

## Zespół pourazowego stresu i ostra reakcja na stres jako diagnostyczna alternatywa zaburzeń reaktywnych w psychiatrii sądowej

*Post-traumatic stress disorder (PTSD) and acute stress disorder (ASD) as diagnostic alternatives to reactive conditions in forensic psychiatry*

JANUSZ HEITZMAN

*Z Zakładu Patologii Społecznej Katedry Psychiatrii CM UJ w Krakowie*

**STRESZCZENIE.** Praca prezentuje współczesne opinie i koncepcje dotyczące stanów reaktywnych, ze szczególnym uwzględnieniem prawnego aspektu tych zagadnień. Dotyka zarówno strony teoretycznej, związanej z dokonywanymi zmianami klasyfikacji i definicji zaburzeń reaktywnych, jak też praktycznej, wynikającej z niedostosowania przepisów prawa karnego i cywilnego do postępów, jakie zaznaczyły się we współczesnej psychiatrii. Zawiera też analizę trudności, jakie nastrocza w praktyce sądowej wykorzystanie nowych pojęć związanych z obrazem stresu pourazowego w jego ostrej i przewlekłej postaci. Praca zwraca uwagę na konieczność posługiwania się szczegółowymi, wymiernymi kryteriami diagnostycznymi dla umożliwienia powszechniejszego stosowania diagnozy ostrego (ASD) i przewlekłego (PTSD) stresu w opiniodawstwie sądowo-psychiatrycznym.

**SUMMARY.** Contemporary opinions and approaches concerning reactive disorders are overviewed in the paper, with the focus on legal aspects. These problems are discussed both in their theoretical dimension, i.e. in terms of current modifications in the classification and definitions of reactive disorders, and in the practical aspect, regarding a lack of correspondence between the penal and civil code regulations and advances in modern psychiatry. Difficulties are analyzed ensuing in the court practice from the application of new concepts related to the picture of post-traumatic stress disorder in its acute and chronic form. It is emphasized that detailed, measurable diagnostic criteria should be used, which would allow to diagnose more often the acute (ASD) and chronic (PTSD) stress disorder in forensic psychiatric practice.

---

**Słowa kluczowe:** psychiatria sądowa / stany reaktywne / stres / PTSD

**Key words:** forensic psychiatry / reactive disorders / stress / PTSD

---

Zagadnienie stanów reaktywnych w psychiatrii sądowej z uwagi na niejednoznaczność i niemal niezliczoną mnogość tak czynników sprawczych, jak i ich klinicznego odbicia, jest niemal nie do opanowania. Próby ujednoczenia choćby języka, w jakim psychiatria, psychologia i prawo karne opisują szczególne stany psychiczne związane z narażeniem na uraz, nadal sprawiają duże trudności [2].

Brak jest jasnych i obiektywnych przesłańek do postawienia diagnozy zbieżnie rozumianej przez prawników i psychiatrów. Aby

doszło do sądowo-psychiatrycznej dyskusji czy mamy do czynienia z zaburzeniami reaktywnymi, musimy ustalić oczywiście związek przyczynowego między szczególnie ciężkim psychicznym, a czasem i fizycznym obciążeniem i jego konsekwencjami dla szeroko rozumianej psychicznej struktury jednostki. Sam charakter obciążenia, jego siła, czas trwania, jedno- czy wielorodność, mają wpływ na to, czy odpowiedź na nie w psychicznym wymiarze będzie miała znaczenie psychozy, nerwicy, czy zaburzeń w strukturze osobowości. Takie rozwiązanie byłoby

najprostsze i niejako ekskluzywne. Niestety, nie zawsze tak się dzieje, bowiem zaburzenia reaktywne mogą przybierać charakter: tzw. zespołu z pogranicza (*borderline*), zespołów zaburzeń świadomości (zawężenia), stanów onejroidalnych, onirycznych, pomrocznych, lęku napadowego, panicznego, lęku uogólnionego, reakcji rzekomootępiennych i wielu innych, w tym i szczególnych rodzajów reakcji na stres.

Opis zaburzeń reaktywnych spotykamy już w kodeksie Hammurabiego (1700 p.n.e), gdzie poprzez bezpośrednie połączenie pomiędzy osobistym zranieniem a prawem, wyrażone zostały zasady zemsty. Podobne zasady ujmuje Stary Testament, jak i rzymskie „Prawo Zemsty” (*Lex Talionis*). W XVII wieku w Anglii, William Harvey opisał „historię człowieka nawiedzonego przez nienawiść, niechęć i pasję, po byciu zranionym przez człowieka bardziej wpływowego niż on sam”. Przy okazji opisał towarzyszące temu emocjonalne i somatyczne symptomy [16].

Pierwsze opisy zaburzeń przypominających zespół ostrej i przewlekłej reakcji na stres pochodzą z okresu, gdy maszyna znalazła zastosowanie w kolejnictwie. Klasyczny jest już przypadek pana Huskissona, członka parlamentu angielskiego, który będąc na otwarciu linii kolejowej Liverpool-Manchester w 1825 r. doznał szoku, zapoczątkowując symptomy nowego zaburzenia, tzw. „zranienia kolejowego” [30].

Już z końcem ubiegłego wieku zwracano uwagę na psychologiczny aspekt symptomów pourazowych. Pisano (Page, 1891) [15],

*że większość z dziwacznych nerwowych symptomów, tak często widocznych po wypadkach kolejowych, nie zdarza się wskutek fizycznego zranienia kręgosłupa, ale są one następstwami emocji psychicznych, powstałych wskutek niezwykłych cech i incydentów każdej kolizji.*

W 1888 r. kobieta jadąca dorożką została uwięziona między torami kolejowymi i widząc nadjeżdżające pociągi, doznała szoku. Bez jakichkolwiek obrażeń fizycznych cierpiała na słabe zdrowie, wzrok i luki w pa-

mięci. Rada Stanu decydując się nie przyznać jej odszkodowania za psychiczne obrażenia, uzasadniała tę decyzję „trudnością, która istnieje w przypadkach nie udowodnionych fizycznych ran i narastającą znacznie liczbą zmyślonych żądań” [16]. Lata pierwszej wojny światowej to opisywane zaburzenia reaktywne, znane generalnie jako „szok granatu”, przypisywany początkowo nagłemu i długotrwałemu narażeniu na silne wybuchy.

Kongres psychoanalityczny w Budapeszcie w 1918 r. po dyskusji przyjął wniosek, że nerwica urazowa nie jest oddzielną jednostką chorobową, ale składa się z różnych nerwowych reakcji, podobnych w przyczynie i skutku do innych nerwic. W tym aspekcie wypowiadał się nawet sam Freud, który wyraził wątpliwość, czy samo narażenie na niebezpieczeństwo i doznanie przerażającego doświadczenia może wywołać nerwicę bez uczestnictwa głębszych, podświadomych warstw w psychice [16]. Rozpatrywanie patogenezy zespołu stresu pourazowego wiązało się z przypisywaniem rozwojowi „nerwicy po stresie” znaczenia „ciosów dla ego”, zagrażających „unicestwieniem i destrukcją” [1]. Całość tego zaburzenia spostrzegano jako uczucie psychicznej słabości o różnym okresie trwania. Przy braku wsparcia i wspomagania „ego” następowało zjawisko braku kontroli nad sobą, upośledzenia zdolności adaptacyjnych i narażenie na dalsze zagrażające bodźce.

Dokładny, kliniczny opis symptomów nerwicy urazowej, został opracowany przez Rado w 1924 r. Pisał on:

*Nieważne, czy załamanie niesie w skutkach krótki okres apatii lub odrętwienia. Wkrótce wyzwala się stan podekscytowania, przerywany wybuchami niepokoju. Charakterystyczne dla niektórych przypadków jest pojawianie się ataków tylko we śnie, w formie przerażających snów i odruchów ciała – takich jak krzyk lub próby uciekania.*

Opierając się na obserwacjach poczynionych podczas drugiej wojny światowej, już w 1943 r. postulowano, że „nerwica wojen-

na” jest rezultatem „rozszczerzenia, niepokoju, dezintegracji struktur mentalnych świadomości – co prowadzi do zanikania poczucia obowiązku” [16].

Zaburzenia reaktywne, niezależnie od postaci klinicznej, jaką przybierają, są mniej lub bardziej utrwalone. Czasami trwają bardzo krótko, niekiedy tak długo jak narażenie na obciążenie, czasami utrzymują się wiele lat po doznanym urazie. Psychiatria sądowa stosuje diagnozę zaburzenia reaktywnego w aspekcie diagnozy zasadniczo związanej z ofiarą przestępstwa. Umożliwia to całą procedurę odszkodowawczą. Z drugiej strony, zaburzenia reaktywne mogą być typowe dla sprawcy przestępstwa zarówno we wpływie na popełnienie czynu, jak i na bezpośrednie następstwo przestępstwa, takie jak: ucieczka z miejsca przestępstwa (co często zdarza się w wypadkach drogowych), reakcja sprawcy na uwięzienie, ujawnienie, że jest sprawcą czynu zabronionego. Zaburzenia reaktywne, w zależności od ich psychopatologicznego obrazu, mogą pozostawać w obszarze choroby psychicznej, względnie innych zakłóceń czynności psychicznych. Tym samym ich prawne konsekwencje będą zajmować cały wymiar od niepoczytalności do poczytalności. Zaburzenia reaktywne to najczęściej cała grupa zaburzeń, które niezależnie od nozologicznego przyporządkowania, związane są ze szczególną ekspresją afektu.

Nie miejsce tu, by powracać do dyskusji nad *definicją afektu*, który w zależności od tego czy przyjmie się, dziś już nieco archaiczny, podział na afekt fizjologiczny, patologiczny, czy na podłożu patologicznym – miał poczytalność zachowywać, wyłączać bądź ograniczać w stopniu znacznym [2]. Spory toczone wśród prawników i psychiatrów zostały nieco złagodzone przez ingerencję współczesnej psychologii w dogmaty prawa karnego. Względność odniesienia diagnoz medycznych związanych ze stanem afektywnym do kategorii poczytalności, zaczęła się opierać na analizie procesu motywacyjnego w powiązaniu ze zdolnością do kontrolowania przez jednostkę swojego za-

chowania. Czynniki intelektualne, poznawcze, miały decydującą rolę w całym procesie samokontroli i panowania nad sytuacją. Stracił się w tym wymiarze problem pierwotnego obciążenia jednostki i obligatoryjności wpływu obciążenia na rodzaj stwierdzonego afektu, a tym samym na poczytalność. Dalszy rozwój diagnostyki psychologicznej i psychiatrycznej potwierdził ten kierunek. Rola np. nieprawidłowej osobowości czy nerwicy u osoby doznającej obciążenia, ustępowała w ocenie poczytalności klinicznemu natężeniu objawów reakcji reaktywnej. Gdy rozpatrujemy zaburzenia reaktywne w kontekście wspomnianego już stanu poprzedzającego dokonanie przestępstwa, stan reaktywny utożsamia się zwykle z nerwicą urazową, reakcją krótkiego spięcia, afektem patologicznym, czy też spiętrzeniem afektu.

Zarezerwowane dla terminologii prawa karnego „*silne wzburzenie*” łączono z afektem fizjologicznym, czyli stanem zupełnego zdrowia jednostki, na który to stan nakładały się jedynie zewnętrznie warunkowane czynniki sytuacyjne, wywołujące reakcję poddaną ocenie normatywno-prawnej, a nie medycznej [8, 28]. Choć stan silnego wzburzenia stanowi konstrukcję prawną, jednak wielokrotnie prawnicy sięgali do wiedzy psychologicznej i psychiatrycznej przy uzasadnianiu jej zastosowania [29]. Zanim do klasyfikacji psychiatrycznej na trwałe wpisały się diagnozy ostrej i przewlekłej reakcji na stres (a nie było to tak dawno), stan silnego wzburzenia wiązano ze skrajnym stresem psychologicznym, zaburzającym integracyjne i regulacyjne funkcje osobowości [27]. Nawet analizy afektu fizjologicznego zwracające uwagę na jego biologiczno-medyczny wymiar, choć zbliżały się do teorii stresu, nie zdołały wywrzeć wpływu na konstrukcję stanu silnego wzburzenia poprzez pryzmat wewnątrzpochodnych zaburzeń psychicznych, będących odpowiedzią ustroju na zewnętrzne obciążenie [21].

W chwili obecnej, gdy klasyfikacje zaburzeń psychicznych zarówno ICD-10, jak

i DSM-IV, zawierają *nowe, nieobecne kilka lat temu kategorie diagnostyczne* reakcji na stres, obwarowanie stanu silnego wzburzenia dogmatyczną prawną zasłoną jest utrzymywaniem niczym nie uzasadnionej, kosztownej konstrukcji prawnej, pozostającej w opozycji do współczesnej wiedzy medycznej. Kryteria medyczne w swym wymiarze sytuacyjno-psychologicznym, mogą dziś być najlepszym uzasadnieniem interpretacji silnego wzburzenia w zakresie samej definicji, etiologii i całego towarzyszącego im kontekstu.

Czy zatem prawo karne mogłoby zmodyfikować swoje konstrukty? Sytuacja ta jest na tyle złożona, że nie da się udzielić jednoznacznej odpowiedzi. Choć czynione były próby wypowiedziania się na temat poczytalności w kontekście silnego wzburzenia, nie można wiązać tego z czynami przewidzianymi w art. 148 § 2 kk. Być może, opis diagnostyczny ostrej reakcji na stres (*acute stress disorder*, ASD) i zespołu pourazowego stresu (*posttraumatic stress disorder*, PTSD), byłby satysfakcjonującym prawników rozszerzeniem konstrukcji silnego wzburzenia, gdyby nie sam fakt, że są to medyczne rozpoznania.

Kryteria diagnostyczne zawarte w klasyfikacji ICD-10 [13] i DSM-IV [5] zwracają uwagę na wymiar psychologiczno-społeczny, zaś mniej na biologiczny, co nie oznacza, że zmiany w parametrach biologicznych pod wpływem sytuacji obciążenia i urazu, są niebadalne. Już dziś można założyć, że gdyby nie zmienione w odpowiedzi na stres parametry biologiczne (stres nie jest tylko zewnętrzną reakcją emocjonalną) zespół pourazowego stresu jako kategoria medyczna odpowiadałby stanowi silnego wzburzenia jako kategorii prawnej.

Pozycja PTSD i ASD wśród zaburzeń reaktywnych, wydaje się być niedoceniana i chyba jeszcze zbyt mało upowszechniona. Mimo tych przeszkód, diagnoza stanu reaktywnego w oparciu o teoretyczne podstawy PTSD mogłaby być na tyle zobiektywizowana, że kontrowersje wokół oceny poczytalności w przypadku bycia sprawcą w stanie reaktywnym, nie byłyby tak wielkie. *Zastosowanie*

*teorii stresu oraz pourazowych reakcji stresowych* do interpretacji działalności przestępnej, pozwala na rozdzielenie tych czynów – gdzie proces motywacyjno-wyzwalający sprowadzał się do czynników sytuacyjnych-zewnętrznych i osobowościowych (intrap psychicznych)-wewnętrznych. Czyn mógł być gwałtowną reakcją afektywną, wywołaną krótkotrwałą ostrą frustracją i dekompenzacją lub długotrwałym emocjonalnym obciążeniem napięciem i udręczeniem. Te przypadki zaburzeń reaktywnych zasadniczo różniłyby się od tych stanów reaktywnych, gdzie czyn dokonany, najczęściej związany z motywacją ekonomiczną (przestępstwa gospodarcze, przemyt, wyłudzenie, doprowadzenie do bankructwa, niegospodarność) uniemożliwiałyby, z powodu rozpoznania reaktywnego zaburzenia, wszczęcie postępowania. Zastosowanie teorii stresu pozwalałoby w dużej mierze uniknąć zarzutu abstrakcyjności w wydawanych opiniach oraz znaleźć próbę obiektywizacji subiektywnych doznań osób podejrzanych [11].

Badanie uszczerbku w zdrowiu psychicznym odniesionego na skutek doznanego urazu zawsze byłoby trudnym zadaniem dla biegłych psychiatrów występujących w *sprawach odszkodowawczych*. Uniknięcie wpływu osobistego stosunku do osób obarczonych urazem na sam charakter i przebieg badania, byłoby bardzo trudne, o ile w ogóle możliwe. Zazwyczaj były to osoby głęboko pokrzywdzone, które owych urazów doświadczyły nie tyle na zasadzie przypadku, ile celowego, wrogiego im działania innych ludzi. Była to kategoria ofiar czyjegoś działania przestępnego, często systemu politycznego, czy też ideologicznego. Ich stan psychiczny wyrażał z jednej strony poczucie krzywdy, roszczenia zadośćuczynienia, a z drugiej, nawet będąc tych elementów pozbawiony – w sposób ostry lub przewlekły – demonstrował objawy psychopatologiczne. Gdy próbowano ocenić objawy psychopatologiczne, jakie występowały u ofiar przemocy, gwałtów, bezpośredniego zagrożenia życia, świadków ludobójstwa, ofiar uwięzienia, terroryzmu oraz u żoł-

nierzy frontowych, stwierdzano szereg wspólnych cech. Zauważono, że podobne objawy psychopatologiczne występują nie tylko u osób bezpośrednio narażonych na doznanie psychicznego czy fizycznego urazu, ale i u ludzi będących świadkami doznawania takich urazów przez innych. Pewne prawidłowości próbowano rozwiązać przez dokładną analizę sytuacji urazowej – tego, czy była przypadkowa, okazjonalna, czy też zależała od konsekwentnego, zamierzonego działania. Rozważano znaczenie czynnika o charakterze izolowanych obrażeń fizycznych, psychicznych i ich połączenia w trudny do rozdzielienia uraz psychofizyczny. Starano się badać reakcje poszkodowanych i obarczonych urazem. W pewnych przypadkach można było spostrzec nagłą reakcję organizmu, będącą odpowiedzią impulsywną, szczególnie emocjonalną i niejednokrotnie negatywną w wymiarze prawnych konsekwencji. Najczęściej jednak obserwowano efekt odległy na psychofizyczne obciążenie [10].

Przez wiele lat psychiatria kliniczna próbowała dostarczać psychiatrii sądowej i prawnikom *terminów, mogących mieć znaczenie w postępowaniu odszkodowawczym*. Używano takich określeń, jak „nerwica wypadkowa”, „nerwica zadośćuczynienia”, „nerwica odszkodowania”, „syndrom ofiary wypadku”, „nerwica powypadkowa”, „histeria rekompensaty”, „nerwica przerażenna”, „nerwica pieniężna”, „nerwica sprawiedliwości” [16].

Długo funkcjonował i do dzisiaj jest stosowany w praktyce sądowo-psychiatrycznej termin *nerwica pourazowa*. Termin ten, choć był od wielu lat potocznie używany, nie doczekał się swojego numeru w rozdziale chorób psychicznych międzynarodowej klasyfikacji diagnostycznej. Zamiennie stosowano wówczas również określenie „nerwica rekompensaty” [24]. Terminy te służyły jednak głównie do zamiennego opisanie pacjentów z zaburzeniami histerycznymi [16]. To, że w psychiatrii klinicznej i sądowej przypisywano różne znaczenie terminologiczne symptomom emocjonalnym po stresie urazowym, budziło potrzebę choćby do-

kładnego zdefiniowania „nerwicy urazowej” już ponad 70 lat temu [3]. Nie doszło jednak do proponowanych zmian tego terminu. Był on rozumiany opacznie, jako nerwica podobna do symulacji lub hysterii. Próby połączenia nerwicy ze stresem w jedną definicję diagnozującą nie były zbyt szczęśliwe i zostały wycofane [1]. Mimo że istniały obiektywne przesłanki, by „nerwicę urazową” diagnozować jako strach towarzyszący wypadkom lub urazom, nie czyniono tego, podobnie jak nie dostrzegano, że późniejsze reakcje emocjonalne na uraz mogły spowodować chorobę.

Mimo że aktualna klasyfikacja DSM-IV nie używa w ogóle tego terminu, a ICD-10 jedynie jako hasło, do którego można się odwołać, szukając znaczenia ostrej reakcji na stres („ostrego zaburzenia stresowego”) – F43.0, przez „nerwicę pourazową” rozumiano symptomy psychiatryczne, jakie następują po wypadku [15]. Obecnie termin ten został zastąpiony przez *zespół pourazowego stresu (PTSD)*, z dokładnie określonymi kryteriami diagnozy, ustalonymi po raz pierwszy w *Podręczniku Diagnozy i Statystyki Amerykańskiego Stowarzyszenia Psychiatrów*, znanej jako DSM-III, a modyfikowanej w DSM-III-R i DSM-IV. Do czasu opublikowania DSM-III nie było żadnej specjalistycznej kategorii diagnostycznej odpowiadającej „zespołowi pourazowego stresu”. Klasyfikacje DSM-I z 1952 r. i DSM-II z 1968 r. nie odnosiły się w żaden sposób do stresu jako przyczyny reaktywnych zaburzeń psychicznych. Wprowadzona w DSM-II kategoria „przemijającego sytuacyjnie zaburzenia dorosłego życia” odnosiła się co prawda do psychicznych następstw poważnych, stresujących wydarzeń, ale miały one być klasyfikowane zgodnie z ujawnianymi symptomami [16].

Kryteria diagnostyczne PTSD starano się przez lata szczegółowo dopracować i przedstawić w wersjach kolejnych edycji DSM. Pojawiały się jednak i nadal pojawiają naukowe dyskusje, sugerujące rozszerzenie *pojęcia stresu pourazowego*. Próbowano do tej

kategorii diagnostycznej włączyć np. formę rozwijającą się w następstwie narażenia na trujące substancje toksyczne [23]. Typowe objawy stresu pourazowego, mimo że zawierały już w DSM-III: wciąż narzucające się ponowne przeżywanie wydarzenia, unikanie rzeczy przypominających o wydarzeniu, symptomy niepokoju, odrętwienie w reagowaniu na emocje, oraz wycofanie się z kontaktu ze światem zewnętrznym, były w tamtych latach traktowane jako nieprawomocne. Psychiatrzy podchodzili i podchodzą do diagnozy stresu pourazowego z dużym sceptycyzmem, choć wcześniej chętnie i bez obaw stosowali diagnozę *de facto* tożsamą, czyli „nerwicy urazowej”. Kontrowersje wokół diagnozy PTSD zaczęły narastać z chwilą, gdy jej sędowo-psychiatryczne zastosowanie nie ograniczało się tylko do spraw odszkodowawczych u ofiar, ale gdy rozpoznanie PTSD zaczęło służyć ograniczeniu lub zniesieniu poczytalności w czynach afektywnych, impulsywnych, agresywnych, jak i nieagresywnych, motywowanych np. chęcią zysku.

Badania nad *sądowym wykorzystaniem PTSD* nie dają jednoznacznych rezultatów. Z jednej strony uwierzytelniają kryteria PTSD, a z drugiej wskazują na ich dwuznaczność. Podstawowy zarzut wobec tej diagnozy wiąże się z wysokim subiektywizmem symptomów i ich pewną nieokreślonością. Dodatkowo doniesienia o przypadkach symulowania PTSD w warunkach klinicznych utwierdzały przeciwników PTSD w ich racji [26]. Wydaje się jednak, że PTSD nie jest jedyną diagnozą w psychiatrii, obarczoną subiektywizmem. Istnieją przecież możliwości wprowadzenia obiektywnych sposobów oceny zespołu pourazowego stresu przy pomocy testów psychologicznych i fizjologicznych, czasami jednak najwięksi oponenci nie zadają sobie trudu, by z metod tych korzystać.

W naszych warunkach prawnych wysoki potencjał *kontrowersji wobec diagnozy zespołu pourazowego stresu* wiąże się m.in. z prawną typologią stanu silnego wzburzenia. W opisie i interpretacji tej kategorii

prawnej można odnaleźć niemal wszystkie kryteria zespołu PTSD. Gdy połączy się utożsamianie stanu silnego wzburzenia z zamierzczłym, ale jeszcze obecnym w świadomości, zwłaszcza prawników, afektem fizjologicznym, pozycja niemal tożsamego zespołu PTSD, który najczęściej ograniczałby, a rzadziej zwalniał z odpowiedzialności karnej – budzi chęć zachowania przynajmniej dystansu wobec tej diagnozy.

Gdy przed 25 laty w praktyce sądowej krajów anglojęzycznych zaczęto stosować *rozpoznanie pourazowego stresu*, problemem okazało się *odniesienie go do prawnego rozumienia choroby psychicznej*. Przyjęto założenie, że każdy sąd musi stwierdzić, czy zespół pourazowego stresu może zaliczyć do chorób psychicznych. Dopiero wtedy sąd może wypowiadać się co do poczytalności i winy [19]. Począwszy od DSM-III rozpoznawalny czynnik stresujący określano specyficznie jako ten, „który pobudzi symptomy stresu u prawie każdego”. Zauważano jednak, że podatność indywidualna na zagrażający bodziec jest osobniczo zmienna. Gdy próbowano systematyzować przyczyny ciężkiej nerwicy urazowej u dorosłego, wyróżniono początkowo tylko 4 rodzaje „wydarzeń pobudzających”: (1) reakcję na walkę, (2) na masową katastrofę, (3) *holocaust* – reakcje tych, którzy przeżyli, (4) „zwykle” reakcje w czasie pokoju na wypadki drogowe lub przy pracy [20].

Od około 20 lat trwają zaawansowane badania nad *biologicznymi aspektami PTSD*. Koncentrują się one głównie wokół reakcji neuroendokrynnych na stres w osi podwzgórze-przysadka-nadnercza oraz wokół receptorów: noradrenalinowych, dopaminowych, opioidowych i benzodiazepinowych. W PTSD stwierdzano obniżenie poziomu serotoniny, podwyższenie aktywności sympatoadrenergicznej, wysoki poziom kortykosteroidów [9, 10]. Zaobserwowano w tym zespole zwiększoną aktywność i reagowanie autonomicznego układu nerwowego potwierdzone poprzez podwyższone tętno i pewne nieprawidłowości fizjologii snu. Wydaje się,

że odniesienie biologicznych podstaw reakcji na stres do zaburzeń reaktywnych dałoby interesujące podstawy do obiektywizacji tej diagnozy. Ciekawe były obserwacje związane ze szczególną, odruchową, zwiększoną reakcją emocjonalną i fizjologiczną, u osób z rozpoznaniem zespołem pourazowego stresu, gdy ponownie zostały postawione w sytuacji zagrażającej. Taka reakcja sugerowałaby, że pacjenci z pierwotnymi nerwicowymi zaburzeniami mają mniej efektywne mechanizmy, aby utrzymać psychoendokrynną równowagę i ta biologiczna predyspozycja może być przyczyną większego prawdopodobieństwa ujawniania się zaburzeń w sytuacji szczególnego obciążenia [18]. Pośrednio można wysnuć wniosek, że wcześniejsze rozpoznanie nerwicy czy zespołu pourazowego stresu mogłoby uwiarygodnić rozpoznanie zaburzeń reaktywnych. Są doniesienia, że istnieją fizjologiczne predyspozycje do ujawniania chronicznego zespołu pourazowego stresu. Również pewne dysfunkcje fizjologiczne są charakterystyczne dla rodzin, gdzie PTSD pojawiał się znacząco częściej [4]. Ostatecznie jednak uważa się, że zespół pourazowego stresu może rozwinąć się u osób z nieobecnością wcześniej psychopatologią. Obala to poglądy, że „nerwica urazowa” rozwijała się tylko u specjalnego typu predysponowanych ludzi [7].

Nie omawiając szczegółowych kryteriów PTSD warto zaznaczyć, że DSM-IV bardziej dokładnie niż DSM-III-R wyjaśnia znaczenie stresora „będącego poza skalą zwykłego ludzkiego doświadczenia”. Kryteria diagnostyczne PTSD w DSM-IV pozwalają określić, czy zaburzenie jest ostre, gdy trwa krócej niż 3 miesiące, lub chroniczne, gdy trwa dłużej. DSM-IV sugeruje również (co w naszych, polskich warunkach jest często mylnie stosowane), że tam, gdzie skutki narażenia na zdarzenie traumatyczne:

*którego osoba doświadczyła, była świadkiem, lub uczestniczyła w zdarzeniu, które zawierało element zagrożenia życia lub skutkowało utratą życia lub odniesieniem poważnych ran lub zawierało zagrożenie*

*integralności fizycznej danej osoby lub innych, a reakcja tej osoby zawierała intensywny strach, bezsilność, lub przerażenie* – trwają minimum dwa dni, a maksimum cztery tygodnie i pojawiają się po 4 tygodniach od zdarzenia traumatycznego, nie należy rozpoznawać PTSD, tylko ostrą reakcję na stres („ostre zaburzenie stresowe”) – ASD. Łatwo może dochodzić do pomyłek między ostrą postacią PTSD (od 1 miesiąca do 3 miesięcy) a ostrą reakcją na stres („ostrym zaburzeniem stresowym”).

Szczególne znaczenie jako alternatywa dla diagnozy zaburzeń reaktywnych przez eliminację archaicznego rozpoznania „nerwicy urazowej” i stosowanie kryteriów PTSD i ASD, mają metody obiektywizacji psychometrycznej rozpoznania. W stosunku do PTSD istnieje szereg skal i kwestionariuszy. Najdłużej stosowana jest *Skala efektu wydarzenia* (Horowitz, Wilner, Alvarez) potwierdzona w swej użyteczności wieloma badaniami [12, 31]. Zastosowanie w diagnozie PTSD, również w tych przypadkach, gdzie symptomy były symulowane, znalazł test MMPI [6, 25]. Zwłaszcza skala F tego testu pozwalała na weryfikowanie objawów fabrykowanych dla osiągnięcia wtórnych korzyści. Generalnie pacjenci z PTSD mają podwyższone wyniki w skali Sc, D, F, Ps tego testu. Wykonywane u nich testy Rorschacha często wskazują na agresję i brutalność [14].

Reakcja na ciężki stres jest również ujęta w dziesiątej wersji *Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych – ICD-10* [13]. W zasadzie obejmuje ona kryteria zawarte w DSM-IV. Rozpoznanie „ostra reakcja na stres” (F43.0) – przeznaczone jest dla osób, które nie wykazują innego zaburzenia psychicznego. Rozpoznanie „zaburzenie stresowe pourazowe” (F43.1) – wskazuje na wcześniejsze analogie z nerwicą urazową i wiąże się z obecnością czynników predysponujących w formie szczególnych cech osobowości i wcześniejszych dekompensacji nerwicowych, choć nie w sposób obligatoryjny. Co jest dla tej klasyfikacji różniące, to fakt, że w rozdziale

obejmującym zaburzenia osobowości umieszczono pod numerem F62.0 „trwałą zmianę osobowości po katastrofach” (po przeżyciu sytuacji ekstremalnej), utrzymującą się co najmniej 2 lata. Ma to być diagnoza raczej będąca następstwem pourazowego zaburzenia stresowego (F43.1).

## PODSUMOWANIE

Wyniki badań nad zespołem stresu pourazowego (PTSD) i ostrej reakcji na stres (ASD) pozwalają na powszechne stosowanie kryteriów tej diagnozy w ocenie stanu psychicznego osób narażonych na szczególne urazy psychiczne i fizyczne doznane wskutek czyjogoś przestępnego działania czy też specyficznego psychicznego udręczenia.

Zastosowanie nowych jednostek diagnostycznych związanych ze stresem w opinowaniu sądowo-psychiatrycznym, może odnosić się zarówno do ofiar jak i sprawców przestępstw. Gdy ostra reakcja na stres lub zespół pourazowego stresu ma być argumentem medycznym w ocenie poczytalności, łatwiej będzie te diagnozy stosować zamiast dotychczasowych kategorii zaburzeń i reakcji reaktywnych. Zarówno PTSD, jak i ASD w psychiatrii sądowej najczęściej mają charakter psychogeny. Mieszczą się one w obszarze „innych zakłóceń czynności psychicznych”. W przypadku PTSD trwają dłużej, natomiast gdy dotyczą ostrej reakcji na stres mają charakter szybko przemijających zaburzeń psychicznych, zwłaszcza u osób, które dotychczas nie zdradzały żadnych zaburzeń psychicznych. Diagnozy związane z reakcją na stres ujawniają się w czynach afektywnych o sprecyzowanych kryteriach motywacyjnych. Stan psychiczny wobec reakcji na stres charakteryzuje się najczęściej zaburzeniami mieszanymi: zaburzeniami emocjonalnymi, zaburzeniami świadomości lub zaburzeniami psychomotorycznymi.

Zespół pourazowego stresu odnosi się do bardzo szczegółowej konstrukcji symptomatologicznej. Kryteria diagnostyczne są

w nim bardzo specyficzne i o wiele bardziej szczegółowe niż w przypadku dawnego terminu „nerwicy urazowej”, czy mało konkretnego hasła „zaburzenia reaktywnego”. Mimo istniejących jeszcze uprzedzeń, wynikających z niezajomości symptomatologii reakcji na stres, wydaje się, że te diagnozy ułatwią komunikację między prawnikami i psychiatrami. Diagnoza zespołu pourazowego stresu i ostrej reakcji na stres, poprzez swoje możliwości medycznego i psychologicznego zobiektywizowania, może być czynnikiem ułatwiającym prawne uprzywilejowanie, choćby poprzez nowe spojrzenie na konstrukcję silnego wzburzenia.

Badania wielu opinii sądowo-psychiatrycznych potwierdzają, że diagnoza pourazowego stresu nie jest warunkiem koniecznym do określenia stanu zdrowia psychicznego. Ma ona jednak duże znaczenie w sprawach o dokonanie szczególnie groźnych agresywnych przestępstw [19, 26]. Ważnym warunkiem dla umocnienia się pozycji PTSD i ASD w opinowaniu sądowo-psychiatrycznym jest stosowanie tych rozpoznań tylko wtedy, gdy poparte są one spełnieniem szczegółowych kryteriów diagnostycznych. Rozpoznawanie reakcji na stres nie może być tylko „hasłem w opinii”, „tytułem” do wniosków o poczytalności. Próba wnioskowania ograniczonej bądź zniesionej poczytalności w sytuacji, gdy mamy do czynienia z doznany obciążeniem, które wywołało zespół PTSD bądź ostrą reakcję na stres, bez przeprowadzenia całego dowodu spełnienia kryteriów rozpoznania, może podważyć wiarygodność tej diagnozy.

Rozpoznawanie reakcji na stres na użytek prawa nie może być jedynie parawanem, zasłoną bez dowodów. Nie chodzi tu tyle o świadome używanie nieprawdziwego rozpoznania, co o czasami bardzo subiektywny charakter klinicznego wywiadu. PTSD jest diagnozą trudną do potwierdzenia. Badany może mieć pewne objawy wskazujące na PTSD, a mimo to nie cierpieć z powodu tych zaburzeń. Wiele symptomów jest niespecyficznych i może być dowodem innych



zaburzeń psychicznych czy reakcji na inne stresy. Samo stwierdzenie narażenia na obciążenie nie zwalnia z szukania innych zaburzeń. Zarówno z przeglądu piśmiennictwa, jak i z własnych doświadczeń, można dostrzec, że niemal wszystko w PTSD może być zmyślane. Najistotniejsza cecha diagnostyczna, sama w sobie będąca stresorem, musi być wystarczająco ostra, aby mieściła się poza normalnym ludzkim doświadczeniem. Już to powoduje, że wykluczeniu ulegają takie stresory, jak: kłopoty w pracy, konflikt małżeński, rozwód, śmierć ukochanej osoby, przewlekła choroba, czy inne problemy napotymane w życiu codziennym. Można się zastanawiać, czy kompetencje biegłego psychiatry pozwalają na rozstrzygnięcie, czy dany stresor miał miejsce, czy dokonał wystarczająco mocnego urazu, czy powodem wystąpienia objawów był właśnie ten, a nie inny stresor, czy wszystko nie jest prowokacją. Wiadomo, że jako biegli musimy się w tego typu sprawach domagać niezależnego świadectwa, czy niezależnych dowodów, potwierdzających wersję badanego. Kiedyś powiedziano, że:

*dobry gracz w pokera prawdopodobnie dużo lepiej niż specjalista od zdrowia psychicznego wie, czy dana osoba kłamie. Psychiatra jest lekarzem, a nie wykrywaczem kłamstw* [22].

Najważniejszym jednak zadaniem dla biegłego jest zawsze ustalenie związku przyczynowego na dwóch płaszczyznach. Pierwszy – to związek pomiędzy stresem pourazowym a symptomami psychiatrycznymi i drugi – związek przyczynowy pomiędzy psychiatrycznymi symptomami a aktem przestępnym, gdy chodzi o badanie sprawcy czynu [26].

Badanie ofiar obciążenia – to nie tylko zidentyfikowanie stresora. Mimo, że stresor jest konieczny do wywołania zaburzenia, to nie jest on często wystarczający, bowiem nie wszyscy, którzy doświadczyli traumatycznego urazu, ujawniają objawy. Zawsze należy rozważać indywidualne czynniki biologiczne, psychosocjalne i inne zdarzenia, jakie miały miejsce po narażeniu na zasad-

nicze obciążenie. Ostatnie badania nad PTSD bardziej podkreślają szczególne znaczenie subiektywnego odzewu na uraz, niż samą obecność stresora i subiektywne znaczenie, jakie badany stresorowi nadaje [14]. Posiłkowanie się wskazanymi testami psychometrycznymi i psychofizjologicznymi powinno w zasadzie być brane pod uwagę wówczas, gdy kliniczna diagnoza sugeruje symulację.

Możliwości diagnostycznej alternatywy dla zaburzeń reaktywnych warte są dalszych badań. Wymagają poświęcenia zagadnieniu reakcji na stres więcej uwagi w szkoleniu nie tylko lekarzy, ale i prawników.

## PIŚMIENNICTWO

1. Bromberg W.: The clinical picture of traumatic neurosis. *J. Forensic Sciences* 1956, 1, 80–85.
2. Buchała K.: Niektóre problemy zabójstwa pod wpływem silnego afektu. *Palestra* 1987, 10–11, 123–145.
3. Cotton J.: Posttraumatic neuroses: their mechanism. *California State J. Medicine* 1921, 19, 468–471.
4. Davidson J., Swartz M., Storck M., Krishnan R., Hammett E.: A diagnostic and family study of posttraumatic stress disorder. *Am. J. Psychiatry* 1985, 142, 90–93.
5. Diagnostic criteria from DSM-IV. *American Psychiatric Association, Washington D.C.* 1994, 209–212.
6. Fairbank J.A., Mc Caffrey R.J., Keane T.M.: Psychometric detection of fabricated symptoms of posttraumatic stress disorder. *Am. J. Psychiatry* 1985, 142, 501–503.
7. Fowlie D.G., Aveline M.O.: The emotional consequences of ejection, rescue and rehabilitation in Royal Air Force aircmen. *Br. J. Psychiatry* 1985, 146, 609–613.
8. Gierowski J.K.: Stan silnego wzburzenia jako przedmiot sądowej ekspertyzy psychologicznej. *Palestra* 1995, 3–4, 108–116.
9. Heitzman J.: Stan przewlekłego stresu w etiologii zabójstwa. W: *Psychopatologia zabójstw. Materiały Symposium Naukowego Sekcji Psychiatrii Sądowej PTP, XXXVII Zjazd Naukowy Psychiatrów Polskich, Warszawa* 1992, 39–48.

10. Heitzman J.: Zespół pourazowego stresu – kryteria diagnostyczne, zastosowanie kliniczne i orzecznicze. *Psychiatr. Pol.* 1995, 6, 751–766.
11. Heitzman J.: Konstrukcja opinii sądowo-psychiatrycznej. W: Gierowski J.K., Szymusik A. (red.): *Postępowanie karne i cywilne wobec osób zaburzonych psychicznie*. Collegium Medicum UJ 1996, 45–62.
12. Horowitz M., Wilner N., Alvarez W.: Impact of event scale. A measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine* 1979, 41, 209–218.
13. ICD-10. Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych – Rewizja X. Uniw. Wyd. Med. „Vesalius”, Kraków 1994, 35–36, 52.
14. Kaplan H.J., Sadock B.J., Grebb J.A.: *Kaplan and Sadock’s Synopsis of Psychiatry, Behavioral Sciences, Clinical Sciences*. Seventh edition. Williams & Wilkins, Baltimore 1994, 606–611.
15. Keiser L.: *The traumatic neurosis*. J.B. Lippincott Co., Philadelphia 1968.
16. Mendelson G.: The concept of posttraumatic stress disorder: A review. *Int. J. Law Psychiatry* 1987, 10, 45–62.
17. Miller H.: Accident neurosis. *Br. Med. J.* 1961, 1, 919–925, 992–998.
18. Miyabo S., Asato T., Mizushima N.: Psychological correlates of stress-induced cortisol and growth hormone releases in neurotic patients. *Psychosomatic Medicine* 1979, 41, 515–523.
19. Parker J.K.: Posttraumatic stress disorder and the insanity defense: A critical analysis. *J. Psychiatry Law* 1983, 11, 125–136.
20. Piłcowski J.: Cryptotrauma and „accident neurosis”. *Br. J. Psychiatry* 1985, 147, 310–311.
21. Pobochoa J.: *Aspekty psychiatryczne, psychologiczne i prawne stanu silnego wzburzenia*. Palestra 1994, 5–6.
22. Raifman L.J.: Problems of diagnosis and legal causation in courtroom use of post-traumatic stress disorder. *Behav. Science Law* 1983, 1, 115–130.
23. Schottenfeld R.S., Cullen M.R.: Occupation-induced posttraumatic stress disorder. *Am. J. Psychiatry* 1985, 142, 198–202.
24. Sindell D.J., Perr J.N.: Subjective complaints v. objective signs. *Cleveland-Marshall Law Review* 1986, 12, 42–58.
25. Sparr L., Pankratz L.D.: Factitious posttraumatic stress disorder. *Am. J. Psychiatry* 1983, 140, 1016–1019.
26. Sparr L., Atkinson R.M.: Posttraumatic stress disorder as an insanity defense. *Medicolegal quicksand*. *Am. J. Psychiatry* 1986, 143, 608–613.
27. Stanik J.M.: Psychologiczna opinia sądowa w sprawach o zabójstwo pod wpływem silnego wzburzenia. *Z Zagadnień Nauk Sądowych*. Wyd. Instytutu Ekspertyz Sądowych, Kraków 1995, XXXII, 40–43.
28. Szymusik A.: Dyskusyjne problemy orzecznictwa psychiatryczno-psychologicznego w stanach afektywnych. W: *Materiały IX Krajowej Konferencji Sekcji Psychiatrii Sądowej PTP pt. „Stany afektywne w opiniowaniu sądowym psychiatryczno-psychologicznym”*. Warszawa 1991, 7–20.
29. Tarnawski M.: Silne wzburzenie a odpowiedzialność karna. W: *Materiały IX Krajowej Konferencji Sekcji Psychiatrii Sądowej PTP pt. „Stany afektywne w opiniowaniu sądowym psychiatryczno-psychologicznym”*. Warszawa 1991, 21–30.
30. Trimble M.R.: *Post-traumatic neurosis: From railway spine to the whiplash*. Jon Wiley & Sons. Chichester 1981.
31. Zilberg N.J., Weiss D.S., Horowitz M.J.: Impact of Event Scale: A cross-validation study and some empirical evidence supporting a conceptual model of stress response syndromes. *J. Consulting Clin. Psychology* 1982, 50, 407–414.

*Adres: Dr Janusz Heitzman, Katedra Psychiatrii CM UJ,  
ul. Kopernika 21a, 31-501 Kraków*