



## Przebieg PTSD u osób deportowanych w dzieciństwie do ZSRR

*The course of PTSD in persons deported in childhood to the Soviet Union*

ROBERT PUDLO, MAŁGORZATA PUDLO, JERZY MATYSIAKIEWICZ,  
PIOTR GORCZYCA, ROBERT HESE

Z Katedry Psychiatrii Wydziału Lekarskiego w Zabrze Śląskiej Akademii Medycznej

### STRESZCZENIE

**Cel.** Przedstawiono przebieg zaburzeń stresowych pourazowych u osób deportowanych w dzieciństwie do ZSRR.

**Przypadek.** U trzech osób deportowanych w dzieciństwie do ZSRR rozpoznano zaburzenia stresowe pourazowe. U wszystkich opisanych chorych obserwowano wieloletni okres latencji objawów z dość dobrym przystosowaniem społecznym, a następnie bardzo szybkie narastanie objawów chorobowych – psychopatologicznych i somatycznych, z przyspieszonym starzeniem.

**Komentarz.** Wydaje się, że zaburzenia stresowe pourazowe u osób deportowanych w dzieciństwie do ZSRR charakteryzuje specyficzna dynamika, z długim okresem latencji i późniejszym gwałtownym pogorszeniem.

### SUMMARY

**Objective.** The course of PTSD in people deported in childhood to the Soviet Union is reported in the paper.

**Case.** In three persons deported in childhood to the SU post-traumatic stress disorder was diagnosed. In all the three cases a period of PTSD symptoms latency lasting many years, with a rather good social adjustment, was followed by a very rapid aggravation of both psychopathological and somatic symptoms, as well as an accelerated ageing.

**Commentary.** In individuals deported in childhood to the SU, PTSD seems to have a specific dynamics, with a long period of latency followed by rapid deterioration.

---

**Słowa kluczowe:** stres pourazowy / deportacja

**Key words:** post-traumatic stress disorder / deportation

---

Zaburzenia stresowe pourazowe są często opisywanym zjawiskiem psychopatologicznym. W obowiązującej klasyfikacji międzynarodowej umieszczone są w dwóch miejscach: wśród zaburzeń nerwicowych i zaburzeń osobowości [1]. Przynależność klasyfikacyjna tych zespołów jest opisana zarówno w nowym podręczniku psychiatrii, jak i w innych publikacjach [2, 3]. Polscy autorzy prowadzili badania nad stresem pourazowym już w latach sześćdziesiątych, o czym warto pamiętać czytając niektóre anglojęzyczne pozycje, błędnie datujące początek badań nad PTSD na lata osiemdziesiąte [4]. W piśmiennictwie zwraca się uwagę, że początek zaburzeń może nastąpić po różnej długości okresie latencji [3, 5, 6, 7]. W niektórych, pracach pojawia się podział na okresy rozwoju zaburzeń pourazowych, wśród których widoczny jest okres dobrego funkcjonowania i kompensacyjny wzrost aktywności zawodowej [7, 8]. Podkreśla się też, że szczególnie traumatyzujące jest przeżycie kaskady wydarzeń stresowych z początkiem w dzieciństwie [3]. Deportacja w dzieciństwie wydaje się więc wręcz modelową sytuacją wywołującą późniejsze zaburzenia psychiczne. Autorzy niniejszego doniesienia spotkali się ze znaczną grupą osób deportowanych, w czasie oceny stanu zdrowia dla

potrzeb orzecznich. W grupie tej uwagę zwraca bardzo długi okres dobrego funkcjonowania. Poniżej naszkicowano życiorysy chorych, które wydają się ilustratywne dla przedstawionej obserwacji.

### OPIS PRZYPADKÓW

#### Przypadek 1

Pierwsza z opisywanych pacjentek urodziła się w 1932 r. na terenach zajętych w 1939 r. przez ZSRR. Jej ojciec zginął w czasie deportacji, śmiercią głodową, w 47 roku życia. Matka dożyła 83 roku życia, przed śmiercią cierpiała na głębokie zaburzenia pamięci. Ma pięcioro rodzeństwa. Dwóch braci nie żyje. W 1940 r. została z rodziną wywieziona do północnego Kazachstanu, gdzie przebywała 6 lat. Mieszkała w różnych miejscach, zwykle w trzcinowo-glinianych barakach. Pomieszczenia były wieloosobowe. Wspomina głód, mróz i wszechobecne wszy. Przebyła tyfus i malarię, po repatriacji zachorowała na gruźlicę.

W 1946 r. wróciła do kraju, przez rok mieszkała w domu dziecka, próbowała uzupełniać wykształcenie. Szkołę podstawową ukończyła w wieku 16 lat, rozpoczęła

naukę w szkole zawodowej, ale nie ukończyła jej, ponieważ musiała zarabiać na życie. W trakcie pracy ukończyła kurs kreślarski. Powoli awansowała w pracy. Wyszła za mąż w 1964 r., po roku wyjechała z mężem do Niemiec. Ma jedną córkę w wieku 32 lat.

Od kilku lat cierpi na zaburzenia snu, z powodu niepokoju ma trudności z zaśnięciem, a gdy zaśnie, budzi się nad ranem z lękiem. W ciągu dnia wielokrotnie, wbrew woli wspomina okres deportacji. Od czterech lat ma głębokie zaburzenia skupiania uwagi, niejednokrotnie w niebezpieczny sposób przechodziła przez jezdnię. Nie potrafi zapamiętać umówionych terminów ani schowanych rzeczy. Najgorzej czuje się w godzinach porannych. Obserwuje też roczne wahania nastroju, z najgorszym samopoczuciem jesienią i najlepszym latem. Leczy się psychiatrycznie od ok. 3 lat. Nie ma dokumentacji, nie pamięta zażywanych leków.

W czasie badania była zorientowana, w kontakcie rzeczowym, nastrój obniżony z wahaniami dobowymi i rocznymi, niepokój ruchowy. Reakcje emocjonalne z elementami nietrzymania afektu, dostosowane co do znaku. Tok myślenia zwolniony, lepki, przechodzący w rozwlekły, silne napięcie emocjonalne, zaburzenia snu, lęki nocne, przymusowe wspomnienia. Zaburzenia skupiania uwagi i zapamiętywania.

### Przypadek 2

Druga osoba urodziła się w 1931 r. we Lwowie. Ojciec, policjant, został zatrzymany po wkroczeniu Armii Czerwonej, nigdy nie wrócił do kraju. Matka zmarła w czasie deportacji w 34 roku życia. Ma jednego brata, w wieku 71 lat, który przebywał wraz z nią na zesłaniu. W latach 1940–1946 deportowana. Przeżyła śmierć matki, następnie z bratem tułała się, przygarniana przez przypadkowe rodziny na okresy 2–3 miesięcy. Mieszkali na ogół w ziemiankach, cierpieli z powodu głodu, niepewności, sieroctwa i niegodnych warunków bytowych. W 1946 r. z polskim sierocińcem wróciła do kraju.

Zaopiekowała się nią ciotka. Szybko podjęła pracę w zakładach optycznych jako szlifierz szkieł okularowych. Ukończyła technikum ekonomiczne dla pracujących, zmieniła stanowisko pracy na umysłowe. Przepracowała zawodowo około 50 lat. W ostatnich latach pracowała na pół etatu.

Zamężna od 1971 r., ma jedną córkę w wieku 29 lat.

Od kilku lat leczy się z powodu nadciśnienia tętniczego i choroby niedokrwiennej serca. Skarży się na koszmarne sny i przymusowe wspomnienia okresu deportacji. Widoczny jest zwiększony poziom lęku, rodzaj „pogotowia lękowego”. Dolegliwości pojawiły się w ostatnich kilku latach.

W czasie badania zorientowana, w kontakcie rzeczowym, nastrój obniżony bez rytmu dobowego, wzmożone napięcie emocjonalne, lęk, niepokój ruchowy, nadmierna czujność. Tok myślenia o prawidłowej szybkości, spójny, z cechami lepkości i rozwlekłości. Reakcje emocjonalne dostosowane, o nadmiernej amplitudzie.

### Przypadek 3

Trzecim opisywanym chorym jest mężczyzna, który urodził się w 1935 r. na terenie obecnej Białorusi. Jego rodzice dożyli sędziwego wieku. Matka zmarła w 87 roku życia, ojciec w 80 roku życia. Nie ma rodzeństwa. Po wybuchu wojny został wywieziony wraz z matką na zachodnią Syberię, gdzie przebywał 7 lat. Warunki bytowe były trudne. Mieszkali w ziemiankach po 2 rodziny. Cierpiał głód, przebył liczne choroby zakaźne, był świadkiem zmasakrowania ojca kolegi.

W 1946 r. wrócił do kraju. Ojcu udało się odnaleźć rodzinę. Od tej pory życie badanego potoczyło się względnie normalnie. Ukończył studia, podjął pracę. Ożenił się, ma dwoje dorosłych dzieci. Funkcjonowanie zawodowe i rodzinne badanego było satysfakcjonujące, stan zdrowia przez większość czasu był zadowalający, poza okresowo występującymi przymusowymi wspomnieniami okresu deportacji (śmierć ojca kolegi) oraz zbliżone tematycznie koszmary senne.

W czasie badania zorientowany, w rzeczowym kontakcie, nastrój obniżony ze skłonnością do rozrzewnienia, wzmożone napięcie emocjonalne, niepokój ruchowy, nadmierna czujność. Reakcje emocjonalne dostosowane, o nadmiernej amplitudzie. Drażliwość. Tok myślenia o prawidłowej szybkości, spójny, z cechami lepkości i rozwlekłości.

### KOMENTARZ

Opisane przypadki zostały wybrane by zilustrować pewną prawidłowość przebiegu PTSD u osób deportowanych w dzieciństwie do ZSRR. Osoby te, pochodzące z przedwojennych kresów, spędziły zwykle kilka lat dzieciństwa w nieludzkich warunkach, były świadkami koszmarnych scen, często śmierci, katowania lub gwałtów na rodzicach, same wielokrotnie ocierały się o śmierć z powodu głodu, chorób czy skutków pobić.

Osoby te wracały do Polski zwykle w 1946 r., do Polski, co trzeba dodać, zmienionej geograficznie, kulturowo i mentalnie, bez szans na zamieszkanie w swych stronach rodzinnych, do ludzi o obcych zwyczajach i obcym akcencie. Co więcej, powracający nie mogli liczyć na zadośćuczynienie krzywd, przeciwnie, rychło dowiadywali się, że deportacja jest faktem dosyć wstydliwym i najlepiej nie eksponować jej w życiorysie, a ich dramatyczne przeżycia są oficjalnie niebyłe.

Paradoksalnie, znakomita większość tych osób uzyskuje dobre lub wręcz bardzo dobre przystosowanie społeczne. Niektórzy, heroiczną pracą zdobywają wykształcenie, awansują zawodowo, zakładają rodziny, rzadko korzystają z pomocy lekarskiej, w tym zupełnie sporadycznie z pomocy psychiatry. Następuje etap długotrwałej wieloletniej kompensacji, czasem zakłócony pojedynczymi objawami psychopatologicznymi, np. pod postacią koszmarnych snów czy przymusowych wspomnień. W tym okresie funkcjonowanie psychospołeczne osób deportowanych nie różni się od otoczenia, czasem

wyduje się być nawet nieco lepsze. Później następuje etap dekompensacji, zwykle połączony z ujawnieniem się całego garnituru schorzeń psychosomatycznych. Regułą jest stwierdzanie u tych chorych jednocześnie nadciśnienia tętniczego, choroby niedokrwiennej serca, choroby wrzodowej żołądka i dwunastnicy oraz cukrzyca regulacyjnej. Wspomniany okres zdaje się mieć charakter nagłego załamania mechanizmów kompensacyjnych z gwałtownym przyspieszeniem starzenia się i występowaniem licznych fenomenów psychopatologicznych, zwłaszcza z kręgu zaburzeń lękowych i depresyjnych, niekorzystnie interferujących z wymienionymi wcześniej dolegliwościami somatycznymi. Linia życiowa tych osób może wskazywać na trafność poglądów dopuszczających możliwość rozpoznania zaburzeń pourazowych mimo długiego okresu latencji, jakkolwiek niektóre objawy, np. przymusowe wspomnienia lub koszmarne sny pojawiały się już w czasie dobrego funkcjonowania społecznego. Rozpoznanie PTSD w późnym wieku jest nieco utrudnione przez obecność organicznego uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego, niemniej należy pamiętać, że współistnienie innych zaburzeń psychicznych z zaburzeniami pourazowymi jest zjawiskiem bardzo częstym.

Przyczyn długiego okresu satysfakcjonującego funkcjonowania społecznego jest zapewne wiele. Być może zmiana warunków życia z nieludzkich na złe jest na tyle korzystna, że pozwala na prawidłowe funkcjonowanie

psychospołeczne, być może konieczność ukrywania przeżyć i brak szans na zadośćuczynienie czy chociażby współczucie wymusza wykorzystanie wszystkich możliwości przystosowawczych. Być może istotne są jakieś inne, nie uchwycone przez autorów czynniki.

## **PIŚMIENNICTWO**

1. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Kraków, Warszawa: Uniw Wyd Med „Vesalius”, Instytut Psychiatrii i Neurologii; 1998.
2. Heitzman J. Zespół pourazowego stresu – kryteria diagnostyczne, zastosowanie kliniczne i orzecznicze. *Psychiatr Pol* 1995; 29: 751–66.
3. Heitzman J. Reakcja na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne. W: Bilikiewicz A, Pużyński S, Rybakowski J, Wciórka J, red. *Psychiatria*. Tom 2. Wrocław: Urban & Partner; 2002: 466–85.
4. Kolk van der B. Posttraumatic stress disorder and the nature of trauma. *Dialogues in clinical neuroscience* 2000; 2(1): 7–22.
5. Barak Y, Szor H. Lifelong posttraumatic stress disorder: evidence from aging Holocaust survivors. *Dialogues in clinical neuroscience* 2000; 2: 57–62.
6. Davidson JRT, Foa EB. *Posttraumatic Stress Disorder, DSM-IV and beyond*. Washington DC: American Psychiatric Press Inc; 1993.
7. Szymusik A. Astenia poobozowa u byłych więźniów obozu koncentracyjnego w Oświęcimiu. *Przeł Lek* 1964; 1: 23–9.
8. Sobczyk P. Trudności psychiatryczne orzecznictwa inwalidzkiego odległych skutków działań wojennych. *Przeł Lek* 1980; 1: 86–9.