

Krzysztof Rutkowski

POURAZOWE MARZENIA SENNE

POSTTRAUMATIC DREAMS

Zakład Patologii Społecznej Katedry Psychiatrii CM UJ

Kierownik: prof. dr hab. med. Zdzisław Jan Ryn

Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) dreams

Autor artykułu przedstawia różnicowanie pourazowych marzeń sennych w przebiegu PTSD z koszmarami sennymi występującymi w przebiegu innych zaburzeń lękowych. Uwypukla przy tym adaptacyjny charakter marzeń sennych wobec przeżytego urazu.

Summary: In the article, the specific character of nightmares, which occur as a direct reaction to trauma, has been described. These nightmares occur in the course of posttraumatic disorders, especially during posttraumatic syndrome. Psychoanalysis has been most widely used, as it considers the importance of nightmares for the dynamics of psychical disorders in the highest degree. Classic interpretations of the origin of specific posttraumatic syndrome symptoms by S. Freud and C. G. Jung have been described. From the analysis of clinical research and publications, one can conclude that posttraumatic dreams are distinguished by the following:

- 1) content — directly reproducing the trauma,
- 2) recurring character,
- 3) bringing out negative emotional reactions, most frequently — anxiety.

Podłoże kliniczne

Od chwili powstania nowoczesnej psychiatrii, problematyka następstw urazów psychicznych i fizycznych, ich wpływu na rozwój objawów i określonych zespołów zaburzeń psychicznych stanowiła przedmiot badań i licznych prób ich systematyzacji. Przez długi czas w medycynie istniało przekonanie, że wiele spośród, jak to wówczas określano, „chorób umysłowych” ma swe przyczyny w dramatycznych przeżyciach, doznaniu intensywnego strachu, bodźców o ponadprzeciętnej sile lub niespotykanego cierpienia. Oczekiwano, że poznanie przyczyn i mechanizmów powstawania zaburzeń pourazowych umożliwi zrozumienie rozwoju innych zaburzeń czy chorób psychicznych. Wśród wielu badaczy zaburzeń pourazowych, można odnaleźć nazwiska z klasyki psychiatrii takie, jak: Charcot, Janet, Freud, Oppenheim, Breuer.

Po raz pierwszy termin „nerwica pourazowa” (traumatic neurosis) pojawia się u Oppenheima i Charcota w 1884 roku. Podstawowym modelem studiów były wówczas przypadki hysterii i zaburzeń dysocjacyjnych i konwersyjnych, których przyczyny odnajdywano w tzw. emocjonalnych lub moralnych wstrząsach [1]. Jedną z pierwszych publikacji na

ten temat była: *O psychicznym mechanizmie zjawisk histerycznych* Freuda, z 1893 roku [2]. Od tego czasu, na wiele lat, tematyka urazów zewnętrznych w przeżyciach pacjentów została przysłonięta publikacjami dotyczącymi badań nad etiologią innych nerwic i chorób psychicznych.

W opublikowanej w 1920 roku pracy pt. *Poza zasadą przyjemności* [3] Freud wielokrotnie wracał do tematyki nerwicy pourazowej. Bogatszy o nowe doświadczenia i szersze opracowania psychoanalityczne, i inne, z przeszło 30 lat, wielokrotnie opisywał liczne różnice w obrazie klinicznym i przebiegu nerwicy pourazowej, pomimo jej pewnych podobieństw np. do hysterii. Zwrócił uwagę zarówno na podstawowe czynniki etiologiczne, jak i kryteria diagnostyczne. Jako pierwszy i podstawowy, wyróżnił fakt doznania silnego urazu, np. wstrząsów mechanicznych, wypadków kolejowych i innych, związanych z zagrożeniem dla życia. Jednocześnie podkreślał, że nie musi dochodzić do bezpośredniego urazu ośrodkowego układu nerwowego — przykładem miała być znaczna liczba przypadków powstałych bez mechanicznych uszkodzeń układu nerwowego. Kładł nacisk na reakcję pacjenta silnym strachem na bodziec, jako strach definiując stan, w który popada się w obliczu nagłego, zaskakującego niebezpieczeństwa. Wg Freuda nerwica pourazowa w swym obrazie znacznie przewyższała silnie rozbudowanymi oznakami subiektywnego cierpienia oraz bardziej wszechstronnego ogólnego osłabienia i dezorganizacji psychicznej, inne ówczesnie rozpoznawane jednostki, jak: histerię, melancholię i hipochondrię. W swych pracach wyrażał przekonanie, że nerwica urazowa wywołana czynnikiem zewnętrznym różni się swym obrazem od innych zaburzeń psychicznych. Zwracał na to uwagę, pomimo że teoria urazu stanowi jedną z podstaw psychoanalizy i zajmuje główne miejsce w etiologii nerwic. Jednak w obrazie psychopatologicznym nerwice powstałe pod wpływem traumatycznych bodźców zewnętrznych, szczególnie w wieku dorosłym, zdawały się zupełnie innym zaburzeniem niż pozostałe nerwice, będące wyrazem konfliktów wewnętrznych i urazów psychicznych z okresu dzieciństwa. Nerwica pourazowa miała powstawać wskutek forsownego przełamania ochrony przeciwbodźcowej organu psychicznego, chroniącej organizm przed zbyt wielką liczbą bodźców napływających z zewnątrz. Ochronę tę osłabia np. niewielkie nasilenie lub zupełny brak lęku, a więc — w konsekwencji — element zaskoczenia i doznanie nagłego strachu w związku z zagrożeniem zewnętrznym. Pogotowie lękowe i napięcie psychiczne wraz z przeciążeniem receptorów stanowi ochronę przed bodźcami. W tej interpretacji powrócił Freud do, jak już w latach 20. wydawało się, przestarzałej teorii szoku. Pojawiła się ona ponownie, lecz już w znacznie zmienionej formie, w pracach Selyego i jego teorii stresu [4]. Selye również zwrócił uwagę na wyczerpywanie się możliwości adaptacyjnych ustroju i ich załamanie się lub nagłe ich przełamanie prowadzące do wielu zmian w organizmie, a nawet do jego śmierci [5].

Freud zwrócił uwagę, że chorych cechuje ciągłe, nieświadome, nawracanie do urazu i jego przeżywanie, m.in. w marzeniach sennych, podczas gdy równocześnie, świadomie, starają się oni unikać wszelkiej tematyki przywodzącej traumatyczne wspomnienia. Przyjął, że te ich nieświadome przypomnienia i marzenia senne mają na celu wywołanie lęku i poprzez to naprawienie „zaniedbania” w chwili powstania urazu. Lęk oznacza tu pewien stan oczekiwania na niebezpieczeństwo, nawet jeśli jest ono nieznanne, i ułatwia przygotowanie się na nie. Ponadto zwrócił uwagę na fakt, że wystąpienie objawów somatycznych, np. bólu, przeciwdziała bieżącemu powstawaniu nerwicy pourazowej. Znajduje

to potwierdzenie w obrazie klinicznym, gdy objawy zaburzeń pourazowych pojawiają się po zakończeniu działania bodźca [3]. Pomimo tak szerokiego opracowania psychopatologii nerwicy pourazowej, które przetrwało z niewielkimi zmianami do dzisiaj, Freud sam przyznawał, że nerwice pourazowe prawdopodobnie nie wiążą się z okresem dzieciństwa, a ponadto wiele elementów psychoanalizy nie ma w niej zastosowania. Jako klasyczny, podawał przykład marzeń sennych, w tym wyjątkowym przypadku nie funkcjonujących w celu spełnienia nieświadomych pragnień.

Podjęmowane po II wojnie światowej próby usystematyzowania zaburzeń pourazowych doprowadziły do pojawienia się licznych terminów mających opisywać zespół specyficznych objawów występujących w najczęściej badanej grupie osób — byłych więźniów obozów koncentracyjnych. Ze względu na specyfikę grupy, najczęściej pojawiały się takie nazwy, jak: astenia postępująca, choroba poobozowa, astenia poobozowa, chroniczna postępująca astenia poobozowa, KZ-syndrom, zespół poobozowy, zespół obozu koncentracyjnego [6]. Jednak najsilniejszym impulsem do kontynuacji badań był dla autorów amerykańskich powrót do kraju żołnierzy z wojny w Wietnamie. Zaowocowało to wprowadzeniem rozpoznania Zespołu Stresu Pourazowego — Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) [7]. W najnowszej, czwartej edycji DSM [8] zdefiniowano stresor jako czynnik zagrażający utratą życia lub ciężkimi obrażeniami albo naruszeniem integralności fizycznej własnej lub innych osób oraz wprowadzono kryterium, że ofiara musiała zareagować strachem, bezradnością lub przerażeniem [9]. Pozostałe kryteria diagnostyczne obejmują, ujęte w trzech głównych grupach, takie objawy, jak:

- 1 – nieustanne przeżywanie zdarzenia traumatycznego,
- 2 – unikanie bodźców przypominających je i
- 3 – nadmierne pobudzenie.

Postawiono również warunek, że manifestowane objawy skutkują upośledzeniem funkcjonowania społecznego. Zespół stresu pourazowego został w DSM-IV umieszczony w rozdziale obejmującym zaburzenia lękowe. Prawdopodobnie jest to konsekwencją całościowego postrzegania zaburzeń psychicznych i grupowania ich według podstawowych fenomenów psychopatologicznych, takich jak myślenie, nastrój i lęk [10]. Niestety, przedstawianie PTSD jako wyłącznie zespołu lękowego zmusza badających do równoczesnego rozpoznawania PTSD i innych zaburzeń.

Definicja potraumatycznych — reaktywnych — koszmarnych marzeń sennych

Opierając się na kryteriach diagnostycznych DSM-IV [8] można przyjąć, że snem koszmarnym, będącym objawem PTSD, jest nawracające, distresujące marzenie senne o treści związanej z wydarzeniem urazowym. Tym samym wyklucza to koszmarne marzenia senne będące przejawem innych dolegliwości, a nie pojawiające się w reakcji na doznany uraz. Sny takie mogą m.in. towarzyszyć tzw. stresom codziennym, być wyrazem innych zaburzeń lękowych lub wewnątrzpsychicznych sytuacji konfliktowych. Za najbardziej zgodne z postawionym warunkiem można przyjąć marzenia senne dokładnie odtwarzające doznany uraz.

Przyjęto, że z marzeniem sennym o opisanej wcześniej treści muszą wiązać się negatywne reakcje emocjonalne. Zwykle są to: wybudzenie się pod wpływem snu z uczuciem lęku i niepokoju, pobudzenie autonomicznego układu nerwowego, silne poczucie cier-

pienia, lęk przed ponownym przeżywaniem urazu. Jako typowe uznano sny nawracające o podobnej treści i wywołujące podobne reakcje. Nie są zatem rozpatrywane jako objaw zespołu stresu pourazowego koszmarne marzenia senne zawierające treści symboliczne lub inne sny wywołujące uczucie lęku.

Podejście to pozostaje w zgodzie z tradycyjnymi i nowoczesnymi poglądami na odrębność snów pourazowych od innych marzeń sennych. Klasyczne rozumienie snów, obejmujące również interpretację ich treści, wyróżnia: sny przeciwstawne do pragnień, sny karzące, sny lękowe i sny pourazowe [11, 12]. Marzenia senne pourazowe odróżnia od wszystkich innych marzeń sennych ich rola, mająca na celu rozwinięcie pogotowia lękowego i opanowanie sytuacji traumatycznej. Do uruchomienia tej funkcji dochodzi jednak zbyt późno, już po doznaniu urazu. Marzenia senne nie odtwarzające urazu mogą m.in. symbolicznie przedstawiać zdarzenie traumatyczne, jednak ich funkcją nie jest wywołanie pogotowia lękowego, lecz np. rozwiązanie uruchomionych konfliktów wewnętrzpsychicznych. W badaniach ocalonych z holokaustu zwraca się uwagę na rzadsze występowanie snów pourazowych u osób dobrze dostosowanych do życia po traumie. Można przez to rozumieć, że funkcja pourazowego marzenia sennego spełniła swą rolę (wywołane zostało pogotowie lękowe zapobiegające dalszym objawom) i odtwarzanie zdarzenia traumatycznego nie było potrzebne do dalszego opanowywania przeżyć [13].

Reasumując, jako sny koszmarne będące objawem PTSD określono marzenia senne:

- nawracające,
- o treści związanej z doznanymi urazami,
- wywołujące negatywne reakcje emocjonalne.

W opracowaniach naukowych dotyczących treści i funkcji snu zgodnie zwraca się uwagę na odmiennosć snów będących w znacznym stopniu jedynie odtworzeniem traumy. Sny te wprawdzie uwidaczniają autonomiczne treści psychiczne, jednak nawet po świadomym zrozumieniu ich związku z urazem nie dochodzi do zlikwidowania związanego z urazem przeżycia. W marzeniach sennych dalej są reprodukowane treści mające swoistą autonomię. Jako charakterystyczną cechę podnoszono, że treść i nawracający charakter reaktywnych marzeń sennych nie ulega zakłóceniu z powodu ich analizy, co wg Junga może wręcz dowodzić, w jakim stopniu sen jest snem pourazowym, a w jakim jedynie symbolicznie odtwarza jakąś sytuację traumatyczną [14]. Nie zaliczają się więc do snów pourazowych sny przedstawiające przeżycie afektywne, uraz, które nabrały znaczenia symbolicznego. Oczywiście, łatwo zauważyć, że ani analiza przeniesienia, ani aktywna imagacja nie mogą wpłynąć na opisywane objawy. Są one bezpośrednim następstwem zewnątrzpochodnego, nagłego urazu, przekraczającego zdolności adaptacyjne. Z tego powodu nie mają znaczenia symbolicznego.

Jung — jako zasadniczą, choć nie jedyną — przypisywał snom funkcję kompensacyjną. Sny kompensacyjne mogą zawierać treści przedstawiające zdarzenia i sytuacje zbliżone do codziennych, natomiast szczególne sny, o wyjątkowej treści, głęboko zapadające w pamięć zwykle wiążą się z procesem indywiduacji i zawierają treści archetypowe. Wywodzą się one z „głębszego pokładu” nieświadomości — z nieświadomości zbiorowej [15]. Jung, zainteresowany procesem indywiduacji, szczególną wagę przykładał do symboliki marzeń sennych i trudno by było odnaleźć w jego pracach cytowania prawdziwych snów pourazo-

wych [16]. Warto jednak zwrócić uwagę na pewne podobieństwa. Zasadnicze znaczenie dla procesu psychoterapii ma zasymilowanie poznanej w procesie analizy, a ukrytej za symbolami, treści snu. Podobnie intensywność pourazowych marzeń sennych maleje wraz z asymilacją, przyjęciem doświadczenia traumy. Dopiero gdy uraz zostanie zasymilowany i włączony w świadomość jako doświadczenie życiowe, wraz ze wszystkimi tego następstwami, następuje istotna poprawa stanu klinicznego i funkcjonowania.

Jung polemizował z Freudem i wskazywał, że ujmowanie jako nadrzędnych funkcji marzeń sennych — funkcji spełniania życzeń i podtrzymywania snu jest ograniczone. Sam wskazywał na funkcję kompensacyjną snów wobec „danej sytuacji świadomości” jako zasadniczą. Choć Jung nie ustosunkowywał się do poglądów Freuda na nerwice wojenne i zarazem sny pourazowe, to jego publikacje potwierdzają podobne rozumienie tego objawu. Pisał, że „Określenie snów jako redukcyjne, prospektywne lub po prostu kompensacyjne nie wyczerpuje jednak możliwości interpretacyjnych. Istnieje bowiem pewien typ snu, który można byłoby określić jako reakcyjny. [...] Choć fakt, że treść traumatyczna — jako że często przeżywana — z wolna traci swą autonomię, a w ten sposób znowu włącza się w hierarchię psychiczną, ma niewątpliwie wielką doniosłość dla ogólnej funkcji *psyche*, to jednak sen, który w znacznym stopniu jest jedynie odtworzeniem traumy, z pewnością nie da się określić mianem „kompensacyjnego”. Sen taki wprowadzi w widoczny sposób uwidacznia odszczepiony, autonomiczny fragment *psyche*, wkrótce jednak okazuje się, że świadoma asymilacja zreprodukowanego we śnie fragmentu żadną miarą nie powoduje zlikwidowania determinującego traumę wstrząsu [14, s. 88]”. Zatem sny powstające w reakcji na doznany uraz nie pełnią funkcji kompensacyjnej wobec świadomości i nie służą przedstawieniu celowych impulsów nieświadomych. Stanowią zarazem klasyczny przykład na współzależność ciała i *psyche* [14]. Znamienne jest, że ogólne publikacje analityczne zwykle pomijają całkowicie lub traktują niezwykle skrótowo wyjątkowość snów pourazowych [17,18].

Sny odtwarzające uraz zwykle zawierają wyrwany z szerszego kontekstu jego fragment, sytuację gdy napięcie psychiczne było maksymalnie nasilone. Po przedstawieniu tego fragmentu urywają się nagle, przez co przejawia się ich upośledzona funkcja prospektywna, mająca określić rozwiązanie dla wewnątrzpsychicznych treści konfliktowych [19]. Dopiero po zasymilowaniu doświadczenia urazu, sen może nabierać znaczenia symbolicznego i zwykle wtedy zmienia się jego treść — traci cechę bezpośredniego odtworzenia urazu, przy możliwym pozostawianiu uczuć negatywnych, lęku, niepokoju, prowadzących zwykle do wybudzenia się.

Rozważając dynamikę zaburzenia warto powtórzyć, że w ujęciu psychoanalitycznym uraz jest określany jako całkowicie niespodziewane zdarzenie, którego dana osoba nie jest w stanie zasymilować. Natychmiastową reakcją na uraz jest szok, a dalej może nastąpić spontaniczne wyzdrowienie lub, jako późny efekt, tzw. nerwica urazowa, czyli PTSD. Znamienne jest, że objawy nerwicy urazowej różnią się od objawów innych zaburzeń brakiem podatności na interpretację. Zatem, co jest niezwykle istotne, objawy te nie mają nieświadomego znaczenia, a jedynie funkcję [20]. Odróżnia je to od objawów innych zaburzeń psychicznych, szczególnie czynnościowych, mających nieświadome znaczenie i funkcje, a w efekcie poddających się analizie. Oczywiście dotyczy to także bezpośrednio marzeń sennych. Jak łatwo się domyśleć, podstawową funkcją zaburzeń pourazowych będzie asymilacja doświadczenia urazu.

Zaskakująca jest koncepcja, że „Powracające marzenia senne stanowią wysiłek poradzenia sobie z pierwotnym urazem za pomocą zaprzeczenia. Sny są tak rzeczywiste, że śniący nie jest w stanie w pierwszej chwili ustalić ich prawdziwej (sennej) natury, może zatem czuć, że rzeczywiste wydarzenie również nie jest niczym innym jak marzeniem sennym. Nawroty mogą służyć temu samemu celowi lub przeciwnie, mogą pomóc w ustaleniu rzeczywistości urazowego wydarzenia. Pacjenci są w takim momencie często dezorientowani i zapewnienie terapeuty, że zdarzenie rzeczywiście miało miejsce, może być pomocne” [18, s. 169]. Interpretacja ta odbiega nie tylko od ujęcia klasycznego, ale i od opisów dolegliwości pochodzących od chorych, którzy sami wskazują na bezpośredni związek treści snu z urazem. Trudno się zgodzić z takim ujęciem podłoża pourazowych marzeń sennych i wydaje się, że interpretacja taka byłaby dopuszczalna jedynie w przypadku, niektórych, silnych zaburzeń dysocjacyjnych. Ci sami autorzy (Moore i Fine) stwierdzili, że „nerwica pourazowa silnie zakłóca, a czasem wręcz całkowicie dezorganizuje, funkcjonowanie jednostki, jednak dobrze poddaje się psychoterapii, pozwalającej na podstawowe zrozumienie zaburzenia” [18, s. 169]. Stoi to w jaskrawej sprzeczności z danymi statystycznymi potwierdzającymi przewlekłe utrzymywanie się objawów zaburzeń pourazowych [21], mogących nawet prowadzić do zmian osobowości [22]. Jak zatem widać, klasyczne ujęcie Freuda i Junga, wskazujące na ciągłe odtwarzanie urazu w celu wywołania pogotowia lękowego, jest bardziej spójne i adekwatne także do dzisiejszych danych.

Należy rozpatrzyć możliwość występowania snów koszmarnych związanych z urazem u osób nie pamiętających marzeń sennych. Ogólnie za przyczyny zapominania snów przyjmuje się natłok bodźców po przebudzeniu, jednokrotność i niepowtarzalność marzeń sennych, niezrozumiałość ich treści, specyficzną, odmienną od świadomej, kompozycję [11]. Przyczyny te praktycznie nie przystają do snów pourazowych. Sny te cechuje zwykle logiczna kompozycja, analogiczna do świadomych zasad budowy i kompozycji wypowiedzi, myśli. Treść ich jest zwykle powtarzalna, obejmująca to samo zdarzenie traumatyczne odtwarzane w podobny sposób; ich nawroty są ostrzejsze w sytuacjach stresowych. Treść jest bezwzględnie identyfikowana przez badanego z autentycznymi zdarzeniami i jest dla niego zrozumiała. Również zdolność do odbierania bodźców pojawiających się po przebudzeniu jest najczęściej ograniczona — badani często skarżą się na stan „pobudzenia, lęku, oszołomienia”, niekiedy na chwilowe, przemijające, trudności z orientacją w otoczeniu oraz na przedłużające się poczucie odtwarzania urazu. Czynniki te łącznie sprzyjają utrwalaniu i zapamiętywaniu treści marzenia sennego. Stanowi to kolejny istotny wyróżnik potraumatycznych marzeń sennych. Warto powtórzyć, że zarówno Freud [3], jak i Jung [14] podkreślali możliwość powstawania psychicznych zaburzeń pourazowych bez związku z fizycznym uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego.

Znaczenie treści marzeń sennych

Marzenia senne były przez wiele lat przedmiotem licznych badań [11]. Ostatnio straciły swoją popularność w diagnostyce na rzecz metod biologicznych, pozostając jednak wciąż liczącym się czynnikiem w procesie psychoterapii [23]. Również w badaniach zaburzeń snu coraz częściej zwraca się uwagę [24], że jawna treść marzenia sennego wiąże się z innymi objawami zaburzeń snu, np. bezsennością z występowaniem snów lękowych. W rozpozna-

waniu PTSD marzenia senne wyróżniają się bezpośrednim odtwarzaniem doznanej sytuacji urazowej, w której uczestniczył badany. Odróżnia je to od symbolicznej treści codziennych marzeń sennych. Interpretacje marzeń sennych pojawiających się w odpowiedzi na doznany uraz wskazują często na ich kompensacyjny lub życzeniowy charakter, nie dotyczy to jednak snów bezpośrednio odtwarzających sytuację urazową, a jedynie marzeń sennych przedstawiających symbolicznie sytuację zagrożenia [25]. Obecnie postuluje się również, że niektóre uporczywie nawracające objawy, w tym sny koszmarne, mogą wiązać się z symbolicznym wyrażaniem reakcji negatywnych związanych z doznanym urazem [26]. Badania epidemiologiczne potwierdzają częste występowanie snów o treści związanej z urazem w przebiegu zespołów potraumatycznych [27, 28]. W badaniach osób z objawami zespołów lękowych, które nie doznały urazu, wykazano zmienną częstość występowania snów koszmarnych, w tym przypadku marzenia senne pełnią jednak rolę symboliczną i ich występowanie może zależeć od indywidualnego przebiegu zespołu lękowego [29]. Jednocześnie zwraca się uwagę, że treść symboliczna koszmarnego marzenia sennego występującego po urazie może wiązać się z silnym poczuciem winy [30] i zaangażowaniem mechanizmu dysocjacji [31]. Sugerować to może częstsze skojarzone występowanie snów koszmarnych i objawów dysocjacyjnych w przebiegu zespołu stresu pourazowego, szczególnie, gdy lęk jest przeżywany w reakcji na poczucie winy lub wstydu. Na podstawie tych doniesień można podejrzewać, że reakcje takie mogą być częstsze u osób, które doznały urazu seksualnego lub np. jako jedyne przeżyły z większej grupy (tzw. survivor syndrom). Wykazano, że bezpośrednia, jawna treść marzenia sennego może pełnić istotną rolę w rozpoznawaniu zaburzeń pourazowych. Występowanie marzeń sennych o treści związanej z doznaniem urazu wskazuje na przebieg lękowy zespołu stresu pourazowego, a ich brak — na nasilenie przebiegu depresyjnego [32]. Wykazano też, że przeżywanie lęku bez względu na przyczynę jego pochodzenia wydatnie pogarsza przebieg snu nocnego, niezależnie nawet od treści marzeń sennych. Lęk, obok bólu somatycznego, bywa najczęstszą przyczyną trudności w zasypianiu i pozostawaniu we śnie, korelacji takiej nie wykazano natomiast dla objawów zaburzeń depresyjnych [33].

Podsumowanie

Pourazowe marzenia senne:

- mają treść bezpośrednio związaną z przeżytym urazem,
- często nawracają
- i wywołują negatywne reakcje emocjonalne;
- odrębną cechą jest łatwość ich zapamiętywania.

Definicja ta jest zgodna z teoriami Freuda i Junga, dotyczącymi marzeń sennych, którzy wykazali, że sny pourazowe nie pełnią funkcji spełniania nieświadomych życzeń, nie podtrzymują snu ani nie mają funkcji kompensacyjnej wobec świadomości. Wydaje się, że teoria wskazująca na konieczność ponownego przeżywania urazu w celu wywołania pogotowia lękowego i dalej — asymilacji doświadczenia urazu jest najbardziej spójna i wciąż aktualna. Potwierdzają to badania kliniczne, które wykazały, że osoby z zaburzeniami pourazowymi i snami koszmarnymi mają nieco odmienny profil objawów niż osoby, które doznały urazu, lecz które nie cierpią z powodu nawracających pourazowych

snów koszmarnych. Brak snów koszmarnych wiąże się z silniejszymi objawami depresji, może to także wskazywać na reakcję depresją na zasymilowany uraz. Osoby, które cechuje występowanie nawracających snów koszmarnych, mają zwykle pełnoobjawowe zaburzenia pourazowe o typowym lękowym profilu objawów. Oczywiście, nawracające marzenia senne mogłyby wskazywać na toczący się proces asymilacji urazu. Zespół stresu pourazowego można interpretować jako przejaw procesu adaptacji. Wyrazem dynamiki jest ciągle odtwarzanie sytuacji urazowej, m.in. w marzeniach sennych, mające na celu zaadaptowanie jednostki do sytuacji po przeżyciu urazu. Pozytywnym wyrazem zakończenia procesu będzie ustąpienie wszystkich objawów PTSD, przy wykształceniu się prawidłowej dojrzałej osobowości.

Piśmiennictwo

1. Crocq L. Oppenheim, Charcot, Janet, Breuer, Freud, Jean Crocq and others. Around the year 1889. Fourth European Conference on Traumatic Stress, Paris–France, 7–11.05.1995. Book of Abstracts. Paris 1995, s. 31.
2. Freud Z. *Moje życie i psychoanaliza*. Warszawa: Sfinks; 1991, s. 22.
3. Freud S. *Poza zasadą przyjemności*. W: Freud S. *Poza zasadą przyjemności*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 1994, s. 7–58.
4. Selye H. *Stres okiełznany*. Warszawa: PIW; 1971.
5. Selye H. *Stres życia*. Warszawa: PZWL; 1960.
6. Kłodziński S. Swoisty stan chorobowy po przeżyciu obozów hitlerowskich. *Przeegl. Lek.* 1972; 1: 15–21.
7. (DSM-III) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 3rd edition. Washington D.C.: American Psychiatric Association; 1980.
8. (DSM-IV) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, fourth edition. Washington D.C.: American Psychiatric Association; 1994.
9. Heitzman J, Rutkowski K. Zaburzenia psychiczne u prześladowanych i torturowanych ofiar systemu totalitarnego. *Psychiatr. Pol.* 1997; XXXI, 2: 153–164.
10. Bomba J. Problem nerwic w najnowszych klasyfikacjach zaburzeń psychicznych a tradycja psychoanalityczna w psychiatrii. *Post. Psychiatr. Neurol.* 1997; 6: 417–422.
11. Freud S. *Objaśnianie marzeń sennych*. Warszawa: Wydawnictwo KR–Wydawnictwo Sen; 1996.
12. Vedfelt O. *Wymiary snów. Istota, funkcje i znaczenie marzeń sennych*. Warszawa: Wydawnictwo Psychologii i Kultury Enceia; 1998.
13. Lavie P, Kaminer H. Dreams that poison sleep: Dreaming in Holocaust survivors. *Dreaming* 1991; 1: 11–21.
14. Jung C G. *Ogólne uwagi na temat psychologii snu*. W: Jung C G. *O istocie snów*. Warszawa: Wydawnictwo KR–Wydawnictwo Sen; 1993.
15. Jung C G. *O istocie snów*. W: Jung C G. *O istocie snów*. Warszawa: Wydawnictwo KR–Wydawnictwo Sen; 1993.
16. Jung C. G. *Praktyczne zastosowanie analizy snów*. W: Jung C G. *O istocie snów*. Warszawa: Wydawnictwo KR–Wydawnictwo Sen; 1993.
17. Samuels A, Shorter B, Plaut F. *Krytyczny słownik analizy jungowskiej*. Warszawa: UNUS; 1994.
18. Moore B E, Fine B D. *Słownik psychoanalizy*. Warszawa: Jacek Santorski & Co; 1996.
19. von Franz M-L. *Ścieżki snów*. Warszawa: Jacek Santorski & Co; Agencja Wydawnicza; 1995.
20. Rycroft C. *Dictionary of psychoanalysis*. London: Penguin Books; 1972.
21. Kaplan H, Sadock B. *Psychiatria kliniczna*. Wrocław: Urban & Partner; 1995.
22. (ICD-10) *Międzynarodowa statystyczna klasyfikacja chorób i problemów zdrowotnych — rewizja 10, rozdział V*. World Health Organization, Kraków: Vesalius; 1994.
23. Cartwright R D. Who needs their dreams? The usefulness of dreams in psychotherapy. *J. Am. Acad. Psychoanal.* 1993; 4(21): 539–547.

24. Schredl M, Kraft B, Morlock M, Bozzer A. Dream contents of sleep disordered patients. *Psychother. Psychosom. Med. Psychol.* 1998; 2(48): 39–45.
25. Susułowska M. Próba interpretacji treści snów byłych więźniów obozów koncentracyjnych. *Przegl. Lek.* 1976; 1: 13–17.
26. Inderbitzin L B, Levy S T. Repetition compulsion revisited: implications for technique. *Psychoanal. Quart.* 1998; 1(67): 32–53.
27. Jagoda Z, Kłodziński S, Masłowski J. Sny więźniów obozu oświęcimskiego. *Przegl. Lek.* 1977; 1: 28–65.
28. Hudson J I, Manoach D S, Sabo A N, Sternbach S E. Recurrent nightmares in posttraumatic stress disorder: association with sleep paralysis, hypnopompic hallucinations, and REM sleep. *J. Nerv. Ment. Dis.* 1991; 9(179): 572–573.
29. Wood J M, Bootzin R R. The prevalence of nightmares and their independence from anxiety. *J. Abnorm. Psychol.* 1990; 1(99): 64–68.
30. Lansky M R. The transformation of affect in posttraumatic nightmares. *Bull. Menninger. Clin.* 1991; 4(55): 470–490.
31. Stevenson D V. The analysis of an adult with night terror. *Psychoanal. Quart.* 1991; 4(60): 607–627.
32. Rutkowski K. Zaburzenia snu w zespole stresu pourazowego. Polska Akademia Nauk. Oddział w Krakowie. Kraków: Wydawnictwo Pandit; 2001.
33. Moffitt P F, Kalucy E C, Kalucy R S, Baum F E, Cooke R D. Sleep difficulties, pain and other correlates. *J. Intern. Med.* 1991; 3(230): 245–249.

Adres: Zakład Patologii Społecznej
Kopernika 21a, 31-501 Kraków

