

Bogusław Borys

Katedra Psychiatrii i Zakład Psychologii Klinicznej Akademii Medycznej w Gdańsku

Sytuacje ekstremalne i ich wpływ na stan psychiczny człowieka

Traumatic situations and their influence on the psychological condition of human being

Abstract

Both well known classifications of mental disorders — DSM-IV and ICD-10 define traumatic situations. An essential factor of any traumatic experience is an immediate and real threat of one's life. Alternatively, it could be witnessing of a tragic death, especially of someone very close; or witnessing of other cruel events. There is a wide variety of traumatic situations. They differ in terms of the number of victims, duration of stress, the location of the event or the source of a tragic happening. All these elements may have an important influence on the quality and deepness of psychological reactions to trauma. The most typical disturbances are: Acute Stress Disorder (ASD), Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) and "complex PTSD". There are also nonspecific disorders such as: different depression syndromes, anxiety, eating disorders, addiction to psychoactive substances and others. Although psychopathological disturbances are the most common effects of the experienced trauma, positive psychological changes are also being observed.

key words: *traumatic situations, Acute Stress Disorders, Post Traumatic Stress Disorders, nonspecific reactions to trauma*

Wstęp

Każdy człowiek doświadcza w swoim życiu wielokrotnie takich sytuacji, które uznaje za trudne dla siebie. Oczywiście ocena tych trudności jest subiektywna i różnie ocenia się ich stopień. Konieczne więc jest przyjęcie określonych kryteriów stanowiących jakąś podstawę obiektywizacji tych ocen. Wstępnym, ale istotnym krokiem w tym kierunku jest rozróżnienie trzech poziomów natężenia stresu. W związku z tym wymienia się najpierw zwyczajne, codzienne problemy, dalej mówi się o tak zwanych wydarzeniach życiowych i wreszcie o traumie lub sytuacjach ekstremalnych [1]. Codzienne kłopoty stanowią właściwie typowy obraz ludzkiego życia. Mogą to być niepowodzenia na sprawdzianie klasowym, nieporozumienia wśród do-

mowników, nieuprzejmość urzędnika przy załatwianiu konkretnej urzędowej sprawy i tym podobne, być może nieco trudniejsze problemy. Drugi poziom stanowią wydarzenia życiowe. W tym wypadku ciężar gatunkowy trudności sytuacji jest obiektywnie, zdecydowanie większy. Przykłady wydarzeń życiowych można znaleźć w Skali Ponownego Przystosowania Społecznego Holmesa i Rahe'a. Autorzy wymieniają tam takie zdarzenia, jak: śmierć współmałżonka, rozwód, kontuzja lub poważna choroba, utrata pracy, zmiana miejsca zamieszkania itp. [2]. Najwyższy stopień natężenia stresu i w efekcie ciężaru przeżyć występuje wówczas, gdy ma się do czynienia z traumą lub też sytuacjami określanymi jako ekstremalne.

Sytuacje ekstremalne

Pojęcie traumy lub sytuacji ekstremalnych pojawia się w znanych i powszechnie cytowanych klasyfikacjach zaburzeń psychicznych. Zarówno DSM-IV [3], jak i ICD-10 [4, 5] zawierają takie pozycje i precyzują opisy zabu-

Adres do korespondencji: dr hab. n. przyr. Bogusław Borys
Akademia Medyczna w Gdańsku, Katedra Chorób Psychiczych
Klinika Chorób Psychiczych i Zaburzeń Nerwicowych
ul. Dębinki 7, 80–952 Gdańsk
tel.: (058) 349 26 61, 349 26 50,
faks: (058) 349 27 48

rzeń emocjonalnych spowodowanych tego typu zdarzeniami. Obydwie klasyfikacje — podobnie, chociaż w pewnym sensie uzupełniając się — precyzują treść tych pojęć. Podają także, jakie istotne elementy składają się na ten typ przeżyć. I tak, trauma oraz sytuacje ekstremalne obejmują doświadczenia przytłaczające swoim ciężarem niemal każdego człowieka, na przykład poważne zagrożenie życia lub fizycznej integralności własnej lub też innej, zwłaszcza bliskiej, osoby. Mogą to być również wydarzenia wywołujące niezwykle gwałtowną i istotnie zagrażającą zmianę sytuacji społecznej spowodowanej na przykład jednoczesową śmiercią rodziny, względnie kilku jej członków, lub też całkowitą utratą swojego mienia (pożar, powódź). Sytuację ekstremalną wywołują także wydarzenia (krótko- albo długotrwałe) o charakterze wyjątkowo przerażającym, o cechach katastrofy. Na przykład może to być naturalny lub spowodowany przez człowieka katalizm, udział w działaniach wojennych, poważny wypadek, bycie świadkiem okrucieństwa i śmierci innych osób lub bycie ofiarą tortur, terroryzmu, napadu, gwałtu lub innego podobnego przestępstwa (DSM-IV, ICD-10) [3–5].

Jak wynika z tego opisu, zestaw zdarzeń zawierających się w pojęciu traumy lub też sytuacji ekstremalnej jest dość szeroki. Jednak wszystkie tego typu zdarzenia mają cechy czegoś, co ociera się o granice ludzkiej wytrzymałości na stres lub wręcz je przekracza. Jest to cecha wspólna tych wszystkich sytuacji. Istnieje jednak również wiele czynników różnicujących poszczególne wydarzenia. Jak się wydaje, nie pozostają one bez istotnego wpływu na szeroko rozumiany stan psychiczny ofiar. Dlatego trzeba na nie zwrócić uwagę i przyrzeć się im pod kątem różnic w następstwach psychicznych, które mogą powodować. Mówiąc o czynnikach różnicujących, autor ma na myśli różny typ i okoliczności samego zdarzenia. Należałoby więc zwrócić uwagę, czy wydarzenie ma charakter masowy, czy jednostkowy? Czy jest to sytuacja, która powstała nagle oraz trwa stosunkowo krótko, czy też jest ona rozciągnięta w czasie i trwa na przykład kilka lat? Jeżeli wydarzenie ma cechy katastrofy, czy jest to sytuacja spowodowana przez naturę, czy też przyczyną było tu zachowanie człowieka — jego błąd, brak wyobraźni lub też świadomie zbrodnicze działanie? Ważny też jest w tym kontekście rodzaj strat spowodowanych wydarzeniem. Czy są to wyłącznie straty materialne, czy też są również ofiary w ludziach? Jeżeli tak, jaka jest ich liczba? Na istotną uwagę zasługuje również stopień uszkodzenia ciała u ofiar, które katastrofę przeżyły. Czy wspomniane uszkodzenia mają charakter trwałe, czy też po jakimś czasie mogą ustąpić,

nie pozostawiając fizycznego śladu? W przypadku trwałego, widocznego inwalidztwa konsekwencje psychiczne takiego stanu są zwykle zasadniczo odmienne niż w sytuacji, gdy nie ma zewnętrznych, fizycznych skutków. Ponadto, należy zwrócić uwagę, czy dane wydarzenie jest zlokalizowane na niewielkiej przestrzeni, czy też obejmuje bardzo rozległy teren (np. tereny powodziowe). Wszystkie te czynniki mają znaczący i dostrzegalny wpływ na przeżycia psychiczne osób, które w nich uczestniczyły. Nie można tego faktu pomijać przy analizie stanu psychicznego ofiar.

Wydarzenie masowe

Trudno w jednoznaczny i bezdyskusyjny sposób określić w liczbach, co to znaczy wydarzenie masowe — takich liczbowych kryteriów po prostu brak. W praktyce jednak często stosuje się dwa różne określenia, opisując tragiczne zdarzenia. Mówiąc o sytuacji, w której liczba ofiar i rozmiar szkód są większe, najczęściej używa się pojęcia „katastrofa”. Gdy poszkodowanych jest mniej i sam zasięg tego, co się zdarzyło, jest mniejszy, mówi się raczej o „wypadku” [6]. Wydarzenia masowe mają własną specyfikę. Jak już wspomniano, dotyczą one większej, a czasem wręcz bardzo dużej liczby osób poszkodowanych, zarówno ofiar śmiertelnych, jak i rannych. Mówiąc o ofiarach, trzeba mieć na uwadze nie tylko bezpośrednie ofiary katastrofy, to znaczy zabitych i rannych, ale także tych, którzy wyszli z katastrofy bez obrażeń fizycznych. Zawsze są też ofiary pośrednie — przede wszystkim rodziny i najbliżsi ofiar bezpośrednich, jak również służby ratownicze, personel medyczny, a nawet przypadkowi świadkowie katastrofy. Dochodzi też do ogromnych strat materialnych dotyczących niekiedy całych regionów. Wszystko to wiąże się z koniecznością zorganizowanego działania ratowniczego. W wypadku braku lub niedostatecznej organizacji powstaje chaos, który powoduje jeszcze większe straty i dodatkowe cierpienia ofiar. Oprócz liczby ofiar i strat materialnych innymi ważnymi wyznacznikami masowości zdarzenia są: jego rodzaj, okoliczności i stopień nagłośnienia sprawy w mediach. Mówiąc o rodzaju i okolicznościach wydarzenia, należy wziąć pod uwagę następujące parametry: kogo ono dotyczy, liczebność i specyfika ofiar (np. dzieci), jaka była przyczyna zdarzenia, czy jest to sprawa precedensowa, szczególnie bulwersująca, czy pojawiają się wątki polityczne i inne. Bardzo istotnym wyznacznikiem masowości wydarzenia jest też stopień jego nagłośnienia w mediach. Wydarzenia bardzo nagłośnione, powszechnie znane, na pewno wywierają znaczący wpływ na jakość przeżyć psychicznych u uczestników takiego zdarzenia.

W takiej sytuacji, oprócz niewątpliwie urazogennych skutków psychicznych, pojawia się też, przynajmniej u części ofiar, motyw „tragicznego bohatera”, który może mieć też bardziej odległe następstwa psychiczne (np. wzmacnianie postawy roszczeniowej). Konsekwencją nagłośnienia jest ożywiona dyskusja społeczna wokół tego, co się wydarzyło. Mobilizuje też ono do organizowania różnych działań społecznych, na przykład zbiórki pieniędzy na pomoc dla ofiar. Następstwem takiej sytuacji są dalsze konsekwencje różnych zachowań społecznych (np. tworzenie stowarzyszeń, grup wsparcia), co również nie pozostaje bez wpływu na stan psychiczny ofiar [7–10].

Ofiary wydarzeń jednostkowych, doznając wszystkich negatywnych skutków psychicznych traumy, nie mają do czynienia z tą oprawą nagłaśniającą zdarzenie. Ma to swoje pozytywne, ale też negatywne strony. Osoby te pozostają najczęściej w zupełnej samotności ze swoim problemem, korzystając być może jedynie ze wsparcia najbliższych.

Obraz ewentualnych zmian psychicznych u ofiar masowych katastrof może dość znacznie różnić się od tego, który występuje u ofiar indywidualnych, „cichych” katastrof. Jest to chyba jedno z zagadnień, które wymagałoby wnikliwszego podejścia badawczego.

Czas trwania sytuacji traumatycznej

Dla obrazu możliwych zmian psychicznych spowodowanych traumą duże znaczenie ma także czas trwania sytuacji stresogennej. Nie jest przecież łatwo porównywać efekty urazu psychicznego spowodowanego nagłą, krótkotrwałą traumą z tymi, które powstały w wyniku długotrwałej, rozciągniętej w czasie sytuacji o charakterze ekstremalnym. Pierwsze są na przykład wynikiem tragicznego wypadku komunikacyjnego, drugie natomiast mogły powstać na skutek wieloletniej zsyłki na Syberię, przeżyć w obozie koncentracyjnym czy też być doświadczeniem ofiar Holocaustu. Stosując kryteria DSM-IV, odnoszące się do zespołu stresu pourazowego (PTSD, *post-traumatic stress disorder*), prawdopodobnie będzie można stwierdzić, że w jednym i drugim przypadku ten zespół występuje, jednak pomijając istotne dla PTSD cechy wspólne, które mogą wystąpić w obydwu sytuacjach, jest też wiele istotnych cech, które te dwa typy traumy wyraźnie różnicują.

Każda nagła, traumatyczna sytuacja wywołuje przede wszystkim przerażenie. Występuje ono zwykle bezpośrednio przed samym zdarzeniem, podczas jego trwania (dotyczy to najczęściej ułamków sekund), jak również utrzymuje się przez jakiś czas po fakcie. Przyczynami tego stanu są totalne zaskoczenie, bezradność, utrata kontroli, niepewność, a przede wszystkim

— bardzo realne zagrożenie życia [11]. Bezpośrednio po doznaniu traumy następuje szok. Jego wyrazem jest zupełne odrętwienie lub też gwałtowny wybuch emocjonalny. Trwa to zwykle kilka minut, a niekiedy godzin. Takie reakcje emocjonalne i behawioralne są bezpośrednią odpowiedzią na samo wydarzenie i doznany uraz. Uważa się, że ten typ reakcji ma swoje filogenetyczne podłoże. Jest odruchową reakcją na traumatyczne zagrożenie oraz spowodowane tym fizyczne i psychiczne urazy. Jest przejawem walki (agresji), panicznej ucieczki lub znieruchomienia wyrażającego się w apatii i odrętwieniu emocjonalnym [12].

Długotrwały stres traumatyczny, przynajmniej z punktu widzenia ofiary, nie ma określonych, przewidywalnych ram czasowych. Po prostu trwa. Najbardziej typowymi przykładami długotrwałego stresu traumatycznego są ofiary Holocaustu, więźniowie obozów koncentracyjnych, więźniowie polityczni (np. ofiary komunizmu), ale także ofiary kataklizmów naturalnych, ludzie uwięzieni w gruzach czy też w inny sposób odcięci od świata. O ile ofiara krótkotrwałej traumy czuje się „jakby nie była sobą”, o tyle ofiara długotrwałej traumy czuje, że zaszła w niej nieodwracalna zmiana. Ma zupełny brak poczucia własnego ja [13, 14]. Trwająca i powtarzająca się w czasie trauma potęguje symptomy charakterystyczne dla zespołu stresu pourazowego. Osobom, które doznały długotrwałej traumy, towarzyszy stały niepokój i nadmierne wyczulenie na różnorodne bodźce zewnętrzne. Dlatego nawet bardzo odległe od traumy bodźce — czasowo i treściowo — wywołują u tych ludzi gwałtowne, nieadekwatne reakcje. Ten stan może się niestety utrzymywać przez wiele lat po zakończeniu traumatycznej sytuacji.

O ile w przypadku krótkotrwałej traumy powracające i męczące wspomnienia stopniowo zmniejszają się i zanikają, o tyle w przypadku długotrwałego stresu traumatycznego pozostają one niezmienione przez wiele lat, a czasem na zawsze [15]. Najbardziej typowymi objawami powstałymi w wyniku przewlekłego stresu traumatycznego są unikanie i wycofanie. Podczas trwania przewlekłej traumy głównym celem ofiary było przetrwanie. W tej sytuacji psychiczne wycofanie stało się podstawową formą przystosowania do niej. To zawężenie odnosiło się do każdego aspektu życia. Dotyczyło kontaktów międzyludzkich, aktywności ruchowej, myślenia, pamięci i emocji. Mówi się wręcz o tak zwanej „triadzie ocalałych”. Stanowią ją: bezsenność, koszmary sennie i zaburzenia psychosomatyczne. Innym problemem (zwłaszcza w przypadku jeńców) jest jeszcze sprawa długo tłumionej agresji wobec prześladowców. Ujawnia się ona w postaci niekontrolowanych wybuchów emocjonalnych w sto-

sunku do różnych osób, co pogarsza jeszcze bardziej i tak nie najlepsze relacje z otoczeniem [13, 14].

Przyczyna zdarzenia

Analizując psychiczne następstwa doznanej traumy, należy również zwrócić uwagę na to, jaka była przyczyna traumatycznego stresu. Jeżeli stresorem jest katastrofa, to należy wziąć pod uwagę czynnik, który ją spowodował. Wiele katastrof, takich jak trzęsienia ziemi, powodzie czy niszczycielskie działania huraganów, ma swoje źródło po prostu w naturze. Okazuje się, że naturalne katastrofy wywołują na ogół mniej drastyczne i nie tak długotrwałe następstwa psychiczne, jak katastrofy czy też inne ekstremalne sytuacje spowodowane przez człowieka [16]. Udział człowieka w wywołaniu nieszczęścia innych osób też może być różny. Może to być wynik błędu, braku wyobraźni lub też celowego, zbrodniczego działania. Ten ostatni rodzaj powoduje najostrzejsze i najbardziej długotrwałe następstwa psychiczne u ofiar [17].

Miejsce wydarzenia i charakter strat

Istotnym elementem wpływającym na jakość traumatycznego stresora jest miejsce katastrofy czy wypadku. Sytuacje ekstremalne zdarzają się w różnych miejscach. Może to być autostrada, teren łatwo dostępnego obiektu przemysłowego lub rozrywkowego, centrum zatłoczonego miasta, ale także na pełnym morzu, w rejonie platformy wiertniczej, w trudno dostępnych górach czy też głęboko pod ziemią. Istotnym problemem jest w tym przypadku dostępność miejsca wydarzenia. Możliwość względnie łatwego dotarcia służb ratowniczych wiąże się z szansą otrzymania szybszej i skuteczniejszej pomocy. Ofiary wypadków, które nie straciły świadomości, zdają sobie sprawę z tego, że możliwie szybkie nadejście pomocy jest ich szansą. Ma to oczywiście dodatkowy, ważny wpływ na głębokość urazu psychicznego. Z literatury psychotraumatologicznej znane są przykłady ograniczonej możliwości i spóźnionej pomocy, właśnie z powodu trudności dotarcia, i płynące stąd dodatkowe konsekwencje psychiczne [10, 18, 19]. Innym elementem związanym z możliwością szybkiego udzielenia pomocy jest rozległość terenu dotkniętego kataklizmem. Dotyczy to zwłaszcza dużych terenów powodziowych, jak i wielkich pożarów leśnych, na przykład w Australii [20].

Nie bez znaczenia dla następstw psychicznych u osób, które przeżyły traumatyczne zdarzenie, jest też, jak już wspomniano, charakter strat. Uraz psychiczny jest zawsze głębszy i trwalszy, gdy wiąże się z utratą najbliższych osób [21]. Nie oznacza to jednak wcale, że głębsze następstwa psychiczne nie występują, gdy docho-

dzi jedynie do strat materialnych. Psychiczne następstwa w tym przypadku mogą być także gwałtowne i długotrwałe, zwłaszcza gdy straty są bardzo poważne. Dotyczą być może dorobku całego życia, stanowiąc jednocześnie istotne zagrożenie dla bytu fizycznego i poczucia bezpieczeństwa konkretnej osoby i jej najbliższych. Mówiąc o charakterze strat doznanych w wyniku sytuacji traumatycznej, nie sposób pominąć też kwestii rodzaju urazów fizycznych będących następstwem tego zdarzenia. Jeżeli te urazy mają charakter trwałe, zwłaszcza wtedy gdy powodują widoczne dla otoczenia braki, stanowią niewątpliwie istotny czynnik pogłębiający długotrwałe skutki psychiczne u ofiary. Ten czynnik jest bardzo wyraźny w sytuacji osób, które w wypadku doznały poważnych oparzeń. Często pozostają u nich szpecące blizny. Taki człowiek właściwie do końca życia musi swoją widoczną odmienność konfrontować na co dzień ze społeczeństwem. Między innymi dlatego niektórzy autorzy mówią o tak zwanym trwałym zespole stresu pourazowego w przypadku ofiar pożarów [22].

Reakcje psychiczne na traumę

Sytuacje ekstremalne, ze względu na wyjątkową siłę bodźca, wywołują niemal u każdego człowieka wyraźną, często bardzo gwałtowną reakcję psychiczną. Spontaniczna reakcja większości osób w sytuacji nagłego, bezpośredniego zagrożenia życia stanowi swoistą mieszankę odrętwienia, zagubienia, szoku, wycofania, przeżywania horroru i tym podobnych doznań. Opierając się na wieloletnich obserwacjach i zebranych doświadczeniach w tym zakresie, okazuje się, że ludzie w takich okolicznościach mogą się zachowywać różnie. Jedni po pierwszym szoku próbują podejmować działania zmierzające w kierunku ratowania się. Inni drętwieją w bezruchu, ulegając całkowitej dysocjacji. Żadna ze wspomnianych reakcji nie chroni całkowicie przed negatywnymi skutkami psychicznymi w wyniku doznanej traumy. Na podstawie dotychczasowych wyników badań uważa się jednak, że aktywna postawa człowieka usiłującego się ratować zmniejsza prawdopodobieństwo wystąpienia głębszych skutków doznanego urazu psychicznego. Reakcje dysocjacyjne stanowią znaczący predyktor rozwoju w przyszłości zespołu stresu pourazowego [23–25]. Mówiąc o sytuacjach ekstremalnych, niemal z góry zakłada się, że nie ma ludzi, u których zabrakłoby jakiegokolwiek wyraźniejszej reakcji emocjonalnej, na tak silny bodziec. Różnica polega tylko na natężeniu i czasie trwania negatywnych skutków tej reakcji. Obydwie wspomniane już klasyfikacje zaburzeń psychicznych (DSM-IV, ICD-10) opisują, różnicują i kategoryzują te reakcje.

Ostre zaburzenia w wyniku stresu traumatycznego

Obie wspomniane wyżej klasyfikacje zaburzeń psychicznych uwzględniają ostrą reakcję na stres traumatyczny. Według DSM-IV podstawowym warunkiem rozpoznania ostrej reakcji (ASD, *acute stress disorder*) jest przede wszystkim fakt doznania traumatycznej sytuacji, której istotny opis autorzy przytaczają. Jest to: „doświadczenie, bycie świadkiem lub uczestniczenie w zdarzeniu z elementami zagrożenia życia, możliwości odniesienia poważnych ran, zagrożenia integralności fizycznej tej osoby lub innych. Reakcja osoby zawierała strach, bezsilność lub przerażenie”. Przytacza się również kryteria diagnostyczne. Najpierw wymienia się symptomy dysocjacyjne. Mowa tu przede wszystkim o braku lub znacznym osłabieniu reakcji emocjonalnych na bodźce zewnętrzne, przejawach derealizacji, depersonalizacji i amnezji dysocjacyjnej. Kolejnym kryterium jest stała gotowość przeżywania doznanego doświadczenia traumatycznego (wyobrażenia, myśli, wspomnienia). Istotnymi elementami ostrej reakcji na stres traumatyczny są też symptomy niepokoju i podwyższonej aktywności. Przejawiają się one w postaci trudności ze snem, pobudliwości, słabej koncentracji, nadmiernej czujności, podwyższonej reaktywności. W tej sytuacji wyraźnie dostrzega się cechy dystresu przyjmujące formę upośledzenia funkcjonowania zarówno społecznego, zawodowego, jak i w innych ważnych obszarach życiowych. Autorzy określają też ramy czasowe ostrej reakcji na stres traumatyczny. Ich zdaniem zaburzenie pojawia się w okresie do 4 tygodni od momentu traumatycznego zdarzenia. Czas jego trwania określają w okresie od 2 dni do 4 tygodni. Końcowym warunkiem rozpoznania ASD jest wykluczenie działania innych czynników, na przykład wpływu jakiejś substancji czy też krótkiego epizodu psychotycznego (DSM-IV, 1994).

Druga ze wspomnianych klasyfikacji, ICD-10, pod symbolem F 43.0 umieszcza „ostrą reakcję na stres”. Określa ją jako: „przemijające zaburzenie o znacznym nasileniu, które rozwija się jako reakcja na wyjątkowy stres fizyczny lub psychiczny u osoby nieprzejawiającej wcześniej żadnego zaburzenia psychicznego”. Potem następuje szczegółowy opis zdarzenia traumatycznego, który w istocie jest zbliżony do tego, który zawarto w DSM-IV. Objawy ostrej reakcji na stres cechuje duża różnorodność. W typowych przypadkach obejmują one: początkowy stan „oszołomienia” ze zwężeniem pola świadomości i zawężeniem uwagi, osłabienie odbierania bodźców zewnętrznych i zaburzenia orientacji. Stan ten może prowadzić do dalszego wyłączenia się z otaczającej rzeczywistości, aż do

stanu dysocjacyjnego. Może też wystąpić nadmierne pobudzenie i nadmierna aktywność (reakcja fugi). Często występują autonomiczne objawy lęku panicznego w postaci przyspieszonej akcji serca, pocenia się, zaczerwienienia itp. Ostra reakcja na stres następuje w ciągu kilku minut od zdarzenia, względnie też dokładnie w momencie pojawienia się bardzo silnego stresora. Słabnie i ustępuje w ciągu kilku godzin. W szczególnych przypadkach trwa nieco dłużej. W takiej sytuacji reakcja słabnie w ciągu 24–48 godzin, i zwykle ustępuje zupełnie po upływie 3 dni. Niejednokrotnie występuje częściowa lub całkowita amnezja całego wydarzenia [4, 5].

Zespół stresu pourazowego

Przejawem głębszych następstw psychicznych, zwłaszcza ze względu na czas ich trwania, jest zespół stresu pourazowego. Jeżeli chodzi o granice czasowe tego syndromu wyraźnie określa je DSM-IV. Według tej klasyfikacji ostry PTSD rozpoznaje się, gdy objawy utrzymują się nie dłużej niż przez 3 miesiące. O przewlekłym charakterze tego syndromu mówi się, gdy objawy są obecne co najmniej 3 miesiące. Górnej granicy się nie określa. Możliwy jest jeszcze zespół stresu pourazowego z opóźnionym początkiem. Występuje on wtedy, gdy objawy ujawniają się co najmniej 6 miesięcy po urazie.

W literaturze przedmiotu wielokrotnie cytuje się i stąd powszechnie znane są kryteria PTSD określone przez DSM-IV [3, 26, 27].

Pierwszą reakcją człowieka na ekstremalnie trudną sytuację warunkującą rozpoznanie PTSD jest intensywny strach, bezradność lub przerażenie. Następnie wymienia się grupy objawów, które mogą występować w różnych, określonych przez kryteria konstelacjach. Pojawia się więc natarczywe, wielokrotnie powtarzające się przeżywanie na nowo traumy. Formy tego ponownego przeżywania są różne. Bywają to zwykle makabryczne sny, skojarzenia lub też doznania mające związek z tym, co się wydarzyło. Następnie pojawiają się reakcje unikowe zmierzające do eliminowania myślenia i uczuć oraz zachowań przypominających traumę. Kolejną grupę objawów stanowią różne formy pobudzenia, często związane z nadmierną i nieadekwatną do sytuacji czujnością.

Międzynarodowa Klasyfikacja Zaburzeń Psychiczych i Zaburzeń Zachowania, w dziesiątej edycji ICD-10 [4, 5], podobnie jak DSM-IV, również zawiera opis jednostki chorobowej wywołanej stresem traumatycznym. Pod symbolem F 43.1 znajduje się pozycja „zaburzenia stresowe pourazowe”, które powstają jako opóźniona i/lub przedłużona reakcja na stresujące wydarzenia lub

sytuacje o charakterze wyjątkowo zagrażającym lub katastrofalnym, które mogłyby być niemal dla każdej osoby ogromnym nieszczęściem. Mogą to być katastrofy naturalne lub spowodowane przez człowieka, działania wojenne, poważne wypadki, obecność przy czyjejś tragicznej, brutalnej śmierci, akty terroryzmu, gwałty lub inne przykłady okrucieństwa. Typowe objawy zaburzenia stresowego pourazowego obejmują epizody powtarzającego się przeżywania urazu na nowo w natrętnych wspomnieniach („reminiscencje”) lub w snach, które występują w sytuacji uporczywie utrzymującego się poczucia „odrętwienia” i stępienia uczuciowego, odizolowania od innych ludzi, niereagowania na otoczenie, anhedonii oraz unikania działań i sytuacji, które mogłyby przypominać przeżyty uraz. W takich przypadkach powszechne są obawy przed wspomnieniami, które mogłyby przypominać ofierze traumę, i w związku z tym ich unikanie. Niekiedy może dochodzić do dramatycznych, ostrych wybuchów strachu, paniki lub agresji, wyzwalanych przez bodźce powodujące nagłe przypomnienie sobie lub „przeżycie na nowo” sytuacji urazowej, względnie też pierwotnej reakcji na tę sytuację. Zazwyczaj występuje stan nadmiernego pobudzenia układu autonomicznego, ze wzmocnionym stanem czuwania oraz bezsennością. Wszystkim tym objawom bardzo często towarzyszą lęk i depresja. Niejednokrotnie występują też myśli samobójcze. Dodatkowym czynnikiem komplikującym i zniekształcającym obraz kliniczny bywa nadużywanie alkoholu, narkotyków i leków. Ramy czasowe tego zespołu nie są tu tak precyzyjnie określone jak w DSM-IV. Zaburzenie stresowe pourazowe jest oczywiście następstwem doznanej traumy. Może trwać od kilku tygodni do kilku miesięcy. Rzadko utrzymuje się dłużej niż 6 miesięcy. Zdaniem autorów ICD-10, natężenie przebiegu samego zespołu może być zróżnicowane i zmieniać się podczas jego trwania. W większości przypadków ten stan ustępuje. U niewielkiego odsetka osób dotkniętych tym zespołem objawy utrwalają się i przechodzą w stan chroniczny. Zdarza się, że utrzymujący się przez wiele lat zespół stresu pourazowego prowadzi do trwałych zaburzeń osobowości (F 62) (ICD 10 [4, 5]).

Inne zaburzenia psychiczne w następstwie traumy

Ostre zaburzenia stresowe i zespół stresu pourazowego to najbardziej typowe następstwa doznanej traumy. Nie wyczerpują one jednak pełnego obrazu psychopatologii ekstremalnych doświadczeń. Wśród innych, niespecyficznych, ale jednak istotnie związanych z traumatycznym stresem zaburzeń, należy

wymienić przede wszystkim zaburzenia depresyjne o różnym obrazie klinicznym. Kolejną grupą zaburzeń są zaburzenia lękowe, zarówno w postaci lęku panicznego, jak i lęku uogólnionego. U ofiar traumy powszechnie obserwuje się wzrost niekontrolowanej agresji, zarówno w stosunku do siebie, jak i wobec innych ludzi. Spotyka się również przejawy dyssocjacji, depersonalizacji, zachowania kompulsyjne — także w zakresie powtarzania traumatycznego scenariusza. Następstwem doznanej traumy są wielokrotnie stwierdzane poważne problemy alkoholowe i uzależnienie od narkotyków, a także wyraźne pogorszenie funkcjonowania w rodzinie oraz realizacji w zakresie życia zawodowego. Częstymi problemami w następstwie doznanej traumy są również zaburzenia jedzenia. Wszystkie te przejawy psychopatologii jako niespecyficzne następstwa doznanej traumy, ale jednak istotnie z nią związane, znane są z innych opracowań, dlatego tu autor ogranicza się jedynie do ich przytoczenia [25, 28, 29]. W kontekście negatywnych, psychicznych konsekwencji traumy na szczególną uwagę zasługuje syndrom problemów emocjonalnych, będących rezultatem zwłaszcza wczesnych i długotrwałych sytuacji traumatycznych. Mowa tu o zespole objawów, który w literaturze określa się skrótem DESNOS (*Disorders of Extreme Stress Not Otherwise Specified*) (zaburzenia w następstwie ekstremalnego stresu bliżej nieokreślone). Dotyczy on w szczególności sposobu dzieci doświadczających przemocy w ogóle, a zwłaszcza przemocy i molestowania seksualnego. Grupa członków zespołu naukowego opracowujących DSM-IV wyodrębniła syndrom, który roboczo określono jako *Complex PTSD* (złożony zespół stresu pourazowego) lub inaczej — wspomniany wyżej — DESNOS. W ostatniej edycji DSM zespół tych objawów występuje pod nazwą *Associated Features of PTSD* (współtowarzyszące cechy — objawy zespołu stresu pourazowego). Syndrom ten zawiera następujące objawy: 1. zmiany w zakresie regulacji impulsów afektywnych wraz z trudnościami dotyczącymi modulacji złości i zachowań autodestrukcyjnych; 2. zmiany w zakresie możliwości koncentracji i świadomości, prowadzące do amnezji oraz występowanie epizodów dyssocjacyjnych i depersonalizacyjnych; 3. zmiany w zakresie autopercepcji, takie jak chroniczne poczucie winy i odpowiedzialności oraz chroniczne poczucie wstydu; 4. zmiany w zakresie relacji z innymi ludźmi, takie jak niezdolność do zaufania komuś czy niezdolność do bliższych związków emocjonalnych; 5. somatyzacja problemów emocjonalnych; 6. zmiany w systemach znaczeniowych.

Im wcześniej dziecko znalazło się w sytuacji traumatycznej i im dłużej ta sytuacja trwała, tym większe jest prawdopodobieństwo wystąpienia tego syndromu. Pacjenci, u których rozpoznaje się DESNOS, często wymagają psychiatrycznej interwencji kryzysowej. Są też bardzo oporni na typowe dla zespołu stresu pourazowego oddziaływania psychoterapeutyczne [25].

Możliwość pozytywnych następstw urazu psychicznego

Obraz możliwych, psychicznych skutków wydarzeń i sytuacji ekstremalnych byłby niepełny, gdyby ograniczyć go wyłącznie do następstw negatywnych. Faktem jest, że większość publikacji dotyczących tej problematyki zajmuje się niemal wyłącznie zaburzeniami spowodowanymi traumą. Wiąże się to między innymi z gwałtownym rozwojem psychotraumatologii, zwłaszcza w ciągu ostatnich dziesięcioleci i zwróceniem — przez większość autorów zajmujących się tą problematyką — szczególnej uwagi na patologiczne następstwa traumy. Powszechnie stosowane modele interwencji w sytuacji doznanej traumy mają więc charakter patogenetyczny. Zakłada się niemal z góry, że u osoby, która doświadczyła traumy, rozwiną się objawy stresu pourazowego. Zgodnie z modelem patogenetycznym, zakłada się więc „chorobę”, a zatem konieczność postępowania adekwatnego do tej sytuacji [30]. Nie znaczy to jednak, że niemożliwe są pozytywne następstwa tego typu doświadczeń. Na pozytywną stronę związaną z ekstremalnym stresem zwracają przede wszystkim uwagę autorzy odwołujący się do salutogenicznego modelu Antonowsky’ego [31, 32], ale nie tylko. Są autorzy, którzy opierając się na osobistych doświadczeniach, dochodzą do wniosku, że wsparcie w najtrudniejszych momentach można uzyskać przede wszystkim, odwołując się do głębszych warstw własnego światopoglądu, opierając się na religii, filozofii i przyjętych wartościach życiowych [33, 34]. Podobny nurt, eksponujący znaczenie poszukiwania i nadawania sensu zawartego również w traumatycznych przeżyciach, reprezentują [35–38]. Centralnym punktem modelu salutogenicznego jest pytanie, jak to się dzieje, że ludzie pozostają, mówiąc najogólniej, zdrowi, mimo iż doznają traumatycznych doświadczeń. Zdaniem Antonowsky’ego, zdolność do radzenia sobie ze stresem i poczucie zdrowia lub dobrostanu zależy u konkretnej osoby od jej poziomu poczucia koherencji, a także od tego, na ile doznany stres jest postrzegany przez tę osobę jako koherentny, możliwy do kontrolowania i w jakiś sposób zrozumiały. Przedstawiony tu sposób podejścia podobny jest do tego, który prezentuje Janoff-Bulman w swo-

jej pracy zatytułowanej: *Shattered Assumptions* („Zburzone założenia”) [39] oraz Judith Herman w książce: *Trauma and Recovery* („Trauma i wyzdrowienie”) [13]. Model ten nie tylko podkreśla więc możliwości jednostki wystarczające do przeżycia ekstremalnego doświadczenia, ale również zwraca uwagę na coś więcej. Jednostka, w wyniku traumatycznych doświadczeń potrafi wyjść z takiej sytuacji bogatsza i silniejsza psychicznie. Salutogeneza odwołuje się więc do szerszych możliwości niż koncentrowanie się wyłącznie na patologicznych konsekwencjach doznanej traumy [40]. W tym podejściu szczególnie trudne sytuacje życiowe, z traumą włącznie, traktuje się jako wyzwalające możliwości wzrostowe w człowieku, które powodują zmiany w pozytywnym kierunku [41]. Badania obejmujące jednostki, grupy lub całe społeczności, które doświadczyły ekstremalnego stresu, często — obok gwałtownych, patologicznych reakcji posttraumatycznych — dokumentują również inne zachowania. Wielokrotnie podkreśla się przejawy wsparcia, którego wzajemnie udzielają sobie osoby dotknięte traumą, wzmacniając tym samym poczucie siły tkwiące we wspólnocie. Taka postawa służy nie tylko przetrwaniu w aktualnej sytuacji, ale również kształtuje pozytywne nastawienie na przyszłość. Pozwala uwierzyć w możliwość kontroli wielu sytuacji i stawiania czoła nawet najtrudniejszym przeciwnościom [30]. Higgins uważa, że odporność — przez którą rozumie wyuczoną umiejętność korzystania w pełni z własnych zasobów psychicznych — w najlepszy sposób uaktywnia proces rozwoju i wzrostu pozytywnych cech osobowości [42]. Ma to miejsce zwłaszcza w sytuacjach bardzo trudnych. Stanowisko prezentowane przez zwolenników modelu salutogenicznego zyskuje coraz większe znaczenie. Wielu autorów, nie negując negatywnych skutków traumy, coraz więcej uwagi zwraca również na potencjał pozytywnych możliwości tkwiących w człowieku, również w radzeniu sobie z traumą. Tedeschi i Calhoun wyróżniają przynajmniej trzy obszary, w obrębie których można dostrzec pozytywne zmiany u osób, które doświadczyły traumy [43]. Dotyczy to zmian w zakresie obrazu własnej osoby, zmian w relacjach interpersonalnych i zmiany filozofii życia. W zakresie pozytywnych zmian dotyczących własnej osoby można znaleźć wiele doniesień potwierdzających ten fakt. Wzrost dojrzałości emocjonalnej sygnalizują Affleck i wsp. [44], a także Borys, Majkovicz [45]. Odczucie bogatszego doświadczenia życiowego i lepszego radzenia sobie z przeciwnościami sygnalizują u osób badanych Joseph, Williams i Yule [46]. Collins i wsp. [47] przedstawiają wniosek o wzroście poczucia siły i pewności siebie w grupie badanych osób. Wzrost

samooceny i poczucia kompetencji dostrzegają Tede-schi i Calhoun [43]. Stuhlmiller [48] zwraca uwagę na nowo odkrytą mądrość życiową i wzrost poczucia pewności siebie u badanych. Wiele pozytywnych zmian będących następstwem ekstremalnych doświadczeń sygnalizują również autorzy w zakresie relacji interpersonalnych. Affleck wraz ze współautorami zwracają uwagę na wzrost więzi emocjonalnej w rodzinie [44]. Wzrost dostrzeżenia ważności dziecka, dzieci, rodziców i ich potrzeb sygnalizują w swoich badaniach Malinek, Hoyt i Patterson [49]. Stuhlmiller [48] dostrzega istotne pogłębienie relacji emocjonalnych między wychowującymi a wychowywanymi. Collins wraz z współautorami stwierdzają w grupie badanych wzrost wrażliwości emocjonalnej i większą otwartość w tym zakresie [47]. Dostrzegają też wzrost gotowości do przyjęcia pomocy i wsparcia społecznego. W zakresie zmian dotyczących filozofii życia autorzy zwracają uwagę na nastę-

pujące zjawiska: wyraźniejsze docenianie własnego istnienia [49], dostrzeganie lepszych perspektyw życiowych [44], pozytywne zmiany w hierarchii tego, co ważne w życiu [50], dostrzeganie wartości życia jako takiego [48], wzmocnienie wartości duchowych, wzrost poczucia kontroli i znalezienie sensu życia [51].

Doświadczeniu sytuacji ekstremalnej towarzyszy zawsze ogromna dramaturgia, często wręcz tragizm. Tego typu sytuacje nie są też wolne od skrajnej brutalności i okrucieństwa. Wszystko to stanowi bardzo silny wstrząs dla człowieka, który miał takie przeżycia. Dlatego ktoś w ten sposób doświadczony prawdopodobnie już nigdy nie będzie takim samym człowiekiem, jakim był przed doznaną traumą. Najczęściej dostrzegane są zmiany negatywne, o czym była mowa wcześniej. Na szczęście, w dominującym obrazie psychopatologicznym można też dostrzec pozytywne następstwa traumatycznych doświadczeń.

Streszczenie

Określenie sytuacji ekstremalnych, zwanych inaczej traumatycznymi, zawierają obydwie znane i często cytowane klasyfikacje zaburzeń psychicznych i zachowania — DSM-IV i ICD-10. Istotnym elementem tego typu przeżyć jest realne, bezpośrednie zagrożenie życia własnego, względnie też bycie świadkiem utraty życia osoby bliskiej w tragicznych okolicznościach lub innych przejawów okrucieństwa. Wachlarz możliwych sytuacji ekstremalnych jest dość szeroki. Różnią się one liczebnością ofiar, czasem trwania, przyczyną i miejscem wydarzenia. Wszystkie te czynniki mogą mieć znaczący wpływ na jakość i głębokość doznań psychicznych. Jest to źródłem zróżnicowania reakcji psychicznych na traumatyczne doświadczenia. Najbardziej typowymi zaburzeniami w następstwie doznanej traumy są: ostre zaburzenia na stres traumatyczny, zespół stresu pourazowego oraz complex PTSD. Istnieją również niespecyficzne zaburzenia w postaci różnych zespołów depresyjnych, lękowych, zaburzeń jedzenia, uzależnienia od substancji psychoaktywnych i inne. Obok dominującego obrazu psychopatologicznego w następstwie traumy można też dostrzec pozytywne zmiany u osób, które doświadczyły przeżyć sytuacji ekstremalnej.

słowa kluczowe: sytuacje traumatyczne, ostra reakcja na stres, zespół stresu pourazowego (PTSD), niespecyficzne reakcje psychiczne na traumę

PIŚMIENICTWO

1. Heszen-Niejodek I. Stres i radzenie sobie — główne kontrowersje. W: Heszen-Niejodek I., Ratajczak Z. (red). Człowiek w sytuacji stresu. Problemy teoretyczne i metodologiczne. Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 1996; 12–43.
2. Holmes T.H., Rahe R.H. The Social Readjustment Scale. J. Psychosom. Res. 1967; 11: 213–218.
3. American Psychiatric Association. Quick reference to the diagnostic criteria from DSM-IV. Washington DC 1994.
4. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders: Clinical descriptions and guidelines. Geneva 1992.
5. Klasyfikacja Zaburzeń Psychiczych i Zaburzeń Zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”. Instytut Psychiatrii i Neurologii. Kraków–Warszawa 1997.
6. Eranen L., Liebkind K. Coping with disaster; the helping behavior of communities and individuals. W: Wilson J.P., Raphael B. (red.). International handbook of traumatic stress syndromes. Plenum Press, New York, London 1993; 957–964.
7. Turner S.W., Thompson J., Rosser R.M. The King Cross fire. Early psychological reactions and implications for organizing a „phase-two” response. W: Wilson J.P., Raphael B. (red.). International handbook of traumatic stress syndromes. Plenum Press, New York, London 1993; 451–459.
8. Alexander D.A. Burn victims after a major disaster; reactions of patients and their care-givers. Burns 1993b; 3: 105–109.
9. Johnston S.J. Traumatic stress reactions in the crew of the herald of free enterprise. W: Wilson J.P., Raphael B. (red.). International handbook of traumatic stress syndromes. Plenum Press, New York, London 1993; 479–485.

10. Holen A. The North Sea Oil Rig disaster. W: Wilson J.P., Raphael B. (red.). *International handbook of traumatic stress syndromes*. Plenum Press, New York and London 1993; 471–478.
11. Holloway H.C., Fullerton C.S. The psychology of terror and its aftermath. W: Ursano R.J., McCaughey B.G., Fullerton C.S. (red.). *Individual and community responses to trauma and disaster*. University Press, Cambridge 2001; 31–45.
12. Malt U.F. Traumatic effects of accidents. W: Ursano R.J., McCaughey B.G., Fullerton C.S. (red.). *Individual and community responses to trauma and disaster*. University Press, Cambridge 2001; 103–134.
13. Herman J. Trauma and recovery; the aftermath of violence — from domestic abuse to political terror. Basic Books, New York 1997.
14. Herman J.L. Przemoc: uraz psychiczny i powrót do równowagi. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 1997/1998.
15. Kluznik J.C., Speed N., van Valkenburg C. Forty year follow-up of United States prisoners of War. *Am. J. Psych.* 1986; 143: 1443–1446.
16. Weisaeth L. Psychological and psychiatric aspects of technological disasters. W: Ursano R.J., McCaughey B.G., Fullerton C.S. (red.). *Individual and community responses to trauma and disaster*. University Press, Cambridge 2001; 72–102.
17. Rosenhan D.L., Seligman M.E.P. *Psychopatologia*. Polskie Towarzystwo Psychologiczne, Warszawa 1994; 255–267.
18. McCaughey B.G., Hoffman K.J., Llewellyn C.H. The human experience of earthquakes. W: Ursano R.J., McCaughey B.G., Fullerton C.S. (red.). *Individual and community responses to trauma and disaster*. The structure of human chaos. Cambridge, University Press 2001.
19. Alexander D.A. The Piper Alpha Oil Rig disaster. W: Wilson J.P., Raphael B. (red.). *International handbook of traumatic stress syndromes*. Plenum Press, New York, London 1993a; 461–470.
20. McFarlane A.C. PTSD: synthesis of research and clinical studies; the Australia bushfire disaster. W: Wilson J.P., Raphael B. (red.). *International handbook of traumatic stress syndromes*. Plenum Press, New York, London 1993; 421–430.
21. Lehman D.R., Wortman C.B., Williams A.F. Long-term effects of losing a spouse or child in a motor vehicle crash. *J. Pers. Soc. Psych.* 1987; 52: 218–231.
22. Gilboa D., Friedman M., Tsur H. The Burn as a Continuous Traumatic Stress: Implications for Emotional Treatment During Hospitalization. *J. Burn Care Reh.* 1994; 15: 86–91.
23. Shalev A.Y. Stress versus traumatic stress; from acute homeostatic reactions to chronic psychopathology. W: van der Kolk B.A., McFarlane A.C., Weisath L. (red.). *Traumatic stress; the effects of overwhelming experience on mind, body and society*. The Guilford Press, New York, London 1996; 77–101.
24. Shalev A.Y., Peri T., Caneti L., Schreiber S. Predictors of PTSD in injured trauma survivors. *Am. J. Psych.* 1996; 53: 219–224.
25. van der Kolk B.A. Posttraumatic stress disorder and the nature of trauma. *Posttraumatic Stress Disorder. Dialogues in Clinical Neuroscience* 2000; 2: 7–22.
26. Heitzman J. Zespół pourazowego stresu — kryteria diagnostyczne, zastosowanie kliniczne i orzecznictwo. *Psychiatria Polska* 1995; 6: 751–766.
27. Lis-Turlejska M. *Traumatyczny stres. Koncepcje i badania*. Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN, Warszawa 1998.
28. Shalev A.Y., Yehuda R. Longitudinal development of posttraumatic disorders. W: *Psychological trauma: Annual Review of Psychiatry* 1998; 17, Washington DC: American Psychiatric Association Press.
29. Maes M., Mylle J., Delmeire L., Altamura C. Psychiatric morbidity and comorbidity following accidental man-made traumatic events: incidence and risk factors. *Europ. Arch. Psych. Clin. Neurosc.* 2000; 250: 156–162.
30. Stuhlmiller C., Dunning C. Challenging the mainstream: from pathogenic to salutogenic models of posttrauma intervention. W: Violanti J.M., Paton D., Dunning C. (red.). *Posttraumatic Stress intervention; Challenges, Issues, and Perspectives*. Charles C. Thomas. Publisher Ltd. Springfield, Illinois, Stany Zjednoczone 2000; 10–42.
31. Antonovsky A. Unravelling the mystery of health how people manage stress and stay well. Jossey-Bass, San Francisco 1987.
32. Antonovsky A. *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*. Fundacja IPN, Warszawa 1995.
33. Frankl V.E. *Man's search for meaning*. New York: Washington Square Press 1963.
34. Godorowski K. *Psychologia i psychopatologia hitlerowskich obozów koncentracyjnych*. Akademia Teologii Katolickiej, Warszawa 1985.
35. Janoff-Bulman R. The aftermath of victimization: Rebuilding shattered assumptions. W: Figley C.R. (red.). *Trauma and its wake: the study of treatment of post traumatic stress disorder*. T.I. Brunner-Mazel, New York 1985; 18.
36. Bulman R.J., Wortman C.B. Attributions of blame and coping in the "real world". Severe accident victims react of their lot. *Journal of Personality and Social Psychology* 1977; 35: 351–363.
37. Kahana E., Kahana B., Harel Z., Rosner T. Coping with extreme trauma. W: Wilson J.P., Harel Z., Kahana B. (red.). *Human adaptation to extreme stress*. Plenum Press, New York 1988; 55–79.
38. Lifton R.J. From Hiroshima to the Nazi doctors: The evolution of psychoformative approaches to understanding traumatic stress syndromes. W: Wilson J.P., Raphael B. (red.). *International handbook of traumatic stress syndromes*. Plenum Press, New York 1993; 11–24.
39. Janoff-Bulman R. *Shattered assumptions*. Free Press, New York 1992.
40. Antonovsky A. The implications of salutogenesis; an outsiders view. W: Turnbull A., Patterson J., Behr S., Murphy D. (red.). *Cognitive coping, families, and disability*. Baltimore, MD, Paul H. Brookes; 1993.
41. Violanti J.M. Scripting trauma; the impact of pathogenic intervention. W: Violanti J.M., Paton D., Dunning C. (red.). *Posttraumatic stress intervention; challenges, issues, and perspectives*. Charles C. Thomas. Publisher, Ltd. Springfield, Illinois, Stany Zjednoczone 2000; 153–165.
42. Higgins G.O. *Resilient adults; overcoming a cruel past*. Jossey-Bass, San Francisco 1994.
43. Tedeschi R.G., Calhoun L.G. The post-traumatic growth inventory; Measuring the positive legacy of trauma. *J. Traum. Stress* 1996; 9: 455–479.
44. Affleck G., Tennen H., Gershman K. Cognitive adaptations to high-risk infants; the search for mastery, meaning, and protection from future harm. *Am. J. Ment. Def.* 1985; 89: 653–656.
45. Borys B., Majkovicz M. Samoocena zmian stanu psychicznego u osób, które doznały traumy. W: Kubacka Jasińska D., Mudyń K. *Kryzys, interwencja i pomoc psychologiczna. Nowe ujęcia i możliwości*. Uniwersytet Jagielloński, Instytut Psychologii Stosowanej. Wyd. Adam Marszałek, Toruń 2003.
46. Joseph S., Williams R., Yule W. Changes in outlook following disaster; the preliminary development of a measure to assess positive and negative responses. *J. Traum. Stress* 1993; 6: 271–279.
47. Collins R.L., Taylor S.E., Skokan L.A. A better world or shattered vision? Changes in life perspectives following victimization. *Social Cognition* 1990; 8: 263–285.
48. Stuhlmiller C.M. 1992 An interpretive study of appraisal and coping of rescue workers in an earthquake disaster; the Cypress Collapse. *Dissertation Abstracts International*, 52, 4671. Za: Stuhlmiller C., Dunning C. Challenging the mainstream; from pathogenic to salutogenic models of posttrauma intervention. W: Violanti J.M., Paton D., Dunning C. (red.). *Posttraumatic stress intervention; challenges, issues, and perspectives*. Charles C. Thomas. Publisher, Ltd. Springfield, Illinois, Stany Zjednoczone 2000; 10–42.
49. Malinek D.E., Hoyt M.E., Patterson V. Adults reaction to the death of a parent. *Am. J. Psych.* 1979; 136: 1152–1156.
50. Taylor S.E., Lichtman R.R., Wood J.V. Attributions, beliefs in control, and adjustment to breast cancer. *J. Pers. Soc. Psych.* 1984; 46: 489–502.
51. Pangament K.I., Royster B.J., Wood M.A. A qualitative approach to the study of religion and coping; four tentative conclusions. Paper presented at the annual meeting of the American Psychological Association. Boston, MA 1990. Za: Stuhlmiller C., Dunning C. Challenging the mainstream: from pathogenic to salutogenic models of posttrauma intervention. W: Violanti J.M., Paton D., Dunning C. (red.). *Posttraumatic stress intervention; challenges, issues, and perspectives*. Charles C. Thomas. Publisher Ltd., Illinois, Springfield 2000; 10–42.