmowy o zdarzeniu traumatycznym będzie charakteryzować się niższym poziomem symptomów PTSD niż osoby, które miały taką potrzebę.

H₂ – Kategoria osób, które odczuwały potrzebę rozmowy o zdarzeniu traumatycznym i przeprowadziły taką rozmowę, będzie charakteryzować się wyższym poziomem symptomów niż osoby bez tej potrzeby (patrz H₁), ale osoby z tej kategorii będą miały niższy poziom symptomów PTSD niż te, które odczuwały taką potrzebę, lecz nie mogły, z różnych powodów (braku chęci lub sposobności), jej zaspokoić.

H₃ – Kategorie osób odczuwających potrzebę rozmowy, ale niemogących, z różnych powodów jej zaspokoić, będą charakteryzować się podobnym poziomem symptomów PTSD.

Weryfikacja powyższych hipotez była możliwa dzięki badaniu policjantów, opisanym dokładniej w innej publikacji (Dudek, 2003). Badanie było zorganizowane zgodnie z modelem badań podłużnych i przeprowadzone zostało w dwóch etapach. W etapie I objęto badaniami 833 funkcjonariuszy, którym przedstawiono definicję zdarzenia traumatycznego i spytano, czy podczas odbywania służby w policji przeżyli takie zdarzenie. Jeśli przeżyli takich zdarzeń więcej, otrzymywali zadanie wybrania najbardziej traumatycznego z nich i utrzymywanie go w pamięci, gdyż następne pytania będą dotyczyły właśnie jego. Zapytano również badanych, czy odczuwali potrzebę rozmowy o tym zdarzeniu i czy ją odbyli. Średni wiek badanych funkcjonariuszy wynosił 28,5 roku (SD = 5,59), średni staż w policji wynosił 6,9 roku (SD = 4,97). 479 funkcjonariuszy (57,4% wszystkich badanych) uczestniczyło co najmniej w jednym zdarzeniu traumatycznym. Odpowiedź na pytanie o odczuwanie potrzeby rozmowy otrzymano od 476 badanych. W etapie II, który odbył się po upływie 12–14 miesięcy, próbowano dotrzeć do wszystkich osób przebadanych w etapie I. Udało się to zrobić tylko w 399 przypadkach, co stanowiło 47,9% grupy wyjściowej. Średni wiek badanych wniósł 27,2 roku (SD = 7,34), a średnia długość stażu w policji = 6,2 roku (SD = 4,84). Badanych w etapie II funkcjonariuszy zapytano, czy uczestniczyli w ostatnim roku w jakimś zdarzeniu, które zasługiwałoby na określenie „zdarzenie traumatyczne”. Do uczestnictwa w takim zdarzeniu przyznało się 36 funkcjonariuszy, tj. 9% osób badanych w etapie II, w tym 19 policjantów, którzy udzielili odpowiedzi na pytanie o odczuwanie potrzeby rozmowy o zdarzeniu w etapie I.

Przeprowadzone badanie umożliwiło dokonanie analizy związku dwóch zmiennych, tj. potrzeby rozmowy i symptomów PTSD, na danych zbieranych zgodnie z procedurą przekrojową (wyniki badania etapu I) i podłużną (zmienna niezależna mierzona w etapie I, a zmienna zależna – w etapie II). Zmienną niezależną była potrzeba rozmowy i mierzono ją za pomocą jednego pytania z kategoriami odpowiedzi. Miało ono następującą postać:

„Czy miał Pan potrzebę, chęć rozmawiania, i czy rozmawiał Pan z kimś o swoich reakcjach, odczuciach, przeżyciach związanych ze zdarzeniem, które Pan opisał?

(Proszę otoczyć kółkiem numer Pana odpowiedzi)

- 1) w ogóle nie miałem takiej potrzeby;
- 2) miałem taką potrzebę, chęć, ale uznałem, że nie ma sensu mówić o tym innym, wolałem zachować to dla siebie;
- 3) miałem taką potrzebę, ale nie bardzo miałem z kim o tym porozmawiać;
- 4) miałem taką potrzebę i rozmawiałem”.

Zmienną zależną był poziom symptomów PTSD, który mierzono za pomocą kwestionariusza K-PTSD (Koniarek i in., 2000), składającego się z trzech grup pytań:

- 1) o to, czy badany doświadczył zdarzenia traumatycznego i prośby o jego opis,
- 2) siedemnastu pytań o częstość lub intensywność trzech rodzajów charakterystycznych dla PTSD symptomów (5 dotyczyło objawów nawracania, 7 – unikania i 5 – zwiększonego pobudzenia),
- 3) dwóch pytań o to, który z objawów trwał co najmniej przez miesiąc i czy występuje obecnie.

Do każdego z 17 pytań dołączona była 7-punktowa skala szacunkowa, na której badany zaznaczał swoją odpowiedź. Suma zaznaczonych punktów stanowiła wskaźnik poziomu symptomów PTSD. Współczynniki rzetelności *alfa* Cronbacha dla poszczególnych skal wynosiły odpowiednio: 0,78, 0,74 i 0,87. Zgodność wewnętrzna całego kwestionariusza osiągnęła poziom 0,90 (Koniarek i in., 2000).

WYNIKI

W tabeli 1 przedstawione są wyniki ukazujące liczbę osób wybierających określoną kategorię odpowiedzi na pytanie o potrzebę rozmowy o zdarzeniu traumatycznym, w obu etapach badania. Najliczniejszą grupę stanowiły osoby odczuwające potrzebę rozmowy i mogące tę potrzebę zaspokoić. W etapie II można poddać analizie bardzo małą liczbę osób.

Tabela 1

Liczba osób wybierających daną odpowiedź na pytanie o potrzebę rozmowy

Kategorie odpowiedzi	Etap I		Etap II	
	N	%	N	%
1. Nie miałem takiej potrzeby	112	23,5	6	1,6
2. Miałem potrzebę, ale nie chciałem rozmawiać	81	17,0	2	10,5
3. Miałem potrzebę, ale nie miałem z kim porozmawiać	40	8,4	1	5,3
4. Miałem potrzebę i rozmawiałem	243	51,1	10	52,6
Razem	476	100,0	19	100,0

Wyniki pozwalające zweryfikować postawione hipotezy przedstawiono w dwóch poniższych tabelach (2 i 3). W etapie I kolejność kategorii osób badanych była zgodna z przyjętymi hipotezami. Najniższym poziomem symptomów PTSD cechowały się osoby, które nie odczuwały potrzeby rozmowy. Badani odczuwający taką potrzebę, którzy ją zaspokoili, charakteryzowali się niższym poziomem symptomów w porównaniu z osobami, które także miały taką potrzebę, ale nie chciały bądź nie mogły jej zaspokoić. Między dwoma ostatnimi kategoriami osób nie było istotnej statystycznie różnicy w poziomach symptomów PTSD.

Tabela 2

Zależność poziomu symptomów PTSD od kategorii odpowiedzi na pytanie o potrzebę rozmowy o zdarzeniu traumatycznym – etap I

Kategorie odpowiedzi	Poziom symptomów PTSD	
	Średnia	SD
1. Nie miałem takiej potrzeby	21,7	8,28
2. Miałem potrzebę, ale nie chciałem rozmawiać	34,3	16,20
3. Miałem potrzebę, ale nie miałem z kim porozmawiać	39,2	14,43
4. Miałem potrzebę i rozmawiałem	29,9	12,83
p<	0,001	
Pary kategorii osób różniących się istotnie statystycznie na poziomie $p < 0,05$	1 < 2, 3, 4 4 < 2, 3	

Zupełnie odmienne wyniki uzyskano w etapie II, kiedy można było uważać, że otrzymano je w badaniach przeprowadzonych zgodnie z procedurą podłużną. Okazało się, że średnie wartości poziomów symptomów poszczególnych kategorii osób nie różnią się istotnie statystycznie. Sądzymy, że brak istotności

różnic jest spowodowany niską liczebnością kategorii 2 i 3, tj. osób, które miały potrzebę rozmowy, ale jej, z różnych powodów, nie zaspokoili. Dlatego połączono kategorie osób odczuwających potrzebę rozmowy o zdarzeniu traumatycznym i porównano ją z kategorią osób, które takiej potrzeby nie odczuwały. Wówczas różnica między średnimi wartościami symptomów okazała się statystycznie istotna, ale wyniki porównania poziomów symptomów były niezgodne z hipotezą 1. Kategoria osób nie odczuwających potrzeby rozmowy o zdarzeniu charakteryzowała się istotnie wyższym poziomem symptomów PTSD od kategorii osób, które taką potrzebę odczuwały. Ponieważ badani zaliczeni w II etapie do grona osób nie odczuwających potrzeby rozmowy mogli być szczególnie wrażliwi, z jakiegoś powodu, na powstanie symptomów PTSD, sprawdzono, jaki poziom symptomów ujawnili oni w etapie I. Odpowiednie wyniki ujęto w tab. 3, w kolumnie trzeciej. Wskazują one, że nie można ocenić tych osób jako szczególnie wrażliwych, ponieważ w I etapie ujawniły one niższy poziom symptomów PTSD niż pozostałe. To, że różnica okazała się nieistotna statystycznie, mogło wynikać z małej liczebności tej grupy.

Tabela 3

Zależność poziomu symptomów PTSD od kategorii odpowiedzi na pytanie o potrzebę rozmowy o zdarzeniu traumatycznym – etap II

Kategorie odpowiedzi	Poziom symptomów					
	Etap II		Etap II		Etap I	
	średnia	SD	średnia	SD	średnia	SD
1. Nie miałem takiej potrzeby	46,8	31,21	46,8	31,21	22,8	6,18
2. Miałem potrzebę, ale nie chciałem rozmawiać	23,5	3,54	24,8	11,68	29,9	13,15
3. Miałem potrzebę, ale nie miałem z kim porozmawiać	26,0	–				
4. Miałem potrzebę i rozmawiałem	25,0	13,42				
Poziom istotności statystycznej	p = 0,20		p = 0,036		p = 0,316	

WNIOSKI

Z przeprowadzonych badań wypływają sprzeczne wnioski. Z analizy wyników badania przekrojowego (etap I) można wnioskować, że brak potrzeby rozmowy o zdarzeniu traumatycznym świadczy o odporności na rozwój symptomów PTSD. Taki wniosek wydawał się prawdziwy, gdyż był zgodny z naszymi uzasadnionymi hipotezami i z wynikami wcześniej przeprowadzonych przez nas badań przekrojowych, wykonanych na reprezentatywnej próbie polskich strażaków (Dudek, 2000).

Z analizy wyników badania podłużnego (etapy I i II) wynika jednak, że brak potrzeby rozmowy o zdarzeniu traumatycznym świadczy o zwiększeniu wrażliwości na rozwój symptomów PTSD po doświadczeniu następnego zdarzenia. Ten wniosek uznajemy za prawdziwy, gdyż można z dużym prawdopodobieństwem założyć, że w badaniu przekrojowym, zwłaszcza wtedy, gdy zmienne mierzone są metodami samoopisowymi, występuje wspólne źródło wariacji. Jest ono spowodowane tendencją osób badanych do udzielania spójnych odpowiedzi na pytania zadawane w badaniu. Ta tendencja wynika z dobrze znanej i udokumentowanej skłonności ludzi do unikania dysonansu poznawczego. Funkcjonariusze ujawniający niski poziom symptomów PTSD mogą przypisać sobie cechę „twardości” w reakcji na zdarzenia, które u innych osób wywołują silne, emocjonalne reakcje. Zgodnie więc z tą cechą odpowiadają na następne pytania zadawane im podczas badania. Brak chęci rozmowy o zdarzeniu oznacza, że dane zdarzenie ich nie poruszyło emocjonalnie, a to jest oznaką „twardości”.

Przedstawiony tok rozumowania prowadzi do ogólnego wniosku metodologicznego, że wszystkie badania przekrojowe, w których zastosowano pomiar metodami samoopisowymi, obciążone są wspólnym źródłem wariacji, co prowadzi do tego, że ustalone w nich zależności mają charakter pozorny.

Wyniki otrzymane w badaniu podłużnym mogą nie dawać prawdziwego obrazu zależności między potrzebą rozmowy o zdarzeniu traumatycznym a rozwojem symptomów PTSD z trzech powodów: (1) mało licznej grupy osób uczestniczących w etapie II; (2) tego, że potrzebę rozmowy o zdarzeniu traumatycznym ustalono wobec specyficznego zdarzenia, opisanego w etapie I, które mogło być inne, pod względem dramatyzmu, niż zdarzenie przeżywane w etapie II; (3) tego, że dla osób nie odczuwających potrzeby rozmowy zdarzenie doświadczone podczas przerwy między I i II etapem mogło być którymś z kolei, powodując wielokrotną traumę; takiej cechy zdarzenia zaś nie mierzono. Przedstawione wątpliwości wskazują na potrzebę dalszego badania czynników warunkujących reakcję ludzi na zdarzenia traumatyczne.

BIBLIOGRAFIA

American Psychiatric Association (APA) (1994), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder* (wyd. 4), Author, Washington, DC

Braverman M. (1992), *Posttrauma crisis intervention in the workplace*, [w:] J. C. Quick, I. R. Murphy, I. I. Hurrell (red.), *Stress and Well-being at Work: Assessment and Intervention for Occupational Mental Health*, American Psychological Association, Washington, 290–316.

Carlier I. V. E., Lamberts R. D., Gersons B. P. R. (1997), *Risk factors for post-traumatic stress symptomatology in police officers. A prospective analysis*, „Journal Nervous Mental Disease”, 185 (8), 498–506

Corneil W., Beaton R., Murphy S., Johnson C., Pike K. (1999), *Exposure to traumatic incidents and prevalence of posttraumatic symptomatology in urban fire-fighters in two countries*, „Journal Occupational Health Psychology”, 4 (2), 131–141

Dudek B. (2000), *Zespół zaburzeń po stresie urazowym wśród funkcjonariuszy PSP – uwarunkowania i skutki. Opracowanie systemu zapobiegania i ograniczania negatywnych konsekwencji tego zespołu*. Niepublikowany raport z realizacji projektu badawczego zamawianego nr PBZ 010-11, Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera, Łódź

Dudek B. (2003), *Zaburzenie po stresie traumatycznym*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk

Dudek B., Koniarzek J. (2004), *Osobowościowe uwarunkowania rozwoju zaburzeń po stresie traumatycznym*, [w:] J. Strelau (red.), *Osobowość a ekstremalny stres*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk, 183–198

Foa E. B., Rothbaum B. O. (1991), *Treatment of post-traumatic stress disorder in rape victims: comparison between behavioral procedures and counseling*, „Journal Consulting Clinical Psychology”, **59**, 715–723

Horowitz M. J. (1986), *Stress Response Syndromes*, (wyd. 3), Jason Aronson INC, Norrthwale, New Jersey, London

Kaczmarczyk E. (2004), *Rozpowszechnienie zdarzeń traumatycznych wśród więźniów osadzonych w zakładach karnych*, „Nowiny Psychologiczne”, **3**, 89–98

Koniarzek J., Dudek B., Szymczak M. (2000), *Kwestionariusz do pomiaru zespołu zaburzeń po stresie urazowym (K-PTSD) – zastosowanie PTSD-Interview Ch. Watsona i jego współpracowników w badaniach grupowych*, „Przegląd Psychologiczny”, **43**, 2, 205–216

Lis-Turlejska M. (2005), *Traumatyczne zdarzenia i ich skutki psychiczne*, Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN, Warszawa

Maia D. B., Marmar C. L., Metzler T., Nobrega A., Berger W., Mendlowicz M. V., Coutinho E. S. F., Figueira I. (2007), *Post-traumatic stress symptoms in an elite unit of Brazilian police officers: Prevalence and impact on psychosocial functioning and on physical and mental health*, „Journal of Affective Disorders”, **97**, 241–245

McNally R. J. (2003), *Progress and Controversy in the Study of Posttraumatic Stress Disorder*, „Annual Review Psychology”, **54**, 220–252

Mitchell J. T., Bray G. (1990), *Emergency services stress. Guidelines for preserving the health and careers of emergency services personnel*, Prentice Hall Inc., New Jersey

BOHDAN DUDEK, WIESŁAW SZYMCZAK

NEED OF TALKING ABOUT A TRAUMATIC EVENT AND PTSD SYMPTOMS DEVELOPMENT

There were many studies on treatment and prophylaxis of PTSD. It was assumed that a need of talking about the traumatic event has been a factor moderating relationship between exposure to traumatic event and PTSD symptoms development. Aim of the study was to test this assumption. The study was conducted on police officers according longitudinal procedure, it means that the study was performed in two stages with one year break. It was a possibility to make an analysis of obtained results as if it were two studies; cross-sectional and longitudinal ones. Each analysis let us draw opposing conclusions. Need of talking about traumatic event appeared to be a resistance factor in former one and a sensibilizing factor in letter one.

Key words: traumatic stress, PTSD, longitudinal study, cross-sectional study.