



Zaburzenie stresowe pourazowe jako następstwo szczególnej traumy podczas porodu

Post-traumatic stress disorder (PTSD) as a consequence of a particularly traumatic childbirth

ALEKSANDRA ŚCIEPURO, ALINA WILKOWSKA, JERZY LANDOWSKI

Z Kliniki Chorób Psychiczych i Zaburzeń Nerwicowych Akademii Medycznej w Gdańsku

STRESZCZENIE

Cel. Przedstawiono przypadek zaburzeń stresowych pourazowych po szczególnej traumie podczas porodu.

Przypadek. 22-letnia pacjentka po porodzie zakończonym śmiercią noworodka. Opisano swoisty łańcuch patogenetyczny – od okresu ciąży, poprzez poród, z towarzyszącą mu ostrą reakcją na stres z cechami dysocjacji, aż do wystąpienia objawów zespołu stresu pourazowego.

Komentarz. Poza silną psychotraumą, istotną rolę w patogenezie zespołu stresu pourazowego odegrały cechy osobowości pacjentki oraz czynniki środowiskowe, zwłaszcza rodzinne.

SUMMARY

Objective. A case of PTSD following a particularly traumatic childbirth is reported.

Case. A 22-year-old woman after a childbirth that ended in death of the baby. A specific pathogenic chain is described – from the period of pregnancy, through childbirth associated with the mother's acute stress reaction with dissociation features, up to the onset of PTSD symptoms.

Commentary. In addition to the severe psychological trauma, the patient's personality traits, as well as environmental, above all – familial factors played a significant role in the PTSD pathogenesis.

Słowa kluczowe: traumatyczny poród / dysocjacja / zaburzenie stresowe pourazowe
Key words: traumatic childbirth / dissociation / post-traumatic stress disorder

Zaburzenie stresowe pourazowe (*post-traumatic stress disorder* – PTSD) – to termin określający zespół objawów będący wynikiem doznanego niezwykle silnego urazu psychicznego. Międzynarodowa ICD-10 oraz amerykańska DSM-IV-R wyróżniają trzy zasadnicze grupy objawów koniecznych do rozpoznania zespołu: uporczywe, ponowne przeżywanie sytuacji traumatycznej, unikanie okoliczności przypominających ją i związany z tym stan odrętwienia psychicznego, wzbudzenie ośrodkowego układu nerwowego z aktywacją układu wegetatywnego [1].

Definicja psychotraumaty różni się nieco w ICD-10 i DSM-IV. Według ICD-10 jest to wydarzenie o cechach wyjątkowo zagrażających lub katastroficznych, które mogłyby spowodować przenikliwie odczuwane cierpienie u niemal każdego. W DSM-IV zwrócono uwagę, że nie tylko bezpośrednia ekspozycja na uraz (zagrożenie życia lub własnej integralności fizycznej, odniesienie poważnych ran), ale także bycie jego świadkiem może spowodować PTSD. Dodatkowo konieczne jest spełnienie kryterium subiektywnego poczucia bezsilności lub przerażenia doznawanego w trakcie działania stresora [1].

Niektórzy uważają, iż trudny poród może być czasami dostatecznie silnym urazem, aby wywołać zespół

stresu pourazowego [2]. Sam fakt nagłej śmierci własnego dziecka bezpośrednio po takim porodzie nie budzi wątpliwości co do uznania go za czynnik zdolny wywołać PTSD. Doniesienia na temat zespołu stresu pourazowego jako wyniku trudnego porodu, istniejące w literaturze amerykańskiej, podkreślają znaczenie bólu doznawanego podczas porodu, utraty poczucia kontroli nad sytuacją oraz braku wsparcia ze strony partnera i personelu. Częstość występowania PTSD po porodzie w zależności od przeprowadzonego badania waha się od 1,5% do 5,6% [3, 4, 5, 6].

Coraz częściej uważa się, iż poza silnym urazem psychicznym istotną rolę w patogenezie PTSD odgrywają czynniki predysponujące, składające się na swoisty stan psychobiologiczny [7]. Nie pozwala on na właściwe opracowanie sytuacji traumatycznej pod względem poznawczym i zintegrowanie tego doświadczenia z istniejącym systemem schematów poznawczo-emocjonalno-motywacyjnych.

Poza czynnikami biologicznymi, w tym genetyczno-konstytucjonalnymi, doświadczeniami wczesnodziecięcymi i trwałymi cechami osobowości istotna rola w kształtowaniu PTSD przypada sytuacji przed- i okołotraumatycznej, obejmującej także bezpośredni okres po

urazie, i stosowanym wówczas mechanizmom obronnym. Szczególnie zwraca się uwagę na mechanizm zaprzeczenia i dysocjacji. W opisanym poniżej przypadku miały one istotny wpływ na rozwój zespołu.

Zaprzeczenie [8, 9] – to rodzaj mechanizmu obronnego, który polega na unikaniu uświadomienia sobie bolesnych i trudnych aspektów rzeczywistości [10]. Szczególnym przypadkiem jest zaprzeczenie w przebiegu ciąży. W zależności od stopnia zaburzenia relacji z rzeczywistością wyróżnia się jego trzy typy: afektywne, intelektualne, psychotyczne.

W zaprzeczeniu intelektualnym fakt ciąży nie jest w żaden sposób uświadamiany – zmiany w organizmie są niezauważane lub błędnie interpretowane, podobnie jak oznaki rozpoczynającego się porodu, co skutkuje porodami w domu bez pomocy lekarskiej, które niejednokrotnie kończą się tragicznie. Kobiety, doznające tego stanu, opisują poród jako coś nierzeczywistego, towarzyszy im uczucie oderwania od rzeczywistości (dysocjacja). Do głównych przyczyn zastosowania przez ciążną zaprzeczenia jako mechanizmu obronnego należą: konserwatywny pogląd rodziny i otoczenia na sprawy związane z seksualnością, obawa przed porzuceniem (groźba wyrzucenia z domu, opuszczenia przez partnera) lub gniew skierowany w kierunku partnera. Otoczenie (rodzina, nauczyciele) często podtrzymuje zaprzeczenie poprzez swoje postępowanie, szczególnie gdy pozamałżeńską ciążą u młodej dziewczyny wiąże się ze zburzeniem jej idealnego obrazu [11].

Wśród skutków długotrwale stosowanego przez ciążną zaprzeczenia wymienia się: komplikacje przebiegu ciąży, zwiększoną liczbę porodów przedwczesnych oraz wyższą śmiertelność okołoporodową i niską wagę urodzeniową. Po porodzie nierzadko pojawiają się zaburzenia psychiczne, np. PTSD lub nawroty psychozy u osób wcześniej chorujących. Inne zagrożenia, to ignorowanie oznak rozpoczynającego się porodu oraz najtragiczniejsze – dzieciobójstwo.

Dysocjacja – to rozerwanie zwykle zintegrowanych funkcji świadomości, pamięci, tożsamości i percepcji otoczenia [3]. Mechanizm dysocjacji pozwala odciąć się od bólu lub nagłej traumatycznej sytuacji, lecz ceną za to jest upośledzenie integracji ważnych sfer życia psychicznego, co bywa korzystne jedynie w momencie urazu, zaś w dłuższej perspektywie jest szkodliwe, ponieważ zaburza prawidłowe funkcjonowanie jednostki [12, 13, 14, 15]. Zaburzenia dysocjacyjne są nie tylko czynnikiem ryzyka wystąpienia PTSD, mogą również stanowić integralną część jego obrazu [4, 10, 13, 14, 15].

OPIS PRZYPADKU

Pacjentka, lat 22, pochodzi z małej miejscowości. Ojciec (lat 47), wykształcenie średnie, pracuje; matka (lat 46), obecnie zajmuje się domem; oboje poważniej nie chorują. Pożycie rodziców zgodne, atmosfera w domu oceniana przez członków rodziny jako dobra. Siostra

pacjentki ujawniła, że na pewne tematy w domu się nigdy nie mówiło, np. seksualności, czy nawet fizjologii okresu dojrzewania. Pacjentka ma czworo rodzeństwa, jest druga w kolejności. Wywiad rodzinny w kierunku chorób psychicznych ujemny.

Pochodzi z ciąży prawidłowej, poród o czasie, siłami natury. Poważniej nie chorowała, rozwijała się prawidłowo. W 8 roku życia przeżyła uraz z utratą przytomności. Do szkoły poszła o czasie, uczyła się średnio, klas nie powtarzała. Po ukończeniu szkoły podstawowej poszła do zasadniczej szkoły handlowej, następnie pracowała jako sprzedawca i jednocześnie podjęła naukę w technikum wieczorowym. Przez najbliższych jest określana jako osoba wrażliwa, opiekuńcza, pomocna, towarzyska, pracowita, zamknięta w sobie.

Przez 2 lata poprzedzające wydarzenie spotykała się z rówieśnikiem, z którym – jak twierdzi – rozmawiali o małżeństwie. Gdy zaszła w ciążę (była to jej pierwsza ciąża), poinformowała o tym swojego partnera, który porzucił ją, zrywając wszelkie kontakty. Bardzo przeżywała to rozstanie. Nie powiedziała nikomu o ciąży, nie poszła też do lekarza. Nadal pracowała w sklepie, a popołudniami 3 razy w tygodniu uczęszczała do szkoły – do domu wracała po 22⁰⁰. Gdy ktoś pytał ją, czy nie jest przypadkiem w ciąży – zaprzeczała. Rodzice pytali rzadko, a kiedy zaprzeczała nie próbowali podjąć na ten temat rozmowy. Do ostatniego dnia przed porodem pracowała. Rano poczuła się słabo i poszła do łazienki, gdzie zwymiotowała. Nie czuła żadnego bólu, nie pamięta, aby odeszły jej wody. Później jak podaje „dostała krwotoku ...dziecko wypadło na kafelki, wzięło jeden oddech, zapłakało i przestało się ruszać”. Dalszego przebiegu wydarzeń nie pamiętała do momentu łożyczkowania w szpitalu i wizyty policji. Siostra podaje, że z tego dnia pamięta bladą pacjentkę siedzącą przed siódmą rano w łóżku.

Zwłoki noworodka zawinięte w foliową torbę zostały znalezione tego samego dnia w pomieszczeniu gospodarczym na terenie zabudowań. Przeprowadzona sądowa sekcja zwłok dziecka wskazała na niestosunek porodowy jako jedyną przyczynę doznanych urazów, a w konsekwencji śmierci dziecka.

Przez lokalną społeczność pacjentka została uznana za dzieciobójczynię, dostawała SMS oskarżające ją o to, ludzie zaczęli szeptać na jej widok, przestali kłaniać się rodzinie.

Pacjentka źle czuła się psychicznie, stała się drażliwa, miała obniżony nastrój, straciła apetyt, źle sypiała, dręczyły ją koszmary, miała wrażenie, że słyszy głos dziecka, unikała ludzi, stała się apatyczna. Z tego powodu była dwukrotnie hospitalizowana w szpitalu psychiatrycznym z rozpoznaniem: osobowość niedojrzała, reakcja depresyjna adaptacyjna. Ze względu na stan zdrowia pacjentki toczące się postępowanie prokuratorskie w sprawie śmierci dziecka zostało odroczone na rok.

Do Kliniki AMG trafiła z powodu nawrotu opisanych wyżej dolegliwości. Przy przyjęciu była w obniżonym nastroju i napędzie psychomotorycznym. Funkcje

pamięci i uwagi nieznacznie obniżone. Świadomość jasna, zorientowana wszechstronnie prawidłowo. Bez ostrych objawów psychotycznych. Tok myślenia prawidłowy. Afekt modulowany w kierunku przygnębienia, znaczna płaczliwość, anhedonia. Zaburzenia snu pod postacią trudności z zasypianiem, koszmarów sennych, płytkiego snu z częstymi wybudzeniami. Łaknienie obniżone. Skarżyła się na uporczywe wspomnienia i wyobrażenia sytuacji urazowej. Odczuwała lęk z towarzyszącym poczuciem czyjejs obecności i potrzebą oglądania się za siebie, miała wrażenie, że słyszy płacz dziecka przypominający ten, który słyszała przy porodzie (*flash-back*). Ujawniała poczucie bezradności, krzywdy i żalu do otoczenia. Z dolegliwości somatycznych zgłaszała bóle głowy, klucie w klatce piersiowej.

W stanie somatycznym pacjentki nie stwierdzono odchyłań od normy. Wyniki podstawowych badań laboratoryjnych w normie. Badanie EEG: zapis nieprawidłowy ze względu na obecność licznie rejestrujących się grup fal wolnych theta z przewagą okolic skroniowych przednich półkuli lewej, wyraźnie liczniej piszących się w czasie HV. Badanie TK głowy: zmian ogniskowych w strukturach mózgowia nie uwidoczniiono. Układ komorowy prawidłowej wielkości, ustawiony pośrodkowo. Badanie psychologiczne (testy: Bentona, Wechslera-Bellevue, AVLT, DUM oraz TAT, Rorschach, MMPI-2): cechy organicznego uszkodzenia o.u.n., intelekt na pograniczu normy, słaba konsolidacja śladów pamięciowych, upośledzone planowanie i przewidywanie zdarzeń społecznych, nieumiejętność rozpoznawania emocji i relacji między ludźmi, niedojrzałość emocjonalna, tendencja do rozwijania symptomów fizycznych jako reakcji na trudności natury psychicznej.

Ostateczne rozpoznanie: zaburzenie stresu pourazowego.

KOMENTARZ

Obserwowany u pacjentki zespół objawów rozpoznano jako zaburzenie stresowe pourazowe. Obecne były trzy podstawowe grupy objawów.

1. Ponowne przeżywanie sytuacji stresowej: koszmarne sny o treści związanej z porodem, „słyszenie” płaczu dziecka, odczuwanie przykrości na widok matek z małymi dziećmi; fałszywe, przelotne przekonanie o istnieniu związku między jedną z młodych pacjentek a jej byłym partnerem oraz o posiadaniu przez nich własnego dziecka,
2. Unikanie okoliczności przypominających sytuację traumatyczną i związany z tym stan odrętwienia psychicznego: unikanie rozmów związanych z tematem, unikanie miejsc i ludzi wywołujących wspomnienie urazu, niemożność przypomnienia sobie przebiegu porodu oraz okresu bezpośrednio po nim, znaczne ograniczenie zainteresowań i aktywności w porównaniu z dotychczasowym poziomem funkcjonowania pacjentki, zawężenie kontaktów towarzyskich jedy-

nie do najbliższej rodziny, upośledzona zdolność przeżywania uczuć – pacjentka podczas zajęć z psychosygnalizacji przedstawiała siebie jako „puste serce”.

3. Wzbudzenie ośrodkowego układu nerwowego z aktywacją układu wegetatywnego: trudności w zasypianiu, drażliwość, trudności w koncentracji uwagi, pobudzenie układu wegetatywnego – czerwienienie się, przyspieszenie akcji serca, szczególnie w trakcie rozmowy dotyczącej urazu, bezsenność.

Doznany przez pacjentkę uraz psychiczny ocenić należy jako niezwykle ciężki: przedłużający się poród, będąca jego wynikiem śmierć dziecka, osamotnienie. Można przyjąć, iż była zarówno ofiarą jak i świadkiem niezwykle silnej traumy. Gdy uwzględnimy ponadto, że w czasie ciąży permanentnie zaprzeczała faktowi jej istnienia, z całą pewnością można przyjąć, iż była zupełnie nieprzygotowana do poznawczego opracowania zaistniałej sytuacji.

Obraz PTSD kształtuje się pod wpływem całego łańcucha przyczyn – począwszy od czynników predysponujących, poprzez rodzaj i okoliczności urazu, aż po czynniki modyfikujące, występujące po wydarzeniu, które mogą nasilać lub osłabiać już zaistniałą traumę. W rezultacie tworzy się specyficzny stan psychobiologiczny w postaci PTSD [16, 17].

Do czynników sprzyjających jego rozwojowi u przedstawionej pacjentki należy zaliczyć: jej niedojrzałą osobowość, a tym samym predyspozycję do stosowania bardziej prymitywnych mechanizmów obronnych, brak wsparcia ze strony rodziny przy jednoczesnej obawie przed odrzuceniem przez konserwatywną, zamkniętą społeczność oraz powierzchowny związek z partnerem. W tak niesprzyjających okolicznościach nieplanowana ciąża zaowocowała zaprzeczeniem – pacjentka nie korzystała z opieki lekarskiej, przeczyła jakimkolwiek sugestiom na temat ciąży, nie istnieją obiektywne dane świadczące o jej ewentualnych przygotowaniach na przyjście dziecka. Należy także zwrócić uwagę na fakt, że rodzina pacjentki poprzez swoje postępowanie – unikanie rozmów na temat ciąży córki oraz niepodjęcie działań mających na celu zapewnienie jej opieki lekarskiej – podtrzymywała stosowany przez nią mechanizm obronny. Wszyscy członkowie rodziny, można to tak określić, stosowali mechanizm zaprzeczenia. Był on niejako wpisany w jej funkcjonowanie. Spowodowało to, że sytuacja nie została zupełnie przez pacjentkę „opracowana” w sensie poznawczym. Poród stał się nagłą i niezwykle silną traumą, również ze względu na istniejące realne zagrożenie życia (raport lekarza sądowego). Wystąpiła ostra reakcja na stres z objawami dysocjacji. Świadczy o tym częściowa niepamięć wydarzenia, dalsze zachowanie o charakterze fugi (ukrycie zwłok dziecka). Wystąpienie dysocjacji w momencie zadziałania czynnika stresowego skutkuje w przyszłości częstszą zapadalnością na PTSD [10, 12, 14].

Śmierć dziecka, a następnie oskarżenie o dzieciobójstwo zarówno formalne (postępowanie prokuratorskie), jak i nieformalne (reakcja otoczenia), to kolejne poważne,

dotatkowe czynniki traumatyzujące. W odpowiedzi na nie jeszcze bardziej nasilały się: mechanizm zaprzeczenia i amnezja dysocjacyjna. Niezrozumiały jest fakt, że postępowanie prokuratorskie trwało już 10 miesięcy w chwili przyjęcia chorej do Kliniki, mimo jednoznacznego wyniku sekcji zwłok dziecka wskazującej na niestosunek porodowy jako jedyną przyczynę doznanych urazów, a w konsekwencji śmierci dziecka. Pacjentka przez wiele miesięcy uważana była za dziecibójczynię, co z pewnością wywołało pogłębienie się objawów PTSD.

Poza wymienionymi czynnikami środowiskowymi, wpływ na przebieg całego łańcucha patogenetycznego prowadzącego do rozwinięcia się PTSD, miało gorsze funkcjonowanie ośrodkowego układu nerwowego – badania EEG i psychologiczne wskazują na cechy jego uszkodzenia.

Warto postawić pytanie, czy i w jaki sposób można było zapobiec śmierci noworodka i rozwojowi zaburzeń stresu pourazowego u matki. Należy sądzić, iż pomoc psychologiczna mogła zapobiec powstaniu tragedii. Terapia, czy tylko wsparcie psychologiczne udzielone pacjentce i jej rodzinie, umożliwiłoby prawidłowy przebieg ciąży i zakończenie jej właściwie poprowadzonym porodem. Można również przypuszczać, że wczesna interwencja psychologiczna po porodzie byłaby w stanie zatrzymać łańcuch patogenetyczny prowadzący do rozwoju zaburzenia stresu pourazowego. Przeszkodą na obu etapach był brak odpowiedniej edukacji. Prerażające, że na drugim z nich dotyczy to personelu medycznego. Nie można zrozumieć dlaczego na oddziale poporodowym nie udzielono pacjentce pomocy psychologicznej czy psychiatrycznej.

PIŚMIENNICTWO

1. 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: 466–84.
2. Ayers S, Pickering A. Do women get posttraumatic stress disorder as a result of childbirth? A prospective study of incidence. *Birth* 2001; 28: 111–8.
3. Araszkiwicz A. Zaburzenia dysocjacyjne. W: Bilikiewicz A, Pużyński S, Rybakowski J, Wciórka J, red. Psychiatria. Tom 2. Wrocław: Urban & Partner; 2002: 485–502.
4. Bailham D, Joseph S. Post-traumatic stress following childbirth: a view of the emerging literature and directions for research and practice. *Psychol Health Med* 2003; 8: 159–68.
5. Ballard CG, Stanley AK, Brockington JF. PTSD after childbirth. *Br J Psychiatry* 1995; 166: 525–8.
6. Reynolds L. Post-traumatic stress disorder after childbirth: the phenomenon of traumatic birth. *CMAJ* 1997; 156: 831–5.
7. Gabbard GO. *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice. The DSM-IV Edition*. Washington, DC: American Psychiatric Press Inc; 1994: 274–5.
8. Green CM, Manohar SV. Neonaticide and hysterical denial of pregnancy. *Br J Psychiatry* 1990; 156: 121–3.
9. Miller L. Denial of pregnancy. W: Spinelli M, red. *Infanticide: psychosocial and legal perspectives on mothers who kill*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing Inc; 2003: 81–104.
10. Marmar C, Weiss D, Metzler T. Peritraumatic dissociation and posttraumatic stress disorder. W: Bremner D, Marmar C, red. *Trauma, Memory and Dissociation*. Washington: American Psychiatric Press Inc; 1998: 229–43.
11. Welner M, Delfs E. Denying life. *The Forensic Panel* 1997; 1 (12) (echo.forensicpanel.com/1997/11/1/denayinglife.html).
12. Bremner D, Southwick S, Brett E, Fontana A, Rosenheck R, Charney D. Dissociation and posttraumatic stress disorder in Vietnam combat veterans. *Am J Psychiatry* 1992; 149: 328–32.
13. Bremner D, Vermetten E, Southwick S, Krystal J, Charney D. An integrative formulation. W: Bremner D, Marmar C, red. *Trauma, Memory and Dissociation*. Washington: American Psychiatric Press Inc; 1998: 365–94.
14. Griffin M, Resick P, Mechanic M. Objective assessment of peritraumatic dissociation: psychopathological indicators. *Am J Psychiatry* 1997; 154: 1081–8.
15. Vermetten E, Bremner D, Spiegel D. Dissociation and hypnotizability: A conceptual and methodological perspective on two distinct concepts. W: Bremner D, Marmar C, red. *Trauma, Memory and Dissociation*. Washington: American Psychiatric Press Inc; 1998: 107–59.
16. Landowski J. Biologiczne mechanizmy stresu. W: Bilikiewicz A, Pużyński S, Rybakowski J, Wciórka J, red. *Psychiatria*. Tom 1. Wrocław: Urban & Partner; 2002: 179–91.
17. Liberzon I, Phan K. Brain-imaging studies of posttraumatic stress disorder. *CNS Spectr* 2003; 8: 641–50.

Adres: Dr Aleksandra Ściepuro, Klinika Chorób Psychicznych i Zaburzeń Nerwicowych Akademii Medycznej, ul. Dębinki 7, paw. 25, 80-952 Gdańsk