



## Obraz zespołu stresu pourazowego wśród ofiar powodzi zależy od rozmiaru poniesionych strat\*

*The picture of posttraumatic stress disorder in flood victims depends on the range of sustained loss*

AGNIESZKA STĘPIEŃ, KRZYSZTOF MAŁYSZCZAK, ANDRZEJ KIEJNA

Z Katedry i Kliniki Psychiatrii Akademii Medycznej we Wrocławiu

### STRESZCZENIE

**Cel.** Opis występowania i obrazu PTSD wśród bezpośrednich świadków powodzi, nie leczonych psychiatrycznie przed powodzią, które nie doświadczyły innego zdarzenia stresowego mogącego być niezależną przyczyną wystąpienia PTSD.

**Metoda.** Badanie przeprowadzono 60–63 miesiące po powodzi, przez jednego badacza (lekarza – psychiatrę), w domach ofiar, po telefonicznym umówieniu się. Narzędziem użytym w badaniu był „Złożony międzynarodowy kwestionariusz diagnostyczny” (CIDI). Wykorzystano sekcję A – dotyczącą danych demograficznych i sekcję N – dotyczącą PTSD. Analizowano przebieg zaburzenia w dwóch grupach ofiar (47 vs 50 osób), podzielonych ze względu na rozmiar popowodziowych strat materialnych.

**Wyniki.** Obecność PTSD wykazano częściej wśród osób, które poniosły poważne straty w wyniku kataklizmu – 23,7% (n = 30) niż wśród osób, które nie poniosły znaczących strat materialnych – 7,2% (n = 30). Analiza nasilenia objawów z trzech głównych osi wykazała istotnie większą częstotliwość ich występowania w każdej z osi w grupie osób poszkodowanych trwale. Zdecydowana większość utrzymywała objawy PTSD ponad rok, bez względu na rozmiar szkód.

**Wnioski.** Większe nasilenie objawów w grupie osób poszkodowanych trwale dowodzi jego związku z przedłużającą się sytuacją stresową, jaką są trwale szkody popowodziowe. Długość utrzymywania się objawów, podobna w obu grupach, stanowi o silnym wpływie stresora głównego i negatywnym wpływie braku psychologicznej pomocy ofiarom.

### SUMMARY

**Objectives.** The aim of the study was to describe the prevalence and picture of PTSD among eye witnesses of flood, who had neither received any psychiatric treatment previously, nor experienced any other concurrent stressful life events that might have been an independent cause of the PTSD onset.

**Methods.** Flood victims were interviewed between the 60<sup>th</sup> and 63<sup>rd</sup> month after the flood by the same psychiatrist using the Composite International Diagnostic Interview (CIDI), section A (concerning demographic data) and section N (referring to PTSD) They were visited at home, by previous appointment over the phone. The course of PTSD was analyzed in two groups (of 47 and 50 respondents) distinguished on the grounds of the scope of flood-related material loss.

**Results.** The presence of PTSD was more frequent among those who had sustained severe loss due to the natural disaster (N = 30) than among persons who had experienced no significant loss (N = 30), with the PTSD ratios of 23.7% vs. 7.2%, respectively. An analysis of symptom severity on the three main axes indicated a significantly higher prevalence of such symptoms on each axis in the group of victims who had experienced a permanent loss. In a vast majority of cases PTSD symptoms persevered for over a year, irrespective of the amount of loss.

**Conclusions.** The higher severity of symptoms in persons who had sustained a permanent loss evidences a relationship between PTSD and prolonged stressful situation due to permanent flood-related loss. The duration of symptoms similar in both compared groups indicates a strong effect of the major stressor as well as a negative effect of absence of psychological support for the victims.

---

**Słowa kluczowe:** PTSD / obraz / powódź / strata materialna / CIDI

**Key words:** PTSD / picture / flood / material loss / CIDI

---

Powodzie, wybuchy wulkanów, trzęsienia ziemi, pożary wielkich obszarów leśnych, huragany, cyklony i tornada dotyczą dużych populacji i stanowią źródło badań epidemiologicznych nad ich psychologicznymi skutkami. Powodują one cierpienie emocjonalne i mogą

być przyczyną zaburzeń psychicznych spowodowanych realnym bądź antycypowanym lękiem przed śmiercią, uszkodzeniami fizycznymi, stratami ekonomicznymi lub śmiercią najbliższych. Zaburzenie stresowe pourazowe (PTSD) uznawane jest za najczęściej rozpoznawane

---

\* Doniesienie zawiera wyniki uzyskane w toku realizacji grantu KBN (6 P05D 080 21) „Rozpowszechnienie zaburzenia stresowego pourazowego wśród ofiar powodzi z 1997 r. w środowisku wiejskim”.

w grupie ofiar zaburzenie, które może przetrwać wiele lat [1, 2, 3].

Powodzie należą do żywiołów powodujących największe szkody w majątku indywidualnym i publicznym spośród wszystkich katastrof naturalnych. Powodują zagrożenie życia i zdrowia ludzi, dezorganizują codzienne życie. Są źródłem stresu mogącego wywołać wystąpienie PTSD. Powódź, która wystąpiła w Polsce w lipcu 1997 r. należała do największych kataklizmów naturalnych w historii. Wystąpiła na obszarze 26 województw, zalanych zostało 6 700 km<sup>2</sup> terenów rolniczych i zurbanizowanych, co stanowi 2% powierzchni Polski. Zniszczeniu uległo ok. 46 000 mieszkań i domostw. Wywołała ogromne straty gospodarcze i społeczne. W jej wyniku zginęło 55 osób [4].

Szczególnie dotkliwie powódź dotknęła górne i środkowe dorzecze Odry. Jej wystąpienie miało związek z kilkudniowymi, trwającymi nieprzerwanie od 5 do 9 lipca 1997 r. opadami, osiagającymi lokalnie 500 mm, które 3–4 razy przekraczały średnie sumy miesięczne. Stały się one powodem dużego wzrostu stanu wód (zwielokrotnionego przez wysycenie podłoża wodą przez deszcze padające miesiąc wcześniej), który spowodował katastrofalne skutki. W ciągu paru godzin nocnych, niespodziewanie zalanych zostało ponad 70% terenów górskich na Ziemi Kłodzkiej, a ok. 80% gospodarstw zostało całkowicie bądź częściowo zniszczonych. Analiza przepływów wykazała, że w 1997 r. osiągnęły one najwyższy poziom w historii, w porównaniu z wcześniej zarejestrowanymi. Sytuacja hydrologiczna na dzień przed powodzią nie wskazywała na stan zagrożenia. W zlewni Nysy Kłodzkiej panowały średnie warunki wypełnienia retencji. Stany wody zarejestrowane na posterunkach wodowskazowych w Bystrzycy Kłodzkiej i Kłodzku układały się w górnej strefie stanów średnich, na pozostałych – w górnej strefie stanów niskich i dolnej stanów średnich. Na Nysie Kłodzkiej stan wody w okresie od 4 do 8 lipca wzrósł od 100 do 655 cm, na Białej Łądeckiej w okresie od 4 do 7 lipca – od 40 do 430 cm [5]. Największe zagrożenie powstało w dorzeczu Nysy Kłodzkiej, a wg danych gminnego centrum kryzysowego w Bystrzycy Kłodzkiej zalanych zostało 441 domów mieszkalnych, powstały olbrzymie straty w uprawach rolnych i sprzęcie rolniczym [6].

Tak wielki nagły wzrost stanów wód, brak wcześniejszego ostrzeżenia, niemożność przygotowania zabezpieczeń i zupełna nieskuteczność istniejących, stanowiły o rozmiarach katastrofy. Należy pamiętać, że jedynie nieliczne ofiary miały ubezpieczone domy czy pola uprawne, a istniejące ubezpieczenia nie obejmowały skutków katastrof naturalnych. Owo „niedopatrzenie” stało się przyczyną trudności w wypłacie odszkodowań, a doraźna pomoc państwa nie była w stanie wyrównać wszystkich szkód przy tak ogromnym ich zasięgu. Każda rodzina, bez względu na jej wielkość, otrzymała jednorazową zapomogę w wysokości 3 000 zł, przeznaczoną na zakup najbardziej potrzebnych, podstawowych sprzętów gospodarstwa domowego.

## CEL BADANIA

Zakłada się, że utrzymywanie się objawów PTSD jako psychologicznego efektu katastrofy naturalnej może zależeć od czasu, jaki upłynął od traumy do badania, rozmiarów kataklizmu i kryteriów diagnostycznych, na jakich oparte są narzędzia pomiarowe wykorzystywane w badaniu. Istotny wpływ na długość istnienia objawów może mieć też fakt udzielenia ofiarom pomocy socjalnej i psychologicznej – pełnoobjawowe bądź częściowe PTSD utrzymuje się dłużej wśród osób, które nie otrzymały wsparcia socjalnego i psychologicznego po traumie.

Przedłużone działanie skutków stresu i konfrontacja z fizyczną stratą wynikającą z wydarzenia traumatycznego mogą wpływać na jego chroniczny przebieg. Przegląd piśmiennictwa potwierdza te hipotezy, a wyniki badań pozostają w ścisłej zależności od doboru grupy poddanej badaniu.

Przedstawione badanie analizuje przebieg PTSD wśród ofiar powodzi w górnym dorzeczu Odry – terenie szczególnie dotkniętym kataklizmem. Analiza obejmuje dwie grupy pacjentów, znacząco różniące się rozmiarem strat popowodziowych. Rozmiar katastrofy, o którym zdecydowały nagłość i poziom wzrostu stanu wód, brak wcześniejszego ostrzeżenia i niemożność przygotowania zabezpieczeń, trwałość zniszczeń, a także brak pomocy socjalnej i psychologicznej ofiarom może stanowić o nasileniu i trwałości utrzymywania się objawów PTSD.

Celem pracy jest:

1. Ocena występowania PTSD w obu badanych podgrupach.
2. Analiza obrazu zaburzenia stresowego pourazowego (PTSD):
  - z wyszczególnieniem najczęściej pojawiających się objawów z trzech głównych gałęzi, na których oba systemy diagnostyczne (ICD-10 i DSM-IV) opierają rozpoznanie PTSD: intensywnego ponownego przypominania urazu, uporczywego unikania bodźców związanych z urazem, nadmiernej pobudliwości niewystępującej przed urazem;
  - oraz porównanie częstości ich występowania w dwóch podgrupach: grupie ofiar, które nie poniosły znaczących strat materialnych w związku z kataklizmem, oraz grupie osób dotkniętych trwale (utrata domu bądź przetrwanie zniszczeń popowodziowych w stopniu znacznie upośledzającym codzienność do czasu badania).
3. Ocena czasu utrzymywania się objawów zależnie od trwałości zniszczeń popowodziowych.

## OPIS BADANEJ GRUPY

Badanie przeprowadzone zostało na terenie czterech miejscowości należących do gminy Bystrzyca Kłodzka (Goworów, Michałowice, Zabłocie, Wilkanów), leżą-

cych w dorzeczu Nysy Kłodzkiej – rzeki, która wezbrała najszybciej i najobficiej spośród całego górskiego dorzecza Odry. Wszystkie powyższe miejscowości zostały zalane nagle, w ciągu paru godzin nocnych, w stopniu dotykającym wszystkie gospodarstwa znajdujące się na ich terenie.

Badaniem objęto 107 osób (40 mężczyzn i 67 kobiet), które były bezpośrednimi uczestnikami powodzi i które ukończyły 18 rok życia. Przeprowadzone zostało ono w domach osób poszkodowanych, po telefonicznym umówieniu się, przez jednego badacza – lekarza psychiatrę. Bezpośredni kontakt z ofiarami możliwy był dzięki pomocy lekarza pierwszego kontaktu, sprawującego opiekę nad osobami z terenów badanych.

Spełniony więc został wymóg zawężenia grupy badanej do objętej takim samym ryzykiem urazu, stopniem intensywności traumy i czasem trwania zagrożenia (badanie przeprowadzono na terenie czterech wsi zalanych nagle, w równym stopniu). Istota tego wymogu polega na szerokim przedziale zapadalności na PTSD zależnym od populacji poddanej badaniu. Badanie przeprowadzono między lipcem a wrześniem 2002 r., 5 lat po powodzi.

Istotnym był brak jakiegokolwiek opieki psychologicznej czy psychiatrycznej zaoferowanej powodziom bezpośrednio po powodzi, jak też słaba jej dostępność aktualnie. Również pomoc finansowa ze strony władz terenowych była znikoma, a żadna z poszkodowanych osób nie mogła liczyć na odszkodowanie za poniesione straty ze względu na brak ubezpieczenia obejmującego odpowiedzialność za szkody wyrządzone klęską żywiołową.

Podstawą do wykluczenia badanych z analizy statystycznej było stwierdzenie co najmniej jednego z poniższych kryteriów:

- leczenie psychiatryczne przed 1997 r.,
- doświadczenie jakiegokolwiek innej niż powódź z 1997 r. sytuacji, która mogłaby być niezależną przyczyną wystąpienia PTSD,
- stwierdzenie w czasie badania wyraźnego upośledzenia funkcji poznawczych i pamięci, zaburzeń urojeniowych, zaburzeń maniakałnych, objawów zespołu abstynencyjnego, niezależnie od jego etiologii.

Analizie poddano informacje uzyskane od 97 osób – 38 mężczyzn i 59 kobiet, co stanowi odpowiednio 39,2% i 60,8% grupy. Wiek badanych mieścił się w przedziale 24–82 lata (średnia 46,9). Większość badanych stanowiły osoby z wykształceniem średnim (56,7%); 36,1% miało wykształcenie podstawowe, a 7,2% – wyższe. Nieco ponad połowa badanych (52,6%) pozbawiona była pracy, co skutkowało niższym statusem materialnym.

Porównywano dwie grupy ofiar: 47 osób poszkodowanych znacznie (utrata domu bądź przetrwanie zniszczeń popowodziowych w stopniu znacznie upośledzającym codzienność do czasu badania) i 50 ofiar, które w związku z powodzią nie doświadczyły znaczących strat materialnych (odpowiednio 48,5% i 51,5%).

## METODY

Narzędziem wykorzystywanym w badaniu był Złożony Międzynarodowy Kwestionariusz Diagnostyczny (*Composite International Diagnostic Interview*) – CIDI, skonstruowany w ramach wspólnego projektu WHO (*World Health Organization*) oraz ADAMHA (*United States Alcohol Drug Abuse and Mental Health Administration*). Jest to narzędzie stworzone do badań epidemiologicznych w psychiatrii, prowadzonych w populacjach różnych kulturowo. Konstruując narzędzie przyjęto, że osoby badane mogą różnić się wykształceniem (łącznie z brakiem umiejętności czytania i pisanie), a zatem pytania muszą być sformułowane prosto i jasno [7]. Aby ułatwić adaptację językową unikano idiomów i kolokwializmów. Polska wersja została opracowana zgodnie z rekomendacjami WHO. Tłumaczenie tekstu wywiadu obejmowało tłumaczenie zwrotne i konsultacje językowe [8]. Kwestionariusz jest narzędziem wysoce strukturalizowanym, przejrzystym – zawiera w pełni sformułowane pytania zamknięte. Odpowiedzi twierdzące wiodą do dalszych pytań, zgodnie z algorytmem, w celu stwierdzenia lub wykluczenia dalszych informacji. Okresowo podsumowuje się zebrane dotychczas informacje, wymieniając potwierdzone przez badanego dolegliwości i objawy. Instrument wykorzystano w wielu badaniach z zakresu epidemiologii zaburzeń psychicznych, a obecna jego wersja jest dostosowana do klasyfikacji DSM-IV i ICD-10 [9, 10].

W badaniu zastosowano wersję monachijską kwestionariusza, dotyczącą całego życia. Wykorzystano dwie sekcje CIDI: sekcję A dotyczącą danych demograficznych oraz sekcję N dotyczącą PTSD. Konstrukcja sekcji N pozwala nie tylko na potwierdzenie istnienia PTSD, ale też na analizę przebiegu zaburzenia pod względem objawów i długości ich utrzymywania się. Składa się ona z 19 części: pytań zamkniętych i pytań opisujących moment wystąpienia pierwszych objawów, ich trwałość i występowanie w ostatnim czasie. Przy porządkowaniu objawów trzem osiom PTSD odzwierciedla wyodrębnienie ich w trzech częściach sekcji:

Pytania N3 – N7 służą ocenie objawów z grupy intensywnego ponownego przypominania urazu:

- CN3 – wspomnienia wbrew woli,
- CN4 – koszmarne sny dotyczące traumy,
- CN5 – odczuwanie, jak gdyby trauma miała znów miejsce,
- CN5A – zachowanie, jak gdyby na nowo uczestniczyło się w traumie,
- CN6A – wyprowadzenie z równowagi w sytuacji lub wobec rzeczy symbolizujących traumę,
- CN6B – odczuwanie strachu wobec sytuacji lub rzeczy związanych z traumą,
- CN6C – poczucie bezradności w związku z sytuacjami lub rzeczami symbolizującymi traumę,
- CN7 – reaktywność fizjologiczna wobec wspomnienia traumy.

Pytania N8–N14 analizują objawy z grupy uporczywego unikania bodźców związanych z urazem:

- CN8 – unikanie myśli, rozmów dotyczących traumy,
- CN9 – unikanie miejsc, ludzi, czynności mogących przypominać traumę,
- CN10 – luka pamięciowa związana z traumą,
- CN11 – utrata zainteresowań rzeczami dotąd istotnymi,
- CN12 – odizolowanie, oddalenie od ludzi,
- CN13 – trudność w doświadczaniu uczuć wyższych wobec innych ludzi,
- CN14 – poczucie bezsensu, pesymizm w myśleniu o przyszłości.

Pytanie N15 dotyczy objawów z grupy nadmiernej pobudliwości nie występującej przed urazem, a powstałych wskutek jego działania:

- CN15A – zaburzenia snu,
- CN15B – zaburzenia koncentracji,
- CN15C – większa ostrożność,
- CN15D – większa drażliwość, częstsza utrata panowania nad sobą,
- CN15E – większa nerwowość, czujność.

Dane uzyskane w badaniu analizowano za pomocą komputerowego programu *Statistica*, wersja 5,0, firmy StatSoft. Korzystano z następujących metod statystycznych: test U Manna-Whitneya (M-W) – nieparametryczny test stanowiący alternatywę dla testu t-Studenta dla zmiennych niezależnych, test  $\chi^2$  – używany dla porównania rozkładu dwuwartościowych zmiennych zależnych.

## WYNIKI

Występowanie PTSD jako skutku powodzi oceniano opierając się na sekcji N kwestionariusza CIDI. Z przeanalizowanych danych uzyskanych od 97 osób, występowanie PTSD w ciągu całego życia stwierdzono

u 30 badanych (30,9%). Obecność PTSD wykazano częściej wśród osób, które poniosły poważne straty w wyniku kataklizmu – 23,7% (n = 30) niż wśród osób, które nie poniosły znaczących strat materialnych – 7,2% (n = 30).

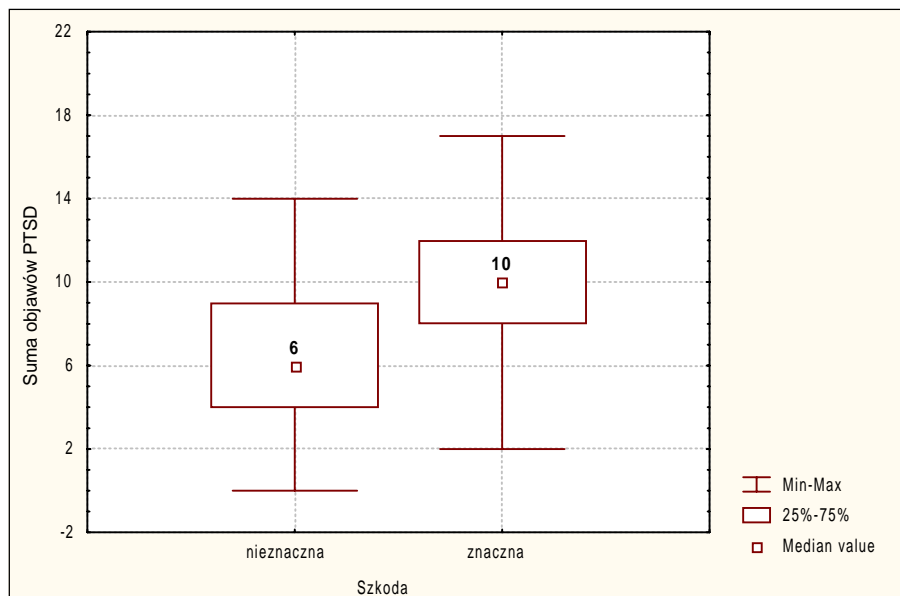
Konstrukcja wykorzystywanej w badaniu sekcji N kwestionariusza CIDI umożliwiła analizę nasilenia objawów w każdej z trzech głównych osi, na których oparte jest rozpoznanie PTSD nawet wtedy, gdy nie wyczerpywały one kryteriów diagnostycznych niezbędnych do postawienia diagnozy. Nasilenie objawów mierzono ilością obecnych objawów w każdej z grup głównych (G1, G2, G3) i sumą wszystkich występujących objawów (G4 = G1 + G2 + G3).

Porównanie nasilenia wszystkich objawów PTSD między grupą osób poszkodowanych znacznie i nieznacznie dowiodła większe przeciętne nasilenie wszystkich objawów w grupie pierwszej (rys. 1), a jego różnica jest istotna statystycznie wg testu M-W ( $p = 0,00139$ ,  $Z = -4,34585$ ).

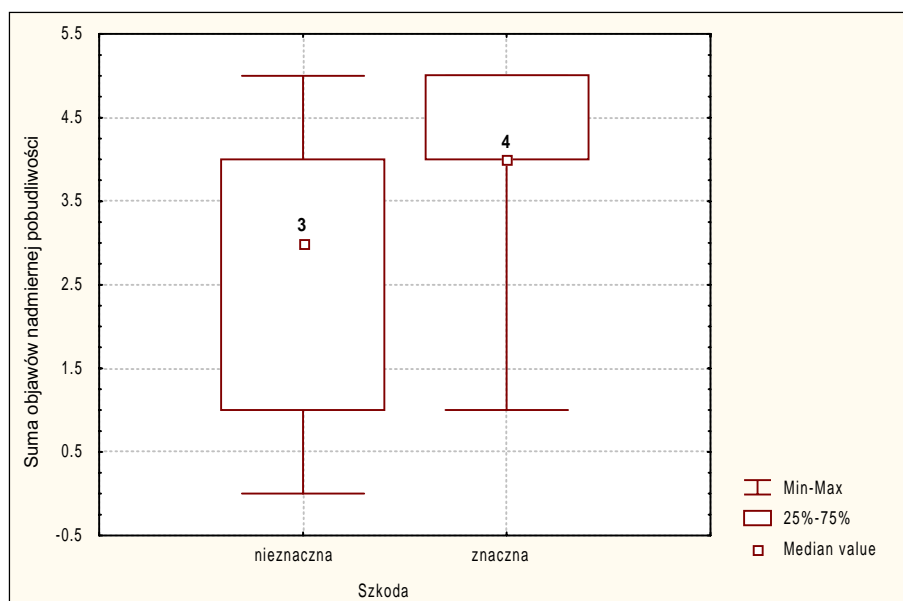
Analiza nasilenia objawów z trzech głównych osi wykazała istotnie większą częstotliwość ich występowania w każdej z osi w grupie osób poszkodowanych trwale. Największe różnice rozkładu znaczą się w grupie objawów nadmiernej pobudliwości niewystępującej przed powodzią a powstałych wskutek jej działania (rys. 2), co jest istotne statystycznie wg testu M-W ( $p = 0,00495$ ,  $Z = -4,05831$ ).

Rozkład objawów na osiach intensywnego ponownego przypomnienia powodzi (test M-W:  $p = 0,002545$ ,  $Z = -3,018$ ) i uporczywego unikania bodźców związanych z powodzią (test M-W:  $p = 0,000183$ ,  $Z = -3,742$ ) nie jest już tak wyraźnie różny w obu porównywanych grupach, jednak większe ich nasilenie w grupie poszkodowanych trwale jest statystycznie.

Stosując sekcję N kwestionariusza CIDI, oprócz wykazania różnic nasilenia poszczególnych osi objawów PTSD, każdy objaw oceniono pod kątem jego wystę-



Rysunek 1. Przeciętne nasilenie wszystkich objawów PTSD (G4) w grupie poszkodowanych znacznie (1) i nieznacznie (0)



Rysunek 2. Przeciętne nasilenie objawów osi nadmiernej pobudliwości (G3) w grupie osób poszkodowanych znacznie (1) i nieznacznie (2)

powania bądź niewystępowania, niezależnie od tego, czy ostatecznie wyczerpywały one kryteria PTSD, czy nie. Międzygrupowe różnice zmiennych oceniono testem  $\chi^2$  (tabl. 1).

Zdecydowana większość objawów występowała częściej w grupie osób poszkodowanych znacznie, a różnica częstości występowania była istotna statystycznie. Jedynie objawy związane z odczuwaniem strachu wobec

Tablica 1. Porównanie częstości objawów PTSD w grupie osób poszkodowanych znacznie (1) i nieznacznie (2) – test  $\chi^2$

Analizowane objawy PTSD	Występowanie				Test	
	w grupie poszkodowanych znacznie		w grupie poszkodowanych nieznacznie		$\chi^2$	p
	tak	nie	tak	nie		
<b>Objawy intensywnego przypominania sobie urazu</b>						
CN3 – wspomnienia wbrew woli	33	17	44	3	139,007	<0,00001
CN4 – koszmarne sny dotyczące traumy	21	29	35	12	53,222	<0,00001
CN5 – odczuwanie, jak gdyby trauma miała znów miejsce	20	30	29	18	44,377	<0,00001
CN5A – zachowanie, jak gdyby na nowo uczestniczyło się w traumie	1	49	1	46	0,488	0,484647
CN6A – wyprowadzenie z równowagi w sytuacji lub wobec rzeczy symbolizujących traumę	23	27	30	17	14,062	0,000177
CN6B – odczuwanie strachu wobec sytuacji lub rzeczy związanych z traumą	21	29	16	31	2,852	0,091267
CN6C – poczucie bezradności w związku z sytuacjami lub rzeczami symbolizującymi traumę	17	23	17	20	0,173	0,676925
CN7 – reaktywność fizjologiczna wobec wspomnienia traumy	24	26	31	16	14,438	0,000145
<b>Objawy uporczywego unikania bodźców związanych z urazem</b>						
CN8 – unikanie myśli, rozmów dotyczących traumy	12	38	17	30	6,250	0,012424
CN9 – unikanie miejsc, ludzi, czynności mogących przypominać traumę	4	46	8	39	5,740	0,016583
CN10 – luka pamięciowa związana z traumą	1	49	6	41	10,698	0,001073
CN11 – utrata zainteresowań rzeczami dotąd istotnymi	14	36	28	19	42,666	<0,00001
CN12 – odizolowanie, oddalenie od ludzi	5	45	18	29	33,276	<0,00001
CN13 – trudność w doświadczaniu uczuć wyższych wobec innych ludzi	1	49	14	33	37,333	<0,00001
CN14 – poczucie bezsensu, pesymizm w myśleniu o przyszłości	13	37	24	23	25,010	<0,00001
<b>Objawy nadmiernej pobudliwości nie występującej przed urazem, powstałych wskutek jego działania</b>						
CN15A – zaburzenia snu	30	20	43	4	117,338	<0,00001
CN15B – zaburzenia koncentracji	17	33	36	11	104,404	<0,00001
CN15C – większa ostrożność	29	21	39	8	44,2948	<0,00001
CN15D – większa drażliwość, częstsza utrata panowania nad sobą	17	33	27	20	21,5830	<0,00001
CN15E – większa nerwowość, czujność	29	21	45	2	376,041	<0,00001

sytuacji związanych z powodzią (CN6B) i poczuciem bezradności w związku z sytuacjami lub rzeczami mogącymi symbolizować powódź (CN6C), a także zachowanie, jak gdyby uczestniczyło się w powodzi raz jeszcze (CN5A) występowały w obu grupach podobnie często.

Najczęściej występującym objawem w obu grupach była większa nerwowość, czujność, która nie występowała przed powodzią (CN15E), a pojawiające się wbrew woli wspomnienia powodzi (CN3), zaburzenia snu (CN15A) i zaburzenia koncentracji (CN15B) były objawami występującymi najczęściej.

Konstrukcja pytania CN17 umożliwiła określenie czasu wystąpienia pierwszych objawów zaburzenia – pytaniu „w jakim czasie po powodzi [objawy] pojawiły się po raz pierwszy” przyporządkowano jedną z sześciu możliwych liczb warunkującą odpowiedź: w tym samym dniu (1), w tym samym tygodniu (2), w tym samym miesiącu (3), w ciągu 6 miesięcy (4), w ciągu 1 roku (5), powyżej roku (6).

Połowa osób spełniających kryteria PTSD określiła początek wystąpienia objawów na pierwszy tydzień po powodzi, 40% – do miesiąca po powodzi. Spośród wszystkich ankietowanych ponad połowa oceniła początek wystąpienia objawów na pierwszy tydzień po powodzi, natomiast rozkład pozostałych odpowiedzi nie był już tak jednoznaczny, jak w przypadku podgrupy osób z PTSD.

Różnice rozkładu czasu wystąpienia pierwszych objawów między grupą osób poszkodowanych znacznie i nieznacznie nie były istotne statystycznie (wartość  $\chi^2 = 3,639$ ,  $p < 0,45$ ).

Analizę czasu trwania objawów umożliwiło przyporządkowanie wartości liczbowych odpowiedziom: mniej niż tydzień (1), mniej niż 1 miesiąc (2), 1–6 miesięcy (3), 6 miesięcy – 1 rok (4), więcej niż rok (5). Zdecydowana większość wszystkich ankietowanych, bez względu na spełnienie kryterium PTSD, określiła czas utrzymywania się objawów na ponad rok. Rozkład czasu utrzymywania się objawów w całej grupie jest podobny do rozkładu w podgrupie osób poszkodowanych nieznacznie. Mimo różnic rozkładu występujących w podgrupach osób poszkodowanych znacznie i nieznacznie, porównanie przeciętnej długości trwania objawów w obu grupach nie wykazało istotnej różnicy (wartość  $\chi^2 = 0,801$ ,  $p < 0,09$ ). Nie wykazano też istotnych różnic czasu utrzymywania się objawów w zależności od rozmiarów szkody w grupie osób z PTSD ( $\chi^2 = 0,976$ ,  $p < 0,80$ ).

Możliwe było również określenie, kiedy objawy PTSD wystąpiły po raz ostatni – pytanie CN18AREC kodowały odpowiedzi: w ciągu 2 tygodni poprzedzających badanie (1), 2–4 tygodnie przed badaniem (2), 1–6 miesięcy przed badaniem (3), 7–12 miesięcy przed badaniem (4), w ciągu roku poprzedzającego badanie, bez dokładnego określania (5), ponad rok przed badaniem (6). Konstrukcja pytania pozwoliła na ocenę aktualnego występowania pełnoobjawowego PTSD. Zo-

stało ono potwierdzone u 15,5% spośród wszystkich 97 badanych. Analiza trwałości objawów PTSD występujących u osób, które nie wyczerpywały kryterium zaburzenia wykazała, że w grupie osób poszkodowanych trwale utrzymywały się one do miesiąca poprzedzającego badanie znacząco częściej, niż w grupie osób poszkodowanych nieznacznie (wartość  $\chi^2 = 10,878$ ,  $p < 0,012$ ). Najdłużej jednak utrzymujące się objawy miały zdecydowanie silniejszy związek z rozpoznaniem zaburzenia niż z rozmiarem straty ( $\chi^2 = 9,619894$ ,  $p < 0,022$ ).

Długotrwałe i równoczesowe utrzymywanie się wielu objawów PTSD wśród większości ofiar skłoniły do analizy występowania podprogowego PTSD (sPTSD). Powyższemu odpowiada wystąpienie co najmniej jednego objawu w każdej z trzech osi objawów i utrzymywanie się ich przez ponad miesiąc [11, 12]. Pod uwagę wzięto osoby, które nie wyczerpywały kryterium pełnego zaburzenia. Objawy sPTSD wykazywało 63,9% osób bez rozpoznania PTSD ( $n = 67$ ), a jego częstsze występowanie wśród osób poszkodowanych znacznie jest istotne statystycznie ( $\chi^2 = 108,389$ ,  $p < 0,0001$ ).

## OMÓWIENIE WYNIKÓW

Badanie przeprowadzono 60–63 miesiące po powodzi. PTSD rozpoznano u 30,9% badanej grupy, przy czym 15,5% grupy wykazywało pełnoobjawowy PTSD do miesiąca poprzedzającego badanie. Wyniki te zgodne są z doniesieniami z piśmiennictwa światowego. Prospektywne badania epidemiologiczne wykazały, że ok. 1/3 ofiar urazów z pierwotnie rozpoznanym PTSD może utrzymywać jego objawy 60 miesięcy i dłużej po zadziałaniu stresora [13, 14, 15].

Jest wiele doniesień potwierdzających częstsze występowanie PTSD wśród ofiar, które doświadczyły znacznych strat materialnych w wyniku katastrofy naturalnej [16, 17, 18, 19, 20]. Badanie potwierdziło tę zależność, a dzięki analizie ilościowej objawów PTSD możliwe było potwierdzenie większego ich nasilenia w tej grupie. Największe różnice dotyczą osi objawów związanych z nadmierną pobudliwością niewystępującą przed powodzią, a powstałych wskutek jej działania. Należy przypuszczać, że trwałość strat popowodziowych w istotny sposób upośledza funkcjonowanie badanych a codzienne narażenie na ekspozycję w sposób jednoznaczny symbolizującą powódź (utrata całości bądź części domu, nieukończone remonty popowodziowe, zniszczenia fragmentów zasiedlonych domów, wysokie zawilgocenie, konieczność zamieszkiwania w zastępczych osiedlach, które zgodnie z pierwotnym założeniem miało być jedynie stanem przejściowym, więc ich standard spełniał jedynie minimalne wymogi lokalowe) mogły być głównym tego powodem. Badani wiązali nasilenie objawów również z trwającymi nadal problemami materialnymi bezpośrednio związanymi z powodzią. Żadna z badanych osób nie otrzymała

po powodzi pomocy psychiatrycznej ani psychologicznej. Wynikało to z braku możliwości skorzystania z niej w okresie popowodziowym (droga wiodąca do Bystrzycy Kłodzkiej, w której zorganizowano punkt pomocy psychologicznej była nieprzejezdna). Według danych z piśmiennictwa, brak takiego wsparcia przyczynia się do dłuższego (średnio 64 miesiące) utrzymywania się objawów PTSD [13, 14, 21].

Połowa ankietowanych określiła początek wystąpienia zaburzeń na pierwszy tydzień od kataklizmu, u 40% badanych objawy wystąpiły po raz pierwszy do miesiąca od powodzi. Pozostałe osoby oceniły czas pojawienia się symptomów na ten sam dzień lub do pół roku od powodzi. Wyniki te dowodzą zgodności z kryteriami diagnostycznymi PTSD zawartymi w obowiązujących klasyfikacjach. W zakresie czasu wystąpienia pierwszych objawów nie wykazano różnic związanych z poziomem strat, co dowodzi, że istota kataklizmu (nagłość, rozmiar, niespodziewanie) powoduje powstanie reakcji psychologicznej niezależnie od jego skutków materialnych.

Mimo braku istotnych różnic w długości utrzymywania się objawów PTSD w zależności od rozmiaru zniszczeń spowodowanych powodzią, szczegółowe analizy wykazały, że w grupie osób z pełną diagnozą objawy występowały w chwili badania znacząco częściej niż w grupie osób poszkodowanych trwale.

Badanie potwierdziło też zdecydowanie silniejsze nasilenie objawów podprogowego PTSD wśród ofiar poszkodowanych znacznie, a jego występowanie w całej badanej grupie odpowiada dostępnym w piśmiennictwie [12, 22].

Intensywne i długotrwałe utrzymywanie się pełnoobjawowego lub częściowego PTSD, bądź poszczególnych jego objawów o charakterze lękowym i/lub depresyjnym winno spowodować objęcie powodzią specjalistyczną opieką. Osoby wykazujące najsilniejszy poziom zaburzeń otrzymały informacje na temat rodzajów opieki psychiatryczno-psychologicznej, możliwości podjęcia i skuteczności leczenia.

## WNIOSKI

1. PTSD rozpoznano częściej u osób poszkodowanych znacznie (23,7%), w tej grupie również istotnie częściej rozpoznawano podprogowe PTSD. Nasilenie objawów PTSD wśród ofiar wyczerpujących kryteria zaburzenia oraz wśród badanych niespełniających ich w pełni było istotnie większe w grupie osób poszkodowanych znacznie. U zdecydowanej większości badanych (niezależnie od rozmiaru szkody) odczuwała objawy utrzymywały się długo – ponad rok, natomiast żadna z osób nie stwierdziła krótkiego (do miesiąca) czasu trwania symptomów, co może być spowodowane trwałością zniszczeń popowodziowych. Nie wykazano istotnych różnic czasu utrzymywania się objawów w zależności od rozmiaru strat, co

wskazuje na silniejszy związek intensywnych reakcji psychologicznych ze stresorem głównym, jakim była powódź, niż ze stresorami wtórnymi wynikającymi ze zniszczeń. Potwierdza to analiza utrzymywania się aktualnych objawów PTSD.

2. Długie utrzymywanie się objawów stanowi o silnej potrzebie szerokiego dostępu do pomocy psychologicznej i, niejednokrotnie, psychiatrycznej. Możliwości podjęcia terapii na terenach badanych są ograniczone, co w sposób istotny przyczynia się do przedłużonego działania stresu.
3. Zastosowane narzędzie – Złożony Międzynarodowy Kwestionariusz Diagnostyczny CIDI jest narzędziem przydatnym w podobnych badaniach. Jest to użyteczny instrument, łatwy w stosowaniu dla badającego i zrozumiały dla badanego. Sekwencja pytań sekcji PTSD umożliwia określenie długości trwania zaburzenia i analizę poszczególnych jego objawów, pozwalając na zarysowanie pełnego obrazu doznań respondentów.

## PIŚMIENNICTWO

1. Bromet E, Dew MA. Review of psychiatric epidemiologic research on disasters. *Epidemiol Rev* 1995; 17: 113–9.
2. Sharan P, Chaudhary G, Kavathekar SA, Saxena S. Preliminary report of psychiatric disorders in survivors of a severe earthquake. *Am J Psychiatry* 1996; 153: 556–8.
3. Green BL, Lindy JD, Grace MC, Leonard AC. Chronic posttraumatic stress disorder and diagnostic comorbidity in a disaster sample. *J Nerv Ment Dis* 1992; 180: 760–6.
4. Majewski W. Powódź lipiec 1997 r. Pismo PG 1998; 4.
5. Olearczyk D, Tokarczyk T. Powódź 1997 r. w Kotlinie Kłodzkiej a powodzi historyczne. 2002, www.powodz.info.
6. Woźniak Z. Skutki powodzi w lipcu 1997 r. w gminie Bystrzyca Kłodzka. 2003.02.13, www.powodz.info.
7. Robins LN, Wing J, Wittchen HU, Helzer JE, Babor JF, Burke J, Farmer A, Jablensky A, Pickens R, Regier DA, Sartorius N, Towle LH. The Composite International Diagnostic Interview. *Arch Gen Psychiatry* 1988; 45: 1069–77.
8. Kantorska-Janiec M. Ocena parametrów psychometrycznych polskiej wersji Złożonego Międzynarodowego Kwestionariusza Diagnostycznego CIDI w rozpoznawaniu zaburzeń afektywnych. Rozprawa doktorska. Wydział Lekarski Kształcenia Podyplomowego Akademii Medycznej we Wrocławiu; marzec 2004.
9. Kiejna A, Grzesiak M, Kantorska-Janiec M. Złożony Międzynarodowy Kwestionariusz Diagnostyczny (CIDI) – możliwości wykorzystania w badaniach ekonomicznych w psychiatrii. *Psychiatr Pol* 1998; 4: 463–80.
10. Grzesiak M, Kiejna A. Kwestionariusze diagnostyczne i ich zastosowanie w badaniach epidemiologicznych w psychiatrii. *Psychiatr Pol* 1998; 4: 519–33.
11. Murray SB, Walker JR, Hazen AL, Forde DR. Full and partial posttraumatic stress disorder: findings from a community survey. *Am J Psychiatry* 1997; 154: 1114–9.
12. Mylle J, Maes M. Partial posttraumatic stress disorder revisited. *J Affect Disord* 2004; 78: 37–48.
13. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1995; 52: 1048–60.

14. Verger P, Rotily M, Baruffol E, Boulanger N, Vial N, Sydor G, Pirard P, Bard D. Évaluation des conséquences psychologiques des catastrophes environnementales: une étude de faisabilité à partir des inondations de 1992 dans le Vaucluse (France). *Cahiers Santé* 1999; 9: 313–8.
15. Breslau N, Kessler RC, Chilcoat HD, Schultz LR, Davis GC, Andreski P. Trauma and Posttraumatic Stress Disorder in the Community. The 1996 Detroit Area Survey of Trauma. *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55: 626–32.
16. Caldera T, Palma L, Penayo U, Kullgren G. Psychological impact of the hurricane Mitch in Nicaragua in one-year perspective. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2001; 36: 108–14.
17. Goenjian AK, Steinberg AM, Najarian LM, Fairbanks LA, Tashjian M, Pynoos RS. Prospective study of posttraumatic stress, anxiety, and depressive reactions after earthquake and political violence. *Am J Psychiatry* 2000; 157: 911–20.
18. Norris FH. Epidemiology of trauma: frequency and impact of different potentially traumatic events on different demographic groups. *J Consult Clin Psychol* 1992; 60: 409–18.
19. Norris FH, Murphy AD, Baker CK, Perilla JL. Severity, timing, and duration of reactions to trauma in the population: an example from Mexico. *Biol Psychiatry* 2003; 53: 769–78.
20. Verger P, Hunault C, Rotily M, Baruffol E. Facteurs de variation de symptômes de stress post-traumatique cinq années après l'inondation de 1992 dans le Vaucluse. *Rev Epidemiol Sante Publique* 2000; 48: 2544–53.
21. Shalev AY, Tuval-Mashiach R, Hadar H. Posttraumatic stress disorder as a result of mass trauma. *J Clin Psychiatry* 2004; 65 (supl 1): 4–10.
22. Carlier IV, Gersons PB. Partial posttraumatic stress disorder: the issue of psychological scars and the occurrence of PTSD symptoms. *J Nerv Ment Dis* 1995; 183: 107–9.

*Adres: Dr Agnieszka Stępień, Katedra i Klinika Psychiatrii Akademii Medycznej, ul. Pasteura 10, 50-367 Wrocław, tel. (71) 7841600, e-mail: a\_stepien@o2.pl*