

STANISŁAWA STEUDEN^a
KONRAD JANOWSKI^b

^aKatolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II
Instytut Psychologii
Katedra Psychologii Klinicznej

^bWyższa Szkoła Finansów i Zarządzania w Warszawie
Wydział Psychologii

TRAUMA – KONTROWERSJE WOKÓŁ POJĘCIA, DIAGNOZA, NASTĘPSTWA, IMPLIKACJE PRAKTYCZNE

Rozumienie pojęcia traumy pozostaje ważnym zagadnieniem zarówno pod względem teoretycznym, jak i praktycznym (diagnoza i terapia). W artykule przedstawia się kontrowersje wokół definiowania, diagnozowania traumy oraz ich konsekwencje. Przedmiotem rozważań uczyniono współczesne kryteria definiowania traumy (ujęcie szerokie i wąskie), w tym obowiązujące w aktualnych klasyfikacjach zaburzeń psychicznych ICD-10 i DSM-5. Omówiono zespoły zaburzeń po stresie traumatycznym, wpływ doświadczeń traumatycznych na stan zdrowia psychicznego i funkcjonowanie psychospołeczne, przedstawiono także propozycję zasad wsparcia wobec osób, które doświadczyły traumy.

Słowa kluczowe: trauma; diagnoza traumy; zaburzenia potraumatyczne; implikacje dla praktyki.

Wprowadzenie

Wśród licznych zdarzeń i sytuacji stresowych szczególne znaczenie mają zdarzenia traumatyczne zagrażające utratą zdrowia lub życia, podczas których osoba przeżywa intensywny strach, poczucie bezradności (Lis-Turlejska, 1998, 2005). Wyróżnienie przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (DSM-III, 1980), kontynuowane w kolejnych edycjach (DSM-IV i DSM-5), a następnie Światową Organizację Zdrowia (ICD-10, 1997), jednostki chorobowej o nazwie zaburzenie po stresie traumatycznym (PTSD) zapoczątkowało wzrost zaintereso-

Adres do korespondencji: STANISŁAWA STEUDEN – Instytut Psychologii, Katedra Psychologii Klinicznej, Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II, Al. Raławickie 14, 20-950 Lublin; e-mail: steuden@kul.pl

sowania charakterystyką, rozpowszechnieniem i skutkami traumatycznych zdarzeń. Kluczowe w tych rozważaniach jest pojęcie traumy, której definicja zmieniała się na przestrzeni lat.

Początkowo trauma definiowana była jako rodzaj stresora, który znajduje się poza zakresem normalnych ludzkich przeżyć, i odróżniana od innych, słabszych stresorów, takich jak codzienne utrapienia lub krytyczne zdarzenia życiowe. Badania empiryczne pokazały, że istnieją znaczne różnice indywidualne w doświadczaniu zdarzeń traumatycznych (Lis-Turlejska, 2005; Popiel i Pragłowska, 2009; Zawadzki i Strelau, 2008). Liczne badania dowodzą także, że silnie stresujące zdarzenia, mające potencjał traumy, są zjawiskiem częstym w populacji ogólnej (Lis-Turlejska, 2005; Norris i Slone, 2007).

Nie ma konsensusu odnośnie do częstości występowania zdarzeń traumatycznych – pierwsze badania przeprowadzane w Stanach Zjednoczonych wskazywały na rzadkie (około 1%) występowanie zdarzeń traumatycznych i zaburzeń pourazowych (Helzer, Robins i McEvoy, 1987; Breslau, Davis, Andreski i Peterson, 1991). Od tego czasu obserwuje się stały wzrost wskaźników występowania traumatycznych zdarzeń, co może wynikać z rzeczywistego wzrostu narażenia na takie zdarzenia (zmiany cywilizacyjne, technologiczne, społeczne) oraz postępu w metodologii badań nad nimi i ich skutkami. Szacuje się, że narażenie w ciągu życia na zdarzenie traumatyczne w krajach zachodnich waha się od 25% do 92% dla mężczyzn oraz od 18% do 87% dla kobiet (Breslau i in., 1998), zaś w Stanach Zjednoczonych wskaźniki te wynoszą 60,3% dla mężczyzn i 51,3% dla kobiet (Kessler, Sonnega, Bromet, Hughens i Nelson, 1995). W Polsce badania w tym względzie są nieliczne; prowadziła je np. Lis-Turlejska (2005) na próbie studentów. Z badań tych wynika, że 75,6% badanych deklaruje przeżycie przynajmniej jednego zdarzenia traumatycznego (według kryteriów DSM-IV), przy czym średnia liczba takich zdarzeń była istotnie wyższa wśród mężczyzn aniżeli wśród kobiet.

Potrzeba pogłębionej refleksji nad zagadnieniem traumy wynika z kilku przyczyn: większego zapotrzebowania na profesjonalne wsparcie wobec narastających czynników ryzyka jej wystąpienia; trudności diagnostycznych dotyczących jej rozpoznawania i związanych z nią skutków; różnicowania objawów klinicznych traumy od reakcji na doświadczenia o charakterze normatywnym. Istotna w tym jest także potrzeba uwzględniania regulacji prawnych odnoszących się do ofiar traum, a niekiedy ich sprawców (np. przemoc, wypadek komunikacyjny). Rozumienie rozmiaru traumy i ocena jej nasilenia jest ważna w diagnozie jej skutków oraz w programowaniu wsparcia.

Specyfika traumy oraz trudności w jej definiowaniu i rozpoznawaniu

Kontrowersje definicyjne dotyczą przede wszystkim pytania, jakie wydarzenia są, a jakie nie są traumatyczne. Generalnie istnieją dwa sposoby ujęcia traumy – szerokie i wąskie, uwzględniające jej istotę, częstość występowania i następstwa.

W szerokim ujęciu traumą można określać wszelkie urazy psychiczne występujące na różnych etapach życia człowieka (kryzysy, konflikty, zagrażające życiu przewlekłe choroby somatyczne i psychiczne), które łączą się z ryzykiem wystąpienia emocjonalnych, poznawczych i społecznych zaburzeń. Takie rozumienie traumy zbliżone jest do pojęcia sytuacji stresowej. W rozumieniu wąskim trauma jest traktowana jako rodzaj ciężkiego stresora, który powoduje narażenie na utratę życia lub poważne zranienie ciała, ma najczęściej charakter nagły, niekontrolowany, może dotyczyć wielu osób równocześnie. Odnosi się to także do sytuacji, w której osoba jest świadkiem takiego wydarzenia (Folkman, 2011; Skinner i Zimmer-Gembeck, 2011; Solomon i Heide, 1999; Terr, 1991).

Szczególne kontrowersje dotyczą rozpoznawania traum występujących w okresie dzieciństwa. Terr (1991) wskazuje na dwa podstawowe typy traumy doświadczanej w tym okresie życia: typ I i typ II. Pierwszy jest rezultatem zdarzenia pojedynczego i krótkotrwałego (np. porwanie, bycie świadkiem morderstwa), drugi dotyczy sytuacji długotrwałych, powtarzających się, narażenia na działanie traumatycznych czynników zewnętrznych.

Obserwacje dotyczące negatywnych następstw długotrwanie oddziałujących zdarzeń traumatycznych znajdują potwierdzenie w wielu badaniach. Wykazano w nich, że wraz ze wzrostem liczby przeżytych zdarzeń traumatycznych rośnie procent osób, u których występuje zespół stresu pourazowego (PTSD) lub depresja. Najwyższe prawdopodobieństwo wystąpienia PTSD u kobiet wiąże się z doświadczeniami skrajnie urazowymi o charakterze przemocy seksualnej, u mężczyzn zaś z zagrażającymi życiu chorobami lub wypadkami czy byciem świadkiem tragicznej śmierci bądź napadu (Lis-Turlejska, 2005).

W DSM-5 (APA, 2013) pojęcie traumy pojawia się głównie w kontekście opisu PTSD oraz zespołu ostrego stresu (ASD). Nastąpiło tu wyraźne doprecyzowanie pojęcia traumy oraz przesunięcie kategorii diagnostycznych PTSD i ASD z grupy zaburzeń lękowych do grupy zaburzeń związanych z urazem lub stresem. Wskazuje to na podkreślenie roli zdarzenia traumatycznego jako czynnika etiologicznego tych zaburzeń i zaburzeń pokrewnych, w kontraście do innych zaburzeń lękowych, dla wystąpienia których obecność takiego zdarzenia

nie jest konieczna. W DSM-5 trauma jest rozumiana jako szczególny rodzaj zdarzenia (stresora), przy czym w sposób enumeratywny do takich zdarzeń zaliczono: (1) narażenie na śmierć, (2) narażenie na zagrożenie śmiercią, (3) narażenie na poważne obrażenia lub zagrożenie takimi obrażeniami oraz (4) narażenie na przemoc seksualną lub groźbę przemocy seksualnej. Ponadto klasyfikacja ta określa warunki dotyczące okoliczności takich zdarzeń, z których przynajmniej jeden musi być spełniony, aby móc stwierdzić, że wydarzenie miało charakter traumatyczny. Do okoliczności tych zalicza się:

(1) Bezpośrednie doświadczenie wydarzenia urazowego.

(2) Bycie bezpośrednim świadkiem wydarzenia urazowego.

(3) Doświadczenie pośrednie, poprzez uzyskanie wiadomości, że bliski członek rodziny lub przyjaciel był narażony na uraz. Jeżeli wydarzenie urazowe obejmowało śmierć lub groźbę śmierci, to musiało mieć charakter gwałtowny lub charakter wypadku.

(4) Wielokrotne lub ekstremalne narażenie na awersyjne szczegóły zdarzeń urazowych, zwykle w toku wykonywania czynności zawodowych (np. służby emergencyjne). Wyklucza się tutaj narażenie pośrednie w kontekście pozazawodowym (media elektroniczne, telewizja, filmy lub zdjęcia).

Warto zauważyć, że z DSM-5 usunięto kryterium subiektywnej reakcji emocjonalnej (strach, bezradność, przerażenie) na wydarzenie urazowe, które było obecne w poprzednim wydaniu podręcznika. Autorzy DSM podkreślali, że stwierdzenie obecności tego kryterium nastroczało praktyczne trudności, ponieważ nie miało charakteru obiektywnego i mogło się opierać wyłącznie na subiektywnym doświadczeniu osoby narażonej na wydarzenia urazowe i indywidualnej zdolności do interpretacji doświadczanych emocji. Kryterium to było również problematyczne w stosunku do ofiar wydarzeń urazowych (np. ofiar wypadków samochodowych), które w przebiegu wydarzenia traciły przytomność (np. w efekcie urazu czaszkowo-mózgowego). Osoby takie nie mogły później zrelacjonować swoich subiektywnych reakcji na wydarzenie, ponieważ okoliczności przebiegu wydarzenia pozostawały pokryte niepamięcią. Usunięcie tego kryterium z listy kryteriów koniecznych do stwierdzenia wystąpienia traumy daje możliwość większego obiektywizmu przy ustalaniu rozpoznania PTSD i ASD. Dodatkowo niektóre badania empiryczne dały rezultaty kwestionujące zasadność włączania tego kryterium do diagnozy PTSD. Przykładem są badania ponad 900 weteranów wojennych, w których kryterium subiektywnej reakcji emocjonalnej na wydarzenie urazowe okazało się nieistotnym statystycznie predyktorem wystąpienia PTSD, chociaż związane było z nasileniem objawów PTSD u tych, u których zaburzenie to wystąpiło (Osei-Bonsu i in., 2012). W badaniach nad

zespołem PTSD związanym z doświadczeniem przemocy seksualnej wykazano, że obecność kryterium subiektywnej reakcji emocjonalnej na wydarzenie urazowe nie miała wartości predykcyjnej dla funkcjonowania psychologicznego, zawodowego i somatycznego (Palmieri, 2002). W innych badaniach, prowadzonych w trzech różnych próbach, również wykazano brak związku pomiędzy subiektywnym kryterium traumy a jej konsekwencjami w postaci objawów PTSD (Bedard-Gilligan i Zoellner, 2008). W kolejnych badaniach zakwestionowano trafność kryterium subiektywnej reakcji emocjonalnej na wydarzenie, wykazano bowiem, że inne reakcje emocjonalne na wydarzenie miały podobną wartość predykcyjną w stosunku do nasilenia objawów PTSD, jak emocje o treści wymienianej w kryteriach DSM-IV (strach, bezradność, przerażenie) (Hathaway, Boals i Banks, 2010). Zmiany widoczne w DSM-5 pokazują trend w kierunku większej obiektywizacji definicji traumy.

W literaturze przedmiotu używa się niekiedy pojęcia „zdarzenie potencjalnie traumatyczne” (stresor potencjalnie traumatyczny), co podkreśla rozróżnienie obiektywnego wydarzenia od sposobu indywidualnego reagowania na nie. W tym ujęciu zdarzenie ma charakter traumatyczny wówczas, gdy wywołuje ono u osoby objawy potraumatyczne (Lis-Turlejska, 2000). Takie rozumienie traumy wydaje się jednak kontrowersyjne. Uzależnia bowiem uznanie zdarzenia za traumatyczne od późniejszego wystąpienia psychopatologicznych następstw, natomiast w sytuacji ich braku zdarzenie to pozostaje tylko potencjalnie traumatyczne. Może to implikować kontrowersyjne założenie, że nie ma zdarzeń traumatycznych w znaczeniu obiektywnym. Tymczasem wydaje się, że zdarzenie może mieć charakter traumatyczny nawet wówczas, gdy reakcja danej osoby na to zdarzenie mieści się w granicach normy i osoba skutecznie poradziła sobie ze stresem wynikającym z tego wydarzenia. Autorzy niniejszego opracowania stoją na stanowisku, iż trauma ma strukturę dualną, obejmującą wystąpienie urazowego zdarzenia oraz silnej subiektywnej reakcji emocjonalnej na nie, przy czym reakcja ta może, lecz nie musi rozwinąć się w stan psychopatologiczny.

Dotychczasowe rozważania pozwalają stwierdzić, że w praktyce diagnoza traumy nie jest prosta, a istniejące w tym względzie trudności mogą dotyczyć następujących kwestii:

– Subiektywny vs obiektywny charakter traumy – istnieją znaczne różnice indywidualne w spostrzeganiu urazowości określonych wydarzeń, stąd też subiektywne odczucie traumatyczności takiego samego zdarzenia może być różne u różnych osób.

– Pomimo prób usystematyzowania wydarzeń traumatycznych i odróżnienia ich od innych nietraumatycznych stresorów, granice pojęcia traumy mogą być różne w różnych środowiskach społecznych i kulturowych.

– Trudność w diagnozowaniu traumy może się pojawiać przy ocenie wydarzeń, które zaistniały niekiedy w odległej przeszłości, np. w okresie dzieciństwa. Ich retrospektywna ocena narażona jest na zniekształcenia związane z procesami pamięciowymi i zmianą ich wartościowania z perspektywy upływu czasu.

– Nakładanie się traumy na istniejące uprzednio zaburzenia może znacząco utrudnić rozeznanie właściwego znaczenia wydarzeń mających potencjał traumatyczności.

– W niektórych przypadkach diagnostycznych, terapeutycznych lub okolicznościach prawnych istnieje ryzyko „zasugerowania” traumy osobie, która wcześniej określonych wydarzeń nie oceniała jako traumatyczne. W następstwie tego osoba może oceniać swoje przeszłe doświadczenia jako traumatyczne, krzywdzące i uzasadniające podjęcie roszczeń prawnych.

– Ważny w tym względzie jest indywidualny system wartości, stanowiący o nadawaniu określonego znaczenia różnym wydarzeniom, w tym także zdarzeniom traumatycznym (pomniejszanie lub powiększanie subiektywnie spostrzeganej ich traumatyczności).

Dodatkowo można wskazać na szereg czynników (kulturowe, model funkcjonowania rodziny, indywidualna i społeczna percepcja sytuacji trudnych, stan zdrowia, kontekst sytuacyjny i społeczny), które są istotne dla rozumienia i diagnozowania. Nie bez znaczenia pozostają aspekty prawne, np. penalizacja czynów czy uruchamianie motywacji roszczeniowej.

W procesie diagnozy traumy może dochodzić do jej niedoszacowania lub przeszacowania. Przyczyny tego stanu są wielorakie, odnoszą się zarówno do sposobu diagnozowania traumy, analizy i oceny zależności między zasobami poszczególnych osób a wydarzeniem urazowym, indywidualnego sposobu percepcji i oceny sytuacji oraz dostępności wsparcia. Tymczasem następstwa niedoszacowania bądź przeszacowania traumy w sposób istotny wpływają na funkcjonowanie osoby, jakość jej życia, stan zdrowia i funkcjonowanie społeczne.

Niedoszacowanie traumy może być czynnikiem ryzyka dla wielu form zaburzeń w funkcjonowaniu osoby jej doświadczającej: poczucia osamotnienia i izolacji społecznej, poczucia krzywdy, zachowań autodestrukcyjnych, poczucia winy, utrwalania się zgeneralizowanych negatywnych schematów poznawczych i przekonań, nawiązywania więzi poza-bezpiecznych, rozwoju i utrzymywania się zaburzeń zdrowia psychicznego i somatycznego, a także zespołu PTSD.

Z kolei przeszacowanie traury może wiązać się z ryzykiem identyfikacji z rolą ofiary, stygmatyzacji (np. DDA, DDDR), populacyjnej (np. narodowościowej, wspólnotowej, zawodowej) czy transgeneracyjnej (pokoleniowej – „syndrom drugiego pokolenia”) generalizacji traury (związanej z terrorem i prześladowaniem), zmian tożsamościowych, obniżenia poczucia własnej godności i wartości, manipulacji „statusem bycia ofiarą” i czerpania wtórnych korzyści czy też włączania mechanizmu nadkompensacji (np. pogarda dla osób gorzej funkcjonujących).

Zaburzenia w następstwie przeżycia traumatycznego zdarzenia

Doświadczenie traumatycznego zdarzenia współwystępuje z podwyższonym ryzykiem zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania. W kontekście diagnozy ważną kwestią jest rozważenie, czy reakcja na wydarzenie traumatyczne ma charakter normatywny (normalna reakcja na nienormalną sytuację), czy też w znaczącym stopniu odbiega od normy. U większości osób w pierwszym okresie po traumatycznym zdarzeniu dominują takie objawy, jak lęk, niepokój, nadmierne pobudzenie i unikanie kontaktów, które można rozważać w kategoriach reakcji normatywnych (adekwatnych do zaistniałej sytuacji).

Alarcon, Deering, Glover, Ready i Eddelman (1997) wskazują na możliwość wyodrębnienia sześciu typów zaburzeń będących klinicznym następstwem doświadczeń traumatycznych: afektywnych (depresji), dysocjacyjnych, somatomorficznych, psychotycznych, poznawczych oraz zbliżony do neurotycznego, przy czym u wielu osób stwierdza się obecność objawów należących do różnych typów zaburzeń.

W podręczniku ICD-10 (1997) Światowa Organizacja Zdrowia wymienia następujące zespoły zaburzeń psychicznych związanych przyczynowo z narażeniem na zdarzenia traumatyczne:

(1) Ostra reakcja na stres – definiowana jest jako przemijające zaburzenie o znacznym nasileniu, które rozwija się jako reakcja na wyjątkowy stres fizyczny lub psychiczny u osoby, która nie przejawiała wcześniej żadnego zaburzenia psychicznego. Następuje w ciągu kilku minut od wydarzenia traumatycznego, słabnie i ustępuje w ciągu kilku godzin (24-48 godzin).

(2) Zaburzenie stresowe pourazowe – pojawia się jako opóźniona i/lub przedłużona reakcja na wyjątkowo stresujące wydarzenie lub sytuację (oddziałującą krótko- lub długotrwale) o cechach wyjątkowo zagrażających lub katastroficznych, które mogłyby spowodować odczuwanie cierpienia u niemal każdego (np.

gwałt, brutalna śmierć, działania wojenne, poważne katastrofy). W zaburzeniu tym występują objawy związane z ponownym przeżywaniem wydarzenia urazowego – uporczywe przypominanie sobie lub „odżywianie” stresora w postaci zakłócających „przebłysków”, żywych wspomnień lub powracających snów albo w postaci gorszego samopoczucia w sytuacji zetknięcia się z okolicznościami przypominającymi stresor – osoba unika okoliczności przypominających stresor. Charakterystycznymi objawami są także: częściowa lub całkowita niezdolność do odtworzenia pewnych ważnych okoliczności zetknięcia się ze stresorem oraz uporczywie utrzymujące się objawy zwiększonej psychologicznej wrażliwości i stanu wzbudzenia (trudności z zasypianiem i podtrzymaniem snu; drażliwość lub wybuchy gniewu; trudność koncentracji; nadmierna czujność; wzmożona reakcja przestachu). Objawy muszą wystąpić w ciągu 6 miesięcy od stresującego wydarzenia albo od zakończenia okresu oddziaływania stresora.

(3) Zaburzenia adaptacyjne – są to stany zaburzeń emocjonalnych, które powstają w okresie adaptacji do dużych zmian życiowych lub do stresującego wydarzenia życiowego i zazwyczaj utrudniają społeczne przystosowanie i efektywne działanie. W odniesieniu do tej kategorii diagnostycznej stresor nie musi mieć charakteru ekstremalnego (trauma w rozumieniu szerokim).

(4) Trwałe zmiany osobowości po katastrofach (po przeżyciu sytuacji ekstremalnej) – rozpoznanie takie można postawić jedynie wtedy, gdy dochodzi do wyraźnej i trwałej zmiany w dotychczasowym sposobie postrzegania, odnoszenia się do innych czy myślenia o sobie i otoczeniu. Zmiany osobowości powinny być znaczne i związane z niedostosowanymi i sztywnymi zachowaniami, które nie występowały przed patogennym przeżyciem.

Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne w najnowszym wydaniu klasyfikacji DSM-5 wydzieliła odrębną grupę zaburzeń określanych jako zaburzenia związane z traumą lub stresorem, do których należą:

(1) Ostre zaburzenie stresowe (ASD) – warunkiem koniecznym do rozpoznania tego zaburzenia jest doświadczenie przez osobę ciężkiego wydarzenia traumatycznego oraz utrzymywanie się objawów w okresie od trzech dni do miesiąca po wystąpieniu traumy. Klasyfikacja wymienia 14 objawów tego zaburzenia, pogrupowanych w następujące kategorie: objawy intruzyjne (np. nawracające wspomnienia, sny); negatywny nastrój; objawy dysocjacyjne (derealizacja, amnezja dysocjacyjna); objawy unikania (np. wspomnień, myśli, miejsc wiążących się z traumą) oraz objawy pobudzenia (np. zaburzenia snu, drażliwość, nadmierna czujność). Do ustalenia rozpoznania należy stwierdzić obecność przynajmniej dziewięciu spośród nich. Ważną zmianą w porównaniu z kryteriami tego zaburzenia w DSM-IV jest możliwość stwierdzenia tego rozpoznania

przy braku objawów dysocjacyjnych, które wcześniej były traktowane jako konieczne. ASD w klasyfikacji DSM nie jest odpowiednikiem ostrej reakcji na stres w ICD-10. Ostra reakcja na stres według ICD-10 jest zaburzeniem przemijającym, utrzymującym się przez kilka – kilkadziesiąt godzin po urazie, natomiast według DSM ostre zaburzenie stresowe ASD może się utrzymywać do 30 dni po urazie, jeżeli zaś objawy utrzymują się dłużej, należy rozważyć rozpoznanie PTSD.

(2) Zespół PTSD – podobnie jak przy diagnozie ASD, dla jego stwierdzenia konieczne jest doświadczenie przez osobę wydarzenia traumatycznego, a objawy muszą się utrzymywać przez co najmniej miesiąc. Objawy podzielone są na cztery kategorie: intruzyjne; unikania bodźców związanych z traumatycznym wydarzeniem; negatywne zmiany w treściach poznawczych i nastroju związane z wydarzeniem traumatycznym oraz znaczne zmiany w zakresie pobudzenia i reaktywności. Do spełnienia kryteriów diagnostycznych wymagane jest stwierdzenie występowania objawów w każdej z tych kategorii. Ważną zmianą, obecną w DSM-5 w stosunku do kryteriów tego zaburzenia w poprzednim wydaniu DSM, jest dodanie nieobecnej wcześniej kategorii objawów określanych jako negatywne zmiany w treściach poznawczych i nastroju.

(3) Zaburzenia przystosowania – są rozumiane podobnie jak zaburzenia adaptacyjne w ICD-10 i ujmowane jako heterogenna grupa syndromów reakcji na stres, występujących po narażeniu na stresujące wydarzenie. Klasyfikacja dopuszcza, iż stresor może mieć charakter traumatyczny (trauma w wąskim rozumieniu) lub nie-traumatyczny.

Klasyfikacja DSM-5 wyróżnia ponadto dwa specyficzne zaburzenia występujące w okresie dzieciństwa, związane z doświadczaniem specyficznego typu wydarzeń traumatycznych w tym okresie rozwojowym:

(4) Reaktywne zaburzenie przywiązania – charakteryzuje się uporczywymi odchyleniami od normy we wzorcach wytwarzania więzi (przywiązania) u dziecka, które są związane z zaburzeniami emocjonalnymi (brak społecznej i emocjonalnej reaktywności na innych, ograniczenie pozytywnego afektu, epizody nieuzasadnionej drażliwości, smutku, lęku).

(5) Odhamowane angażowanie się w relacje społeczne – charakteryzuje się zmniejszeniem lub brakiem odpowiedniego zahamowania w nawiązywaniu relacji z nieznanymi dorosłymi.

Oprócz omówionych powyżej, najbardziej typowych zaburzeń związanych ze stresem traumatycznym można wskazać na złożony zespół stresu pourazowego, który wiąże się z przedłużoną lub powtarzającą się traumą, sięgającą okresu dzieciństwa. Do podstawowych cech tego zespołu należą: poczucie winy, styg-

matyzacja, zaburzenia tożsamości osobistej (ciągłości *Ja* – trudność w integrowaniu przeszłości i teraźniejszości) oraz zaburzenia tożsamości społecznej (Herman, 1998; Solomon i Heide, 1999).

Szczególnym typem zespołu obserwowanego u niektórych osób po przeżyciu traumatycznych zdarzeń jest tzw. syndrom ocalałego. Pojęcie to zostało wprowadzone przez Niederlanda (1968) na określenie zespołu objawów, które są obecne u osób ocalałych ze zdarzeń wysoce traumatycznych (np. holocaustu, katastrof, wypadków komunikacyjnych). Do podstawowych objawów zalicza się: poczucie winy, chroniczną depresję, bezsenność, poczucie zmiany tożsamości, objawy lękowe, tendencję do wycofywania się, samotnego rozmyślenia, niekontrolowane wybuchy gniewu, stany depresyjne, stany zubożenia uczuciowego. Radość życia u tych osób przeplata się z doświadczaniem emocji negatywnych, spośród których szczególnie nasilone jest poczucie winy (Lis-Turlejska, Szumił i Okuniewska, 2012; Prot, 2009; Popiel, 2014).

Znaczenie poczucia winy w syndromie zaburzeń po stresie traumatycznym znalazło wyraz w jego określaniu w DSM-5 (2013), w którym wskazano na związane z wydarzeniem traumatycznym, utrwalone negatywne przekonania odnoszące się do siebie i innych ludzi, zniekształcone przekonania na temat przyczyn lub konsekwencji traumatycznego wydarzenia, prowadzące do obwiniania siebie lub innych, a także poczucie wstydu i przerażenia (DSM-5, APA, 2013; Popiel, 2014).

Oprócz zaburzeń, które w sposób przyczynowy wiążą się z doświadczeniem wydarzeń traumatycznych, pozostaje jeszcze szeroka grupa zaburzeń, w których można wskazać na związek pomiędzy ich objawami a narażeniem na zdarzenia traumatyczne. W przypadku tych zaburzeń, do ich stwierdzenia nie jest wymagane wykazanie związku z traumą, lecz niekiedy mogą one stanowić psychologiczne konsekwencje przeżytej traumy. Do takich zaburzeń zaliczyć można: zaburzenia lękowe; zaburzenia nastroju; zaburzenia depresyjne i lękowe mieszane; zaburzenia dysocjacyjne czy zaburzenia osobowości, w następstwie traum przeżytych w okresie dzieciństwa. Wiele danych pokazuje na związek wykorzystywania seksualnego w dzieciństwie z zaburzeniami osobowości typu *borderline* (Briere i Elliott, 2003; Klatkiewicz, 2011).

Należy podkreślić, że mechanizmy powstawania wymienionych powyżej zaburzeń i ich związki z wydarzeniem traumatycznym mogą być wyjaśniane w ramach różnych koncepcji (paradygmatów).

Konsekwencje traumy dla psychospołecznego funkcjonowania osoby

Doświadczenie traumy wiąże się z negatywnymi emocjami, a czasami wyzwała zespoły kliniczne opisane powyżej. Jednak wystąpienie spektrum negatywnych doświadczeń lub nawet zaburzeń nie przesądza o dalszych konsekwencjach traumy dla psychospołecznego funkcjonowania. Konsekwencje te w późniejszym okresie obejmować mogą albo pogłębienie i utrwalanie się zaburzeń, albo pozytywne rozwiązanie (samoistne lub w efekcie uzyskanego wsparcia). Przez wiele lat następstwa zdarzeń traumatycznych były rozpatrywane głównie w modelu psychopatologicznym, skupiającym się na zaburzeniach i ich negatywnych konsekwencjach osobistych i społecznych. Doświadczenie traumy związane z silnymi negatywnymi emocjami, a także z trudnościami w poradzeniu sobie z objawami unikania, ponownego przeżywania czy pobudzenia. Zwracano także uwagę na takie następstwa, jak obniżona samoocena, brak szacunku do siebie, wycofanie z kontaktów społecznych, wyuczona bezradność, poczucie winy (Herman, 1998; Lis-Turlejska, 2005; Popiel, 2014). W tym paradygmacie skupiano się na traumatycznym charakterze więzi międzyludzkich i braku wsparcia, które mogą zwiększać poczucie beznadziejności, ryzyko wystąpienia zachowań autodestrukcyjnych, szczególnie w sytuacji traumy o charakterze przewlekłym. Koncentracja na negatywnych społecznych i osobistych skutkach traumy przyczyniła się do tego, że osobom, które radziły sobie z nią skutecznie, przypisywano niezwykłą siłę, odporność psychiczną, wolę przetrwania, nadzieję na zwycięstwo, poczucie sensu życia (Frankl, 1976).

W badaniach prowadzonych pod koniec lat 90. zaczęto podkreślać, że zdarzenia traumatyczne nie powodują jedynie negatywnych następstw, ale mogą być źródłem adekwatniejszego niż uprzednio funkcjonowania osobistego, społecznego i zawodowego (Peterson, Park i Seligman, 2006). Znaczące pozytywne zmiany w następstwie doświadczonej traumy określa się mianem potraumatycznego wzrostu (PTG), pozytywnych psychologicznych zmian, wzrostu uwarunkowanego stresem (Tedeschi, Park i Calhoun, 1998). Zmiany te najczęściej mają charakter odległy od zadziałania zdarzenia traumatycznego, występują we wszystkich grupach wiekowych i dotyczą od 40% do 70% osób (Tedeschi i Calhoun, 2004). Dokonujące się pozytywne zmiany obserwuje się w trzech obszarach funkcjonowania osoby:

– percepcji siebie – większa odporność na sytuacje trudne, większe zaufanie do siebie i swoich możliwości, potrzeba zmiany dotychczasowego sposobu życia

w kierunku pozytywnym, większa świadomość własnych ograniczeń i słabości, która zabezpiecza przed utratą energii na działania nieskuteczne;

– relacji interpersonalnych – otwartość na innych ludzi, pogłębienie więzi z innymi, bardziej racjonalne zachowanie, łatwość dzielenia się z innymi swoimi przeżyciami, wzrost empatii, rozumienie cierpienia innych, większa swoboda w okazywaniu emocji;

– oraz filozofii życia – wzrost świadomości egzystencjalnej, zmiana priorytetów życiowych, wzrost znaczenia spraw duchowych, odnajdywanie nowych możliwości realizowania swojego życia (Tedeschi i in., 1998; Tedeschi i Calhoun, 1995, 2004).

W sytuacji pozytywnych zmian w osobowości trauma pełni rolę katalizatora w kreowaniu nowej tożsamości, osoba może rozpocząć nowe życie, eksponując jego sens, wartość i celowość. PTG jest zarówno wynikiem, jak i procesem wewnętrznej walki ze skutkami traumy, w którym osoba powraca do wydarzenia traumatycznego, podejmuje próbę jego zrozumienia i włączenia w swoje życie (wkomponowania w swoje Ja). W procesie tym obecne są wzrost i dystress, ponieważ trauma zawsze pociąga za sobą jakiś rodzaj straty, ale obecny jest także wysiłek osoby zmierzający do tego, aby sobie z nią poradzić (Calhoun i Tedeschi, 2004). Istotą traumy jest bowiem to, iż stawia osobę przed faktem realności śmierci i możliwości utraty życia, zaś w następstwie jej reinterpretacji i przepracowania negatywnych aspektów możliwe staje się odkrycie sensu życia w zmienionej przez traumę sytuacji. Zjawisko potraumatycznego wzrostu zostało szeroko omówione w polskiej literaturze przedmiotu w odniesieniu do różnych populacji klinicznych i nieklinicznych, z uwzględnieniem różnych czynników modyfikujących (Ogińska-Bulik, 2010, 2013, 2015; Zdankiewicz-Ściagała, 2009).

Implikacje i wyzwania dla praktyki klinicznej

Rozumienie traumy jest szczególnie istotne dla psychologów zajmujących się diagnostyką kliniczną, a także terapeutów pracujących z osobami, które doświadczyły wydarzenia urazowego. Zarówno niedoszacowanie traumy, jak i przeszacowanie jej znaczenia w procesie diagnostycznym może nieść ze sobą negatywne konsekwencje dla dalszego funkcjonowania osoby z takim doświadczeniem. Dlatego w pracy terapeutycznej z osobami, które doświadczyły traumy, istotne jest uwzględnienie wielości czynników warunkujących właściwe rozpoznawanie traum oraz konsekwencje takiego rozpoznania. Ważne jest przyjęcie określonej koncepcji teoretycznej dotyczącej zarówno rozumienia traumy, jak i jej następstw. Szczególne znaczenie ma tutaj odwołanie się do modelu patoge-

netycznego lub salutogenetycznego. Z drugiej strony ważne jest profesjonalne przygotowanie osób udzielających wsparcia psychologicznego w zakresie obiektywnej oceny znaczenia wydarzenia i jego możliwych konsekwencji. Niemniej ważna jest umiejętność dokonania trafnej predykcji kierunku następstw traumy w kontekście indywidualnych i społeczno-kulturowych wyznaczników traumy w życiu konkretnej osoby, a także jej plastyczności i zdolności radzenia sobie.

Pomimo podejmowanych przez badaczy prób doprecyzowania definicji traumy, zagadnienie to nadal wymaga dalszych rozstrzygnięć i rodzi wyzwania zarówno dla praktyki diagnozy, jak i terapii. Autorzy niniejszego opracowania proponują pewne ogólne wskazania, których uwzględnienie może pomóc we właściwym ukierunkowaniu pracy diagnostycznej i terapeutycznej z osobami, które doświadczyły traumy.

Koncentracja na traumie vs na radzeniu sobie z jej konsekwencjami.

W pracy z klientem obciążonym doświadczeniem urazowego wydarzenia duże znaczenie ma ogólne wrażenie odniesione przez pacjenta/klienta, związane z głównym punktem ciężkości, na którym koncentruje się praca terapeutyczna. Koncentracja na samym doświadczeniu traumy niewątpliwie może mieć do pewnego stopnia charakter terapeutyczny, pozwala bowiem na jej ponowne doświadczanie w bezpiecznych warunkach, ale nie uwalnia od negatywnych doświadczeń, a także nie przyczynia się do wyzwolenia potencjału osobowościowego. W naszej ocenie bardziej istotny z punktu widzenia dalszego rozwoju i funkcjonowania osoby jest proces poszukiwania sposobów radzenia sobie z konsekwencjami traumy. Proces ten pozwala zmienić dotychczasowy sposób oceny doświadczanej traumy jako niemożliwej do rozwiązania na taką, z którą można sobie radzić lub poradzić, a często na taką, której konsekwencje mogą być pozytywne. Wyraźnym tego potwierdzeniem są badania nad zjawiskiem wzrostu poporazowego, które nie jest bezpośrednim następstwem traumy, ale jest efektem zmagania się osoby z jej skutkami (Peterson i in., 2006; Tedeschi i Calhoun, 2004).

Przepracowanie statusu „bycia ofiarą” na status „bycia ocalałym”. Wydarzenia urazowe mają znaczący wpływ na poczucie tożsamości. Według Kozieleckiego (1986) tożsamość jest złożonym wielowymiarowym sądem osobistym, który zależy od różnych obszarów samowiedzy, integracji czasowej jej elementów (ja przeszłe, ja teraźniejsze i ja przyszłe), mającym wpływ na zachowanie osoby. Jest ona konstruktem osobowości integrującym różne aspekty doświadczania swojego Ja, charakteryzującym się ciągłością i spójnością, a do jej naruszenia może dojść w następstwie wydarzeń trudnych i traumatycznych. W następstwie traumy poczucie tożsamości może ulec reorganizacji, pewne jego

aspekty mogą stać się dominujące, co minimalizuje znaczenie innych. Przykładem takich zmian w poczuciu tożsamości jest zintensyfikowane poczucie „bycia ofiarą”, prowadzące do autowiktylizacji – doświadczania siebie jako ofiary i koncentracji na doznanej krzywdzie. Praca terapeutyczna z pacjentem/klientem po doświadczeniu wydarzenia urazowego powinna zmierzać w kierunku przepracowania statusu „bycia ofiarą” na status „bycia ocalałym”, który poszerza perspektywę widzenia różnych okoliczności i konsekwencji wydarzenia urazowego.

Praca nad integracją Ja przeszłego, Ja zranionego (Ja aktualnego) z Ja przyszłym w celu uzyskania statusu „bycia ocalałym”. Pozwala to na integrację wydarzenia urazowego i przeżyć z nim związanych z doświadczeniami dotychczasowymi, aktualnymi, a także mającymi odniesienie do przyszłości. Wydarzenie urazowe zazwyczaj stanowi dramatyczne przerwanie ciągłości poczucia tożsamości i w percepcji osoby jest granicą, która rozdziela „lepsze” życie – przed traumą – od „gorszego” życia – po traumie. Podstawowym celem procesu terapeutycznego w tej sytuacji jest przywrócenie ciągłości poczucia tożsamości osoby w jej linii życiowej, które wymaga wbudowania wydarzenia traumatycznego jako jednego z wielu różnych wydarzeń we własną historię życia. „Ja zranione” w procesie terapii powinno zostać wbudowane w poczucie tożsamości i stanowić bardziej element integrujący niż rozdzielający „Ja przeszłe” od „Ja przyszłego”.

Praca nad zachowaniem spójności tożsamości niezależnie od doświadczonej traumy. Wysiłki terapeutyczne powinny koncentrować się nie tylko na przywróceniu ciągłości poczucia tożsamości, lecz także na spójności poczucia tożsamości. Wydarzenia urazowe mogą bowiem powodować rozbicie poczucia tożsamości na elementy, które w doświadczeniu osoby tracą ze sobą łączność, powodując poczucie wewnętrznego rozdarcia, nieadekwatności własnego zachowania, izolacji, alienacji. W praktyce przejawia się to tym, że osoba dokonuje silnego wewnętrznego rozdziału pomiędzy wypełnianymi przez siebie różnymi rolami życiowymi (np. „jako matka nie mogę pokazywać mojemu dziecku, że cierpię”, „w pracy muszę się uśmiechać, a tak naprawdę chce mi się płakać”). Zachwiana spójność tożsamości może zostać przywrócona poprzez wypracowanie przyzwolenia na wzajemne przenikanie się różnych, rozdzielanych przez osobę aspektów tożsamości (np. „moje dziecko i tak kiedyś dostrzeże, że cierpię, więc lepiej, jeśli mu to wcześniej jakoś wytłumaczę”, „jeśli źle się czuję w pracy, mogę znaleźć sposób, jak to okazać”).

Poszukiwanie znaczenia traumy dla aktualnego życia. Zdarzenia traumatyczne spostrzegane są najczęściej przez osobę jako bezsensowne, przypadkowe, nieoczekiwane, niekontrolowalne i nieprzewidywalne. Taka atrybucja powoduje,

że doświadczenie urazowe wykracza poza zwykłe mechanizmy nadające sens wydarzeniom z racji swojej doniosłości i często daleko idących konsekwencji. Praca terapeutyczna powinna zatem zmierzać do poszukiwania znaczenia traumy dla aktualnego życia osoby, jednocześnie jednak bez upraszczającego negowania ważności takiego wydarzenia. Poszukiwanie to nie powinno koncentrować się bezpośrednio na poszukiwaniu „pozytywnych” aspektów traumy, lecz na odnajdywaniu znaczeń zarówno negatywnych, jak i pozytywnych, jakie trauma niesie dla dalszego życia osoby. Redukuje to skłonność osoby do myślenia w kategoriach „czarno-białych” i umożliwia bardziej zrównoważoną ocenę traumy.

LITERATURA CYTOWANA

- Alarcon, R. D., Deering, C. G., Glover, S. G., Ready, D. J. i Eddelman, H. C. (1997). Should there be a clinical typology of posttraumatic stress disorder? *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 31, 159-167.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3rd ed.). Washington, DC.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed.). Washington, DC.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Washington, DC.
- Bedard-Gilligan, M. i Zoellner, L. A. (2008). The utility of the A1 and A2 criteria in the diagnosis of PTSD. *Behaviour Research and Therapy*, 46(9), 1062-1069.
- Breslau, N., Davis, G. C., Andreski, P. i Peterson, E. (1991). Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Archives of General Psychiatry*, 48(3), 216-222.
- Breslau, N., Kessler, R. C., Chilcoat, H. D., Schultz, L. R., Davis, G. C. i Andreski, P. (1998). Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: The 1996 Detroit Area Survey of Trauma. *Archives of General Psychiatry*, 55(7), 626-632.
- Briere, J. i Elliott, D. M. (2003). Prevalence and symptomatic sequence of self-reported childhood physical and sexual abuse in general population sample of men and woman. *Child Abuse & Neglect*, 27(10), 1205-1222.
- Calhoun, L. G. i Tedeschi, R. G. (2004). The foundations of posttraumatic growth: New considerations. *Psychological Inquiry*, 15(1), 93-102.
- Folkman, S. (2011). Stress, health, and coping: An overview. W: S. Folkman (red.), *The Oxford handbook of stress, health, and coping* (s. 3-11). Oxford–New York: Oxford University Press.
- Frankl, V. E. (1976). *Homo patiens*. Warszawa: PAX.
- Hathaway, L. M., Boals, A. i Banks, J. B. (2010). PTSD symptoms and dominant emotional response to a traumatic event: An examination of DSM-IV Criterion A2. *Anxiety, Stress, and Coping*, 23(1), 119-126.
- Helzer, J. E., Robins, L. N. i McEvoy, L. (1987). Post-traumatic stress disorder in the general population. Findings of the epidemiologic catchment area survey. *The New England Journal of Medicine*, 317, 1630-1634.

- Herman, J. L. (1998). *Przemoc: uraz psychiczny i powrót do równowagi*. Gdańsk: Gańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M. i Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52(12), 1048-1060.
- Klatkiewicz, A. (2011). Traumatyczne zdarzenia w dzieciństwie a rozwój zaburzenia osobowości borderline. *Nowiny Lekarskie*, 80(6), 484-492.
- Kozielecki, J. (1986). *Psychologiczna teoria samowiedzy*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Lis-Turlejska, M. (1998). *Traumatyczny stres. Koncepcje i badania*. Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN.
- Lis-Turlejska, M. (2000). Psychologiczne konsekwencje traumatycznego stresu – współczesne kierunki badań. *Nowiny Psychologiczne*, 2, 25-38.
- Lis-Turlejska, M. (2005). *Traumatyczne zdarzenia i ich skutki psychiczne*. Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN.
- Lis-Turlejska, M., Szumił, Sz. i Okuniewska, H. (2012). Aktualny poziom objawów stresu po-traumatycznego w próbie osób, które w dzieciństwie przeżyły II wojnę światową. *Psychiatria Polska*, 46(2), 145-156.
- Niederland, W. G. (1968). Clinical observations on the „survivor syndrome”. *International Journal of Psychoanalysis*, 49(2-3), 313-315.
- Norris, F. H. i Slone, L. B. (2007). The epidemiology of trauma and PTSD. W: M. J. Friedman, T. M. Keane i P. A. Resick (red.), *Handbook of PTSD: Science and practice* (s. 78-98). New York: Guilford Press.
- Ogińska-Bulik, N. (2010). Potraumatyczny rozwój w chorobie nowotworowej – rola prężności. *Polskie Forum Psychologiczne*, 15(2), 125-139.
- Ogińska-Bulik, N. (2013). *Pozytywne skutki doświadczeń traumatycznych. Kiedy tzy zamieniają się w perły*. Warszawa: Wydawnictwo Difin.
- Ogińska-Bulik, N. (2015). *Dwa oblicza traumy. Negatywne i pozytywne skutki zdarzeń traumatycznych u pracowników służb ratowniczych*. Warszawa: Difin.
- Osei-Bonsu, P., Spiro, A., Schultz, M., Ryabchenko, K., Smith, E., Herz, L. i Eisen, S. (2012). Is DSM-IV criterion A2 associated with PTSD diagnosis and symptom severity? *Journal of Traumatic Stress*, 25(4), 368-375.
- Palmieri, P. A. (2002). Sexual harassment-related posttraumatic stress disorder: An investigation of symptom structure and criterion A. *Dissertation Abstracts International. Section B: The Sciences and Engineering*, 63(2-B), 1042.
- Peterson, C., Park, N. i Seligman, M. E. (2006). Greater strengths of character and recovery from illness. *Journal of Positive Psychology*, 1(1), 17-26.
- Popiel, A. (2014). Terapia poznawcza poczucia winy związanego z traumą u osób z PTSD. Cognitive therapy of trauma related guilt in patients with PTSD. *Psychiatria Polska*, 48(3), 615-625.
- Popiel A. i Pragłowska, E. (2009). Psychopatologia reakcji na traumatyczne wydarzenia. W: J. Strelau, B. Zawadzki i M. Kaczmarek (red.), *Konsekwencje psychiczne traumy: uwarunkowania i terapia* (s. 34-63). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Prot, K. (2009). Badania nad skutkami Holokaustu. *Psychoterapia*, 4, 65-76.
- Skinner, E. M. i Zimmer-Gembeck, M. J. (2011). Perceived control and the development of coping. W: S. Folkman (red.), *The Oxford handbook of stress, health, and coping* (s. 35-59). Oxford–New York: Oxford University Press.

- Solomon, E. P. i Heide, K. M. (1999). Type III trauma: Toward a more effective conceptualization of psychological trauma. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 43(2), 202-210.
- Tedeschi, R. G. i Calhoun, L. G. (1995). *Trauma and transformation: Growing in the aftermath of suffering*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Tedeschi, R. G. i Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15(1), 1-18.
- Tedeschi, R. G., Park, C. L. i Calhoun, L. G. (1998). Posttraumatic growth: Conceptual issues. W: R. G. Tedeschi, C. L. Park i L. G. Calhoun (red.), *Posttraumatic growth: Positive changes in the aftermath of crisis* (s. 1-22). Mahwah–New Jersey–London: LEA Publishers.
- Terr, L. (1991). Childhood traumas: An outline and overview. *American Journal of Psychiatry*, 148(1), 10-20.
- World Health Organization (1997). *Klasyfikacja Zaburzeń Psychiczych i Zaburzeń Zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*. Kraków–Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”.
- Zawadzki, B. i Strelau, J. (2008). Zaburzenia pourazowe jako następstwo kataklizmu. *Nauka*, 2, 47-55.
- Zdankiewicz-Ścigała, E. (2009). Nadzieja podstawowa jako moderator procesu adaptacji po traumie. W: J. Strelau, B. Zawadzki i M. Kaczmarek (red.), *Konsekwencje psychiczne traumy. Uwarunkowania i terapia* (s. 132-153). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.