Psychiatria Polska
2007, tom XLI, numer 6
strony 837–849

Ocena wybranych funkcji poznawczych u ofiar przemocy domowej

Assessment of the selected cognitive functions among the victims of domestic violence

Małgorzata Dąbkowska

Katedra i Klinika Psychiatrii CM w Bydgoszczy, UMK w Toruniu
Kierownik: prof. dr hab. n. med. A. Araszkiewicz

Summary

Every traumatic experience triggers the cognitive functions. Among the people who have experienced a trauma, the cognitive functions are diminished and these people are exposed to the negative effects of it. People with the diminished cognitive functions are especially sensitive to the PTSD occurrence.

Aim. The aim of this study was to evaluate selected cognitive functions with the use of particular neurological tests among the people who have experienced domestic violence. Additionally, it was to specify the influence of the occurrence of PTSD and depression symptoms on the cognitive functions of the victims.

Methods. 1. Neuropsychological Assessment: Trail Marking Test A and B (TMT A&B), Stroop Test (Colour-Word Interference Test), Verbal Fluency Test. 2. Assessment of PTSD Occurrence and Intensity: Civilian Version of Mississippi PTSD 35-point and 39-point Scale. 3. Assessment of Depression: Beck Depression Inventory (BDI) and 17-point Hamilton Depression Rating Scale (HDRS). The study group consisted of 30 women age 17 to 55; average age was 37. All the women were inhabitants of the hostels for victims of domestic violence. The group was exposed to both physical and psychological violence.

Results and Conclusion. A significant diminishing of selected cognitive functions was noticed among the study group. Both the symptoms of PTSD and depression had an influence on diminishing cognitive functions. The increase of PTSD symptoms correlated with the intensity of depression. The victims of domestic violence required long-term psychiatric treatment.

Słowa klucze: przemoc domowa, neuropsychologia, dysfunkcje poznawcze
Key words: domestic violence, neuropsychology, cognitive dysfunction

Wstęp

Każde użycie siły lub stosowanie przymusu, które zagrażają w poważnym stopniu życiu, wolności, integralności fizycznej lub psychicznej osoby, w rodzinie lub związku, można nazwać przemocą domową [1]. W większości sprawcami i ofiarami przemocy

domowej są partnerzy intymnych związków. Zdecydowanie częściej sprawcami są mężczyźni, a ofiarami kobiety [2]. Agresywne działania człowieka, na przykład związane z przemocą, podczas których ofiara czuje się zagrożona, wiążą się z większym ryzykiem pojawienia się zespołu stresu pourazowego (PTSD). Główną rolę w zwiększaniu ryzyka niekorzystnych skutków traumy odgrywa nadanie negatywnego znaczenia wydarzeniu. Ofiary przemocy domowej bezustannie poddawane są stresorom, których źródłem jest działanie ludzkie. Czynnikiem ryzyka negatywnego wpływu stresorów jest intencjonalność działań sprawcy i jego bliskość z ofiarą. Przemoc domowa trwa z reguły wiele lat i ofiara ma poczucie braku kontroli nad stresogennym postępowaniem sprawcy [3]. Nowoczesne badanie neuroobrazowania pozwalają przyżyciowo zidentyfikować u ludzi ośrodki OUN związane z przeżywaniem emocji [4]. Podczas każdego traumatycznego zdarzenia są uruchamiane funkcje poznawcze. Zaangażowane są procesy poznawcze, jakimi są uwaga, interpretacja, poznawcze opracowywanie, kodowanie, odzyskiwanie, oraz struktury poznawcze, jak połączenia poznawcze, asocjacyjne, zmagazynowana pamięć, za pomocą których zdarzenie jest zinternalizowane. To funkcje poznawcze umożliwiają przyswojenie zdarzenia zgodnie z własnym rozumieniem [5]. U osób, które przeżyły już traumę, procesy poznawcze są osłabione i jednostka jest uwrażliwiona na szkodliwe bodźce. Osłabienie funkcjonowania poznawczego pod wpływem traumatycznych doświadczeń prowadzi do uwrażliwienia i ekstremalnej odpowiedzi na stres oraz do niespójnych i dysfunkcyjnych zachowań [6]. Osoby z osłabionymi funkcjami poznawczymi są również szczególnie podatne na PTSD [7]. U osób z traumatycznymi doświadczeniami, jak wojna, przemoc fizyczna i wykorzystywanie seksualne, w badaniu MRI mózgu zaobserwowano zmniejszenie się prawostronnego hipokampa o około 8%. Wielkość ubytku okazała się proporcjonalna do stopnia zaburzeń pamięci krótkotrwałej. Ubytek ten był najprawdopodobniej spowodowany stałym, nadmiernym poziomem hormonów stresowych wydzielanych przez korę nadnerczy – przede wszystkim kortyzolu [8]. Szczególną rolę w pamięci emocjonalnej odgrywa ciało migdałowate, które przechowuje pamięć o emocjach (zwłaszcza lęku) i sytuacjach, w jakich były one przeżywane [9].

Ważna jest własna ocena wydarzeń. Poczucie sensowności bolesnych doświadczeń chroni przed PTSD. W przypadku przemocy domowej ofiary nie mogą doszukać się w niej sensu [10]. Z kolei rzeczy objawy dysocjacyjne, powiązane z pamięcią w trakcie traumatycznego przeżycia, pełnią funkcję ochronną przed pojawieniem się PTSD jako skutku traumy [11, 12]. Przemoc o charakterze intymnym częściej leży u podłoża PTSD niż przemoc o innym charakterze [13]. Procesy pamięciowe w sytuacjach traumatycznych różnią się od procesów zachodzących w sytuacjach o niskim poziomie stresu. Duże emocjonalne pobudzenie w momencie traumy przeszkadza w efektywnym werbalnym zapamiętywaniu, natomiast bezsłowne zapamiętanie wrażeń i doznań uczuciowych pozostaje niezmienione przez długi czas [9, 14].

W zespole stresu pourazowego występują różne formy zniekształceń pamięci w postaci intruzywnych wspomnień (hipermnezja) bądź czasowej niepamięci (amnezja). Van der Kolk [15] wyróżnił kilka form zaburzeń pamięci po wydarzeniach traumatycznych: amnezję, osłabienie pamięci ogólnej, procesy dysocjacji, sensomotoryczne pamiętanie wydarzeń traumatycznych. W zakresie zakłóceń psychofizjologicznych

badania wskazują m.in. na bardzo nasilone reakcje odruchowe na bodziec kojarzony z traumą oraz na nadwrażliwość na silne, ale neutralne bodźce (utrata zdolności do selekcji bodźców), wyrażającą się np. w niemożności pohamowania reakcji na nagły bodziec dźwiękowy. Pamięć jest raczej sensomotoryczna niż semantyczna. Specyficzne zjawiska dotyczące pamięci związane są z poziomem neurohormonów: noradrenaliny i wazopresyny (utrwalenie wspomnień związanych z traumą), oksystocyny i endogennych opiatów (amnezje) [16, 17].

Cel

Celem pracy była ocena wybranych funkcji poznawczych u ofiar przemocy domowej, za pomocą wybranych testów neuropsychologicznych, oraz określenie wpływu obecności objawów PTSD i depresji na ich zdolności poznawcze.

Grupa badana

Grupę badaną stanowiło 30 kobiet w wieku od 17 do 55 lat; średnia wieku wynosiła 37 lat. Badane osoby były mieszkankami hosteli dla ofiar przemocy domowej. Doświadczały wielu przejawów przemocy zarówno fizycznej, jak i psychicznej. Rodzaje stosowanej przemocy to: bicie, duszenie, wiązanie, ograniczanie finansowe, ograniczanie swobody poruszania się, poniżanie, straszenie, stosowanie wulgarnych określeń, wymuszanie współżycia seksualnego, wyłudzanie. W badanej grupie wszystkie kobiety doznawały tak nasilonej przemocy, że były zmuszone do opuszczenia swojego miejsca zamieszkania i do przebywania wraz z dziećmi w hostelach dla ofiar przemocy domowej. Traumatyczne przeżycia ofiar, u których rozpoznano PTSD, spełniały kryteria stresorów zgodnie z klasyfikacją; na pytanie dotyczące zdarzenia traumatycznego z elementami zagrożenia dla życia, zranienia, zagrożenia integralności fizycznej własnej lub innych, z reakcją strachu, bezsilności i przerażenia – odpowiadały twierdząco. Prawie wszystkie badane osoby doznały przemocy ze strony męża lub konkubenta, a dwie najmłodsze – ze strony ojca. Czas trwania przemocy był różny: od 6 miesięcy do 20 lat; od ostatniego wydarzenia traumatycznego minęło ponad 6 miesięcy.

Metody

Ocena neuropsychologiczna

1. Test Łączenia Punktów Reitana A i B – TMT A i B (Trail Making Test A & B)

Test Łączenia Punktów składa się z dwóch części. Część A bada szybkość psychomotoryczną, a część B wzrokowo-przestrzenną pamięć operacyjną i zdolność przełączania się na nowe kryterium po wyuczeniu się już innej zasady reagowania. Test ten zależy również od dobrej koordynacji wzrokowo-ruchowej. Wynikiem testu jest czas wykonania zadań liczony w sekundach. Ocenia się czas części A i części B oraz różnice czasów między obydwoma częściami. Test ten był wielokrotnie wykorzystywany do oceny funkcji poznawczych w różnych zaburzeniach psychicznych [18].

2. Test Stroopa (Color-Word Intererence Test)

Test Stroopa służy do badania werbalnej pamięci operacyjnej i uwagi. Pierwszy raz został opisany przez Stroopa w 1935 roku i został wykorzystany w wielu badanich, także zaburzeń psychicznych [18, 19]. Test ten składa się z dwóch części – RCnb (reading color names in black) i NCWd (naming color of word-different). W części pierwszej – RCnb – zadaniem osoby jest jak najszybsze przeczytanie 10 rzędów po 5 słów nazw kolorów napisanych czarnym drukiem na białej kartce. W części drugiej zmienia się kryterium zadania i osoba otrzymuje kartkę z napisanymi, różnymi kolorami, słowami, których treścią są nazwy kolorów. Podczas drugiej części testu wytwarza się sytuację prowokowania perseweracji, jaką jest uprzednie wyuczenie się jednego kryterium działania i konieczność przestawienia się na inne, pomimo ciągłego przypominania uprzednio wyuczonego kryterium. Miarą wyników testu jest czas uzyskany w pierwszej części i drugiej, oraz liczba błędów perseweracyjnych w drugiej fazie testu.

3. Test Fluencji Słownej

Test ten ocenia zdolność tworzenia i płynnego wypowiadania słów zgodnie z zaleconym kryterium. Zastosowano literową wersję testu (formalne kryterium reakcji). Nieprawidłowości w wykonaniu testu, jak mała liczba słów, persewerace i intruzje, są wskaźnikiem dysfunkcji płata czołowego i skroniowego kory mózgowej. Zaburzenia fluencji słownej mogą być częściowo spowodowane upośledzeniem czynności on line, związanych z pamięcią operacyjną, wskutek czego występuje brak możliwości szybkiego włączania słów spełniających obowiązujące kryterium. Odnotowano istotnie gorsze wykonywanie testu przez osoby z różnymi zaburzeniami psychicznymi, w porównaniu z osobami zdrowymi [18].

Ocena obecności i nasilenia PTSD

A. Skala Mississippi PTSD 35-punktowa (Mississippi PTSD Scale-Civilian)

Cywilna wersja Mississippi PTSD (PTSD-C) jest oparta na skali stosowanej do oceny PTSD u żołnierzy uczestniczących w działaniach bojowych [20]. Służy do oceny pomiaru objawów PTSD w ciągu ostatniego miesiąca za pomocą 5-punktowej skali Likerta i składa się z 35 itemów. Niska punktacja uzyskana za pomocą skali świadczy o braku objawów PTSD, a wysoka wskazuje na obecność tego zaburzenia. Do rozpoznania PTSD u weteranów wojen, na podstawie skali Military M-PTSD, wymagane było uzyskanie przynajmniej 94 punktów [21]. W wersji cywilnej do postawienia diagnozy PTSD konieczne było uzyskanie 96 punktów [22]. Skala może być stosowana do oceny skutków psychicznych, jakimi mogą być objawy PTSD w wyniku różnego rodzaju traumatycznych wydarzeń w życiu człowieka. W wersji cywilnej zostały zmienione określenia słowne 11 itemów [23]. Skala obejmuje sześć grup objawów: 1 – narzucające się wspomnienia i objawy depresyjne, 2 – problemy z przystosowaniem społecznym, 3 – chwiejność afektu i pamięci, 4 – nawracanie cech PTSD,

5 – inne problemy w kontaktach z otoczeniem, 6 – zaburzenia snu. Polska adaptacja kwestionariusza została opisana w pracy Lis-Turlejskiej i Łuszczyńskiej-Cieślak [24]. Zawiera 35 pytań określających nasilenie objawów PTSD według kryteriów DSM-III. Objawy zaliczają się do trzech kategorii: odtwarzanie traumatycznego zdarzenia, unikanie i emocjonalne odrętwienie oraz przewlekające się nadmierne pobudzenie. Inne objawy zawarte w tej skali dotyczą między innymi wymiaru depresji: depresyjność, tendencje samobójcze i poczucie winy. Dotychczas opublikowano kilka prac dotyczących polskiej populacji i potwierdzono dobrą trafność i rzetelność zastosowanej skali (wskaźnik alfa Cronbacha wynosił 0,91) [24, 25].

B. Mississippi PTSD Scale – wersja 39-punktowa

Skala składa się z 39 itemów zawierających opis objawów PTSD zgodnie z kryteriami DSM-III R. Dodane później cztery itemy oceniają: ponowne przeżywanie, psychogenną amnezję, nadmierną czujność i wzrost pobudzenia. Wspóczynnik alfa dla całego testu wynosił w badaniu Lauterbacha 0,89 [26].

Ocena depresji

A. Skala Depresji Becka (BDI-Beck Depression Inventory)

Służy do oceny stanów depresyjnych. W badaniu brano pod uwagę ostatni miesiąc. Depresję rozpoznawano od 12 punktów uzyskanych w skali samooceny (łagodne nasilenie 12–18 punktów; umiarkowane 19–26 punktów; 27–49 ciężkie; 50–63 bardzo ciężkie) [27, 28].

B. 17-punktowa Skala Depresji Hamiltona (HDRS-Hamilton Depression Rating Scale)

Skala obejmuje wszystkie podstawowe cechy zespołu depresyjnego. Stosowane są jej trzy wersje: (pełna – oceniająca 24 cechy; 21-punktowa – oceniająca 21 cech, 17-punktowa – oceniająca 17 cech. W badaniu posłużono się 17-punktową Skalą Depresji Hamiltona [29, 30].

Analiza statystyczna

Wyniki badań poddano ocenie statystycznej. Posłużono się pakietem testów statystycznych SPSS dla Windows, wersja 13.0. Zastosowano test dla zmiennych niezależnych: t-test oraz test korelacji Spearmana.

Wyniki

Ocena wybranych funkcji neuropsychologicznych

Średni wynik wartości testu TMT części A, który mierzy szybkość psychomotoryczną, wynosił 38,34 sekundy; SD = 27,24, rozpiętość wyników od 15 do 135 sekund. Średnia wartość wyników testu TMT części B, badającego wzrokowo-przestrzenną

pamięć operacyjną i zdolność przełączania się na nowe kryterium po wyuczeniu się uprzednio jednej zasady reagowania, wynosiła w badanej grupie 97,52 sekundy; SD = 85,103, rozpiętość wyników od 37 do 370 sekund. Uzyskane wyniki badania werbalnej pamięci operacyjnej i uwagi za pomocą Testu Stroopa w części RCNb wynosiły średnio w badanej grupie 25,75 sekundy, przy SD = 7,73 i rozpiętości 15–45 sekund. W drugiej części Testu Stroopa NCWd średni czas wykonania próby wynosił 64,7 sekundy; SD = 19,2, rozpiętość wyników od 40 do 115 sekund. Średnia liczba słów w Teście Fluencji Słownej (teście literowym) wynosiła 33,34; SD = 13,02; rozpiętość liczby słów od 11 do 55.

Ocena obecności i nasilenia objawów PTSD u ofiar przemocy domowej oraz wpływu objawów zespołu na funkcje poznawcze

W badanej grupie średnie nasilenie objawów PTSD, oceniane za pomocą 35-punktowej Mississippi PTSD Scale, wynosiło 87,55 punktu; SD = 26,96. U 28,6% kobiet wykazano obecność zespołu stresu pourazowego, przyjmując jako warunek konieczny do postawienia diagnozy PTSD uzyskanie 96 punktów. Oceniono wyniki stosowanych testów neuropsychologicznych w grupie kobiet z diagnozą PTSD i bez rozpoznania tego zespołu (tab. 1).

Tabela 1. **Średnie wyniki testów neuropsychologicznych w grupie kobiet z diagnozą PTSD i bez diagnozy PTSD według 35-punktowej Mississippi PTSD Scale**

	Diagnoza PTSD (+) Średnia wartość (SD)	Diagnoza PTSD (-) Średnia wartość (SD)	p
TMT A (sek.)	57 (40,2)	31,7 (17)	0,025 *
TMT B (sek.)	167,9 (113,2)	68 (49,9)	0,004 **
Stroop I (sek.)	31 (9,5)	24 (6,5)	0,079
Stroop II (sek.)	80 (27,8)	59,6 (12,9)	0,036 *
Fluencja słowna (liczba słów)	26,2 (11,4)	36,6 (12,9)	0,059

* istotność; test-t dla zmiennych niezależnych

Osoby z diagnozą PTSD w 35-punktowej Mississippi PTSD Scale uzyskały istotnie gorsze wyniki w obu częściach testu TMT oraz w II części Testu Stroopa NCWd (tab. 1).

W badanej grupie średnie nasilenie objawów PTSD, oceniane za pomocą 39-punktowej Mississippi PTSD Scale, wynosiło 98,45 punktu, SD = 30,2. Zanotowano istotną różnicę w liczbie słów w Teście Fluencji Słownej między osobami z większym nasileniem objawów PTSD, ocenianym za pomocą 39-punktowej Mississippi PTSD Scale, a osobami z mniejszym nasileniem objawów PTSD (uzyskały 98 punktów) (tab. 2).

Tabela 2. **Średnie wyniki testów neuropsychologicznych w grupie kobiet z diagnozą PTSD i bez diagnozy PTSD według 39-punktowej Mississippi PTSD Scale**

	Diagnoza PTSD (+) Średnia wartość (SD)	Diagnoza PTSD (-) Średnia wartość (SD)	p
TMT A (sek.)	48,5 (36,7)	33 (17,7)	0,214
TMT B (sek.)	134,9 (110,6)	73 (48,6)	0,104
Stroop I (sek.)	28,5 (8,1)	23,9 (7,2)	0,202
Stroop II (sek.)	73 (23,2)	58,7 (13,9)	0,09
Fluencja słowna (liczba słów)	27(10,7)	37,9 (13)	0,029 *

* istotność; test-t dla zmiennych niezależnych

W grupie kobiet z większym nasileniem objawów zespołu stresu pourazowego istotnie niższa była średnia liczba słów podanych w Teście Fluencji Słownej (test-t, t = -2,314, df = 26, p = 0,029).

Oceniono korelacje między nasileniem objawów zespołu stresu pourazowego a wynikami wybranych testów neuropsychologicznych. Czas wykonywania testu TMT części A był skorelowany z nasileniem objawów PTSD w 39-punktowej Mississippi PTSD Scale (współczynnik korelacji Spearmana = 0,378, p = 0,047, istotność na poziomie 0,05; test korelacji Spearmana) (tab. 3). Zanotowano również korelację między czasem wykonywania części B testu TMT a punktacją 39-itemowej Mississippi PTSD Scale (współczynnik korelacji Spearmana = 0,394, p = 0,047, istotność na poziomie 0,05; test korelacji Spearmana) (tab. 3).

Tabela 3. **Korelacje między nasileniem objawów PTSD w 35- oraz 39-punktowej Mississippi PTSD Scale a wynikami testów neuropsychologicznych**

Testy neuropsychologiczne	35-punktowa Mississippi PTSD Scale		39-punktowa Mississippi PTSD Scale	
	wsp. korelacji	p	wsp. korelacji	p
TMT A	0,324	0,093	0,378	0,047 *
TMT B	0,374	0,06	0,394	0,047 *
Stroop I	0,238	0,312	0,253	0,282
Stroop II	0,371	0,107	0,392	0,088

* p < 0,05, test korelacji Spearmana

Ocena depresji w badanej grupie kobiet – ofiar przemocy domowej – i wpływ zaburzeń nastroju na wybrane funkcje poznawcze

Średnie nasilenie depresji w badanej grupie, oceniane za pomocą Skali Samooceny Depresji Becka, wynosiło 24,52 punktu, SD = 15,38, a w 17-punktowej Skali Depresji Hamiltona 18,64 punktu, SD = 9,87. Nasilenie objawów PTSD w 35-punktowej Mississippi PTSD Scale korelowało pozytywnie z głębokością depresji ocenianej według Skali Samooceny Depresji Becka (test korelacji Spearmana, współczynnik korelacji Spearmana = 0,799, korelacja istotna na poziomie 0,01). Podobnie w grupie tej nasilenie depresji, oceniane za pomocą Skali Depresji Hamiltona, korelowało istotnie z nasileniem objawów PTSD w 35-punktowej Mississippi PTSD Scale (test korelacji Spearmana; współczynnik korelacji = 0,674, korelacja istotna na poziomie 0,01). Rozpatrując wpływ depresji na funkcje poznawcze u kobiet doświadczających przemocy, zanotowano korelację między nasileniem depresji w Skali Depresji Hamiltona a czasem wykonywania części B testu TMT (współczynnik korelacji Spearmana = 0,514, p = 0,014, korelacja istotna na poziomie 0,05) (tab. 4).

Tabela 4. **Korelacja między nasileniem depresji w skali BDI i HDRS a wynikami testów neuropsychologicznych**

Testy neuropsychologiczne	BDI		HDRS	
	wsp. korelacji	p	wsp. korelacji	p
TMT A	0,348	0,112	0,229	0,283
TMT B	0,405	0,077	0,514	0,014 *
Stroop I	0,251	0,314	0,14	0,581
Stroop II	0,411	0,09	0,41	0,09

* istotność na poziomie 0,05, test korelacji Spearmana

Średnia liczba słów w Teście Fluencji Słownej nie różniła się istotnie między grupą z depresją (od 12 punktów w Skali Samooceny Depresji Becka) (średnia wartość 32,5, SD = 12,69) a bez depresji (średnia wartość 37,33, SD = 12,48).

Omówienie i dyskusja

W całej badanej grupie średni czas wykonania części NCWd Testu Stroopa był dwukrotnie dłuższy niż części RCNb tego testu. Osoby z rozpoznanym PTSD istotnie gorzej wykonywały testy neuropsychologiczne, zarówno oceniające szybkość psychomotoryczną (Test TMT część A), jak i zdolności wzrokowo-przestrzennej pamięci operacyjnej i przełączania się na nowe kryterium (część B testu TMT). Kobiety z diagnozą PTSD potrzebowały dłuższego czasu do wykonania zadania w części RCNb Testu Stroopa, oceniającego funkcję płatów czołowych i werbalną pamięć operacyjną oraz procesy uwagi. Istotnie trudniejsze dla osób z PTSD okazało się wykonanie zadania w części NCWd Testu Stroopa (p = 0,036).

W badanej grupie kobiet – ofiar przemocy domowej – zanotowano istotną korelację między nasileniem objawów PTSD a wydłużeniem się czasu wykonania obu części testu TMT. Ofiary przemocy domowej z większym nasileniem objawów PTSD w 39-itemowej Mississippi PTSD Scale miały istotnie niższe średnie wyniki w Teście Fluencji Słownej, który ocenia funkcjonowanie okolicy płata czołowego i skroniowego kory mózgowej. U kobiet, które w przeszłości miały traumatyczne doświadczenia związane z przemocą domową, nasilenie objawów PTSD korelowało istotnie z nasileniem depresji. Dłuższy czas wykonywania części B testu TMT korelował istotnie z nasileniem depresji ocenianym za pomocą Skali Depresji Hamiltona. W badanej grupie ofiar przemocy domowej na wyniki testów neuropsychologicznych miała wpływ obecność zarówno objawów PTSD, jak i depresji. Kryteria diagnostyczne zespołu stresu pourazowego według klasyfikacji DSM-IV obejmują zaburzenia funkcji poznawczych, jako immanentne objawy PTSD. Zaliczane są do nich takie zaburzenia poznawcze, jak intruzywne wspomnienia, niemożność przypomnienia sobie istotnych aspektów traumy, trudności w koncentracji. Zdecydowana większość doniesień zanotowała osłabienie uwagi lub pamięci krótkotrwałej, lub obu, chociaż w większości prac oprócz PTSD występowała współchorobowość innych zaburzeń psychicznych, co utrudniało określenie specyficznych tylko dla PTSD zaburzeń poznawczych. Barret i wsp. [31], w pracy dotyczącej dużej grupy weteranów jedynie z PTSD, nie zanotowali deficytów funkcji poznawczych. Metody neuroobrazowania potwierdziły korelację między zmniejszeniem się objętości hipokampa a odchyleniami w testach neuropsychologicznych.

Większość prac opisujących funkcje poznawcze u osób cierpiących na zespół stresu pourazowego dotyczy weteranów wojennych [32]. Porównując zdolności pamięci wzrokowo-przestrzennej i operacyjnej, ocenianej za pomocą testu TMT części B, u weteranów wojennych z PTSD i bez tego zespołu, zanotowano jej osłabienie w grupie z PTSD. Nie obserwowano różnicy w wynikach obu grup w części A Testu TMT [33]. W kilku pracach nie zanotowano osłabienia fluencji słownej u weteranów z PTSD [34, 35, 36]. W niektórych badaniach dotyczących osób z PTSD nie będących weteranami wojennymi zanotowano osłabienie fluencji słownej [37] lub zaburzenia uwagi i pamięci operacyjnej w teście TMT, zarówno w części A i B [38]. Szereg badań wskazuje na wpływ depresji na zdolności poznawcze pacjentów. Badania za pomocą testów neuropsychologicznych wykazały, że u osób z objawami depresji, oprócz osiowych objawów, pojawiają się dysfunkcje poznawcze, jak zaburzenia pamięci, w tym pamięci operacyjnej, uwagi, procesów wykonawczych, obniżenie się tempa procesów psychicznych [39]. U pacjentów z depresją osłabiona jest pamięć operacyjna związana z obniżeniem się aktywności kory przedczołowej, co może być podstawą zaburzeń innych rodzajów pamięci [40]. Osoby te mają trudności ze zmianą nieprawidłowych, utrwalonych schematów poznawczych, osłabioną zdolność planowania [41, 42]. Osoby z depresją wykonują Test Stroopa oraz zadania w Teście Fluencji Słownej nieprawidłowo – powiązane to jest z dysfunkcją określonych okolic mózgu [43, 44]. W przedstawionej grupie kobiet po traumatycznych doświadczeniach na obniżenie się funkcji poznawczych prawdopodobnie wpłynęły zarówno depresja, jak i objawy zespołu stresu pourazowego. W tej grupie nasilenie objawów PTSD korelowało

istotnie z nasileniem objawów depresji w obu skalach mierzących obniżenie nastroju (korelacja na poziomie 0,01). Ofiary przemocy domowej wymagają nie tylko pomocy psychologicznej, ale i psychiatrycznej, a obniżenie się funkcji poznawczych może utrudniać podjęcie właściwych kroków życiowych. Biorąc pod uwagę upływ czasu (przynajmniej 6 miesięcy) od aktów przemocy, widać potrzebę długofalowej opieki psychiatrycznej nad tą grupą ofiar traumatycznych wydarzeń.

Wnioski

1. W grupie ofiar przemocy domowej zanotowano osłabienie niektórych funkcji poznawczych, jak: pamięci operacyjnej, uwagi, fluencji słownej.
2. Ofiary przemocy domowej są grupą szczególnego ryzyka depresji oraz zespołu stresu pourazowego.
3. Objawy zarówno PTSD, jak i depresji wpływały na obniżenie funkcji poznawczych.
4. Nasilenie objawów PTSD korelowało z głębokością depresji.
5. Ofiary przemocy domowej wymagają opieki psychologicznej i psychiatrycznej celem zmniejszenia psychicznych skutków przemocy.

Оценка некоторых познавательных функций у жертв домашнего насилия

Содержание

Во время каждого травматического происшествия появляются обостренные мнестические функции. У лиц, переживших травму, познавательные процессы ослаблены и у него повышается чувтвительность к вредным факторам. Лица с ослабленными мнестическими функциями особенно чувствительны на проявление ПТС .

Задание. Заданием работы была оценка избранных мнестических функций у жертв домашнего насилия при помощи некоторых нейропсихиатрических тестов. Кроме того проведение оценки влияния наличия симптомов ПТС и депрессии на познавательные способности жертв насилия.

Метод. 1. Нейропсихиатрическая оценка с использованием Теста соединения пунктов Рейтана А и Б – TMT А и Б (Ttail Making Тест А и Б), Тест (Струпа (Color-Word Interference Тест), Тест словной флюктуации. 2 . Оценка наличия и утяжеления ПТС. Цивильная версия Шкалы Миссиссипи ПТС тридцатипунктовой шкалы и версия 39-типунктовая той же шкалы. 3. Оценка депрессии. Шкала депрессии Бекка (BDI – Beck Depression Inventory), а также 17-пунктовая Шкала депрессии Гамильтона (HDRS – Hamiltor Depression Rating Skale). Исследованная группа состояла из 30 женщин в возрасте 17–55 лет, средний возраст 37 лет. Исследованные женщины проживали в отелях для жертв домашнего насилия, которые подвергались физическому и психическому насилию.

Результаты и выводы. В группе жертв насилия в домашней среде отмечено существенное ослабление некоторых мнестических функций. Как симптомы ПТС и симптомы депрессии влияли на познавательные фкнкции. Утяжеление симптомов ПТС коррелировало с глубиной депрессии. Жертвы домашнего насилия требуют длительной психологической опеки и психиатрического надзора.

Die Beurteilung ausgewählter kognitiven Funktionen bei Opfern der häuslichen Gewalt

Zusammenfassung

Bei jedem traumatischen Ereignis werden die kognitiven Funktionen in Bewegung gebracht. Bei den Personen, die schon eine Trauma erlebt haben, sind die kognitiven Prozesse geschwächt und die Person wird auf die schädlichen Reize empfindlich gemacht. Die Personen mit den geschwächten kognitiven Funktionen sind auf das Auftreten von PTSD besonders empfindlich.

Ziel. Das Ziel der Arbeit war die Beurteilung der ausgewählten kognitiven Funktionen bei den Opfern der häuslichen Gewalt mit Hilfe von ausgewählten neuropsychologischen Tests und die Bestimmung des Einflusses der PTSD - Symptome und der Depression auf die kognitiven Fähigkeiten der Opfer.

Methoden. 1. Die neuropsychologische Beurteilung: TMT A und B - Trail Making Test A & B von Reitan, Stroop-Test (Color-World Intererence Test), Test der Wortfluenz. 2. Die Beurteilung des Auftretens und der Intensität von PTSD: veränderte Version der Missisipi - PTSD - Skala mit 35-Items und die 39-Items Version. 3. Die Beurteilung der Depression: Die Depressionsskala von Beck (BDI - Beck Depression Inventory) und die 17-Items Skala der Depression von Hamilton (HDRS - Hamilton Depression Rating Scale). Die untersuchte Gruppe bildeten 30 Frauen im Alter zwischen 17-55 Jahren; das Durchschnittsalter lag bei 37 Jahren. Die untersuchten Personen litten unter der körperlichen und psychischen Gewalt.

Ergebnisse und Schlussfolgerungen. In der Gruppe der Opfern der häuslichen Gewalt wurde eine signifikante Abschwächung mancher kognitiven Funktionen bemerkt. Sowohl die PTSD - Symptome als auch die Depressionssymptome beeinflussten die Senkung der kognitiven Funktionen. Die Intensität der PTSD - Symptome korrelierte mit der Tiefe der Depression. Die Opfer der häuslichen Gewalt erfordern eine langanhaltende psychiatrische Betreuung.

L'évatuation les fonctions cognitives choisies chez les victimes de la violence conjugale

Résumé

Chaque expérience traumatique engage les fonctions cognitives. Chez les personnes qui ont déjà subies telle expérience les fonctions cognitives sont affaiblies et ces personnes restent très susceptibles aux stimulants négatifs. Chez les personnes avec les fonctions cognitives affaiblies on observe facilement le PTSD.

Objectif. Evaluer les fonctions cognitives choisies chez les victimes de la violence conjugale à l'aide des testes neuropsychologiques choisis et décrire l'influence des symptômes de PTSD et de la dépression sur les fonctions cognitives de ces victimes.

Méthodes. 1. Examen neuropsychologique: Trail Marking Test A et B (TMT A&B), Stroop Test (Colour-Word Interference Test), Verbal Fluency Test. 2. Analyse d'apparition et d'intensité de PTSD: Civilian Version of Mississippi PTSD 35-point and 39-point Scale. 3. Analyse de la dépression: Beck Depression Inventory(BDI) et 17-point Hamilton Depression Rating Scale (HDRS). Groupe examiné, 30 femmes (âgées de 17 ans jusqu'à 55 ans, leur moyenne de l'âge – 37 ans)qui habitent aux maisons pour les victimes de la violence conjugale. Elles sont victimes de la violence physique et psychique.

Résultats et Concluions. Dans le groupe des victimes de la violence conjugale on note l'affaiblissement signifiant des fonctions cognitives choisies. Les symptômes de PTSD et de la dépression influent sur ces fonctions cognitives. L'intensité des symptômes de PTSD corrèle avec l'intensité de la dépression. Les victimes de la violence conjugale exigent de la thérapie psychiatrique de longue durée.

Piśmiennictwo

1. Stewart DE, Robinson GE. *A review of domestic violence and women's mental health*. Arch. Wom. Ment. Health 1998; 1: 83–89.
2. Hotton T. *Spousal violence after marital separation*. Jurist. 2001; 21, 7.
3. Heitzman J. *Psychiatryczna diagnoza zespołów pourazowych – klinika, orzecznictwo*. Psychiatr. Prakt. Ogólnolek. 2002; 2, 1: 21–38.
4. Zubieta JK, Ketter TA, Bueller JA, Yanjun XuY, Kilbourn MR,Young EA, Koeppe RA. *Regulation of human affective responses by anterior cingulate and limbic mu-opioid neurotransmission*. Arch. Gen. Psychiatry 2003; 60: 1145–1153.

5. Granvold DK. *Cognitive treatment.* W: Beebe L, Winchester NA, Pflieger F, Lowman S, red. *Encyclopedia of social work*. Washington, DC: NASW Press; 1995, s. 525–538.
6. Granvold DK. Divorce. W: Dattilio FM, Freeman A, red. *Cognitive-behavioral strategies in crisis intervention.* New York: Guilford Press; 2000, s. 362–384.
7. Tolin DF, Foa EB. Gender and PTSD: *A cognitive model*. W: Kimerling R, Ouimette P, Wolfe J, red. *Gender and PTSD*. New York: Guilford Press; 2002, s. 76–97.
8. Bremner JD, Randall P, Vermetten E, Staib L, Bronen RA, Mazure CM, Capelli S, McCarthy G, Innis RB, Charney DS. *MRI-based measurement of hippocampal volume in posttraumatic stress disorder related to childhood physical and sexual abuse: A preliminary report*. Biol. Psychiatry 1997; 41: 23–32.
9. LeDoux J. *Mózg emocjonalny*. Poznań: Media Rodzina; 2000.
10. Simmons CA, Granvold DK. *A cognitive model to explain gender differences in rate of PTSD diagnosis*. Brief Treatm. Cris. Interv. 2005; 5 (3): 290–299.
11. Brewin CR, Andrews B, Valentine JD. *Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma exposed adults.* J. Cons. Clin. Psychol. 2000; 68: 748–766.
12. Ozer EJ, Best SR, Lipsey TL, Weiss DS. *Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis*. Psychol. Bull. 2003; 129: 52–73.
13. Kilpatrick DG, Ruggiero KJ, Acierno R, Saunders BE, Resnick HS, Best CL. *Violence and risk of PTSD, major depression, substance abuse/dependence, and comorbidity: Results from the national survey of adolescents*. J. Cons. Clin. Psychol. 2003; 71: 692–700.
14. Teicher MH. *Neurobiologia przemocy*. Świat Nauki 2002; 5: 62–69.
15. Van der Kolk BA, Fisler R. *Dissociation and fragmentary nature of traumatic memories. Overview and exploratory study*. J. Traum. Stress 1995; 4: 505–525.
16. Van der Kolk BA. *The body keeps the score: Approaches to the psychobiology of posttraumatic stress disorder*. W: van der Kolk BA, McFarlane AC, Weisaeth L, red. *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society*. New York: The Guilford Press; 1996.
17. Van der Kolk BA. *The psychobiology of PTSD*. J. Clin. Psychiatry 1997; 58: 21–22.
18. Borkowska A, Rybakowski J. *Deficyty poznawcze w schizofrenii.* W: Borkowska A, red. *Zaburzenia funkcji poznawczych w chorobach psychicznych*. Biblioteka Psychiatrii Polskiej. Kraków: Komitet Redakcyjno-Wydawniczy PTP; 2005.
19. Strop JR. *Studies of interference in serial verbal reactions*. J. Exp. Psychol. 1935; 18: 643–661.
20. Keane TM, Caddell JM, Taylor KL. *The Mississippi Scale*. Boston, MA: VA Med. Centre; 1986.
21. Watson CG. *Psychometric posttraumatic stress disorder measurement techniques: A review*. Psychol. Assessment. 1990; 2: 460–469.
22. Stephens C. *Debriefing, social support and PTSD in the New Zealand police: Testing a multidimensional model of organisational traumatic stress*. Austr. J. Disas. Trauma Stud. 1997; 1.
23. Keane TM, Caddell JM, Taylor KL. *Mississippi scale for combat-related posttraumatic stress disorder: Three studies in reliability and validity.* J. Consult. Clin. Psychol. 1988; 56: 85–90.
24. Lis-Turlejska M, Łuszczyńska-Cieślak A. *Adaptacja cywilnej wersji Kwestionariusza Zespołu Stresu Pourazowego: Mississippi PTSD Scale*. Czas. Psychol. 2001; 7: 165–173.
25. Lis-Turlejska M. *Rozpowszechnienie traumatycznych zdarzeń oraz objawów posttraumatycznych w nieklinicznej próbie studentów wyższych uczelni*. W: Strelau J, red. *Osobowość a ekstremalny stres*. Gdańsk: GWP; 2004.
26. Lauterbach D, Vrana S, King DW, King LA. *Psychometric properties of the Civilian version of the Mississippi PTSD Scale.* J. Traum. Stress 1997; 10: 499–513.

27. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaug J. *An inventory for measuring depression.* Arch. Gen. Psychiatry 1961; 4: 561–571.
28. Parnowski T, Jernajczyk W. *Inwentarz Depresji Becka w ocenie nastroju osób zdrowych i chorych na choroby afektywne (ocena pilotażowa)*. Psychiatr. Pol. 1977; 11: 417–425.
29. Hamilton A. *A rating scale for depression*. J. Neurosurg. Psychiatry 1960; 23: 56–62.
30. Hamilton M. *Development of rating scale for primary depressive illness*. Brit. J. Social. Clin. Psychol. 1967; 6: 278–296.
31. Barret DH, Green ML, Morris R, Giles WH, Croft JB. *Cognitive functioning and posttraumatic stress disorder*. Am. J. Psychiatry 1996; 153: 1492–1494.
32. Horner MD, Hamner MB. *Neurocognitive functioning in Posttraumatic Stress Disorder.* Neuropsychol. Rev. 2002; 12, 1: 15–30.
33. Gurvis TV, Lasko NB, Schachter SC, Kuhne AA, Orr SP, Pitman RA. *Neurological status of Vietnam veterans with chronic posttraumatic stress disorder.* J. Neuropsychiatry Clin. Neurosc. 1993; 5: 183–188.
34. Semple WE, Goyer PF, McCormick R, Comton-Toth B, Morris E, Donovan B, Muswik G, Nelson D, Garnett ML, Sharkoff J, Leisure G, Miraldi F, Schultz C. *Attention and regional cerebral blood flow in posttraumatic stress disorder patients with substance abuse histories*. Psychiatry Res. Neuroimag.1996; 76: 17–28.
35. Yehuda R, Giller EL, Levengood RA, Southwick SM, Siever LJ. *Hipothalamic-pituitary-adrenal functioning in posttraumatic stress disorder: Expanding the concept of the stress response spectrum*. W: Friedman MJ, Charney DS, Deutch AY, red. *Neurobiological and clinicial consequences of stress: from normal adaptation to PTSD*. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers; 1995.
36. Yehuda R, Keefe RS, Harvey PD, Levengood RA, Gerber DK, Geni J, Siever LJ. *Learning and memory in combat veterans with posttraumatic stress disorder.* Am. J. Psychiatry 1995; 152: 137–139.
37. Gil T, Calev A, Greenberg D, Kugelmass S, Lerer B. *Cognitive functioning in post-traumatic stress disorder*. J. Traum. Stress 1990; 3: 29–45.
38. Sutker PB, Vasterling JJ, Brailey K, Allain AN. *Memory, attention, and executive deficits in POW survivors: Contributing biological and psychological factor*s. Neuropsychol.1995; 9: 118–125.
39. Bazin N, Perruchet P, De Bonis M, Feline A. *The dissociation of explicit and implicit memory in depressed patients.* Psychol. Med. 1994; 24: 239–245.
40. Landro NI, Stiles TC, Stelvold H. *Neuropsychological function in nonpsychotic unipolarmajor depression*. Neuropsychiatry Neuropsychol. Behav. Neurol. 2001; 14: 233–240.
41. Degl'Innocenti A, Argen H, Bacman L. *Executive deficits in major depressio*n. Acta Psychiatr. Scand. 1998; 97: 182–188.
42. Grant MM, Thase MM, Sweeney JA. *Cognitive disturbances in outpatient depressed younger adults: evidence of modest impairment*. Biol. Psychiatry 2001; 50: 35–43.
43. Trichard C, Martinot JL, Alagille M, Masure MC, Hardy P, Ginestet D, Feline A. *Time course of prefrontal lobe dysfunction in severely depressed in-patients: a longitudinal neuropsychological study.* Psychiatr. Med. 1995; 25: 79–85.
44. Franke P, Maier W, Hardt J, Frieboes R, Lichtermann D, Hain C. *Assessment of frontal lobe functioning in schizophrenia and unipolar depression.* Psychopatol. 1993; 26: 76–84.

Adres: Katedra i Klinika Psychiatrii
Collegium Medicum
85-096 Bydgoszcz, ul. Kurpińskiego 19

Otrzymano: 8.03.2007
Zrecenzowano: 17.04.2007
Przyjęto do druku: 10.07.2007