

Agnieszka Jankowska  
Marek Lotkowski  
*Instytut Psychologii*  
*Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego*  
*W Warszawie*

## **PRZEŻYWANIE STRESU TRAUMATYCZNEGO W RODZINIE PRZYCZYNY, PRZEBIEG, NASTĘPSTWA ORAZ PROCES ZDROWIENIA**

Współcześnie w psychologii coraz częściej rodzinę ujmuje się w kategorii systemu. Relacje między członkami rodziny uwarunkowane są okolicznościami, w jakich żyją oraz warunkami panującymi w danym systemie. Dlatego też pojęcie rodziny można rozpatrywać jako sposób wzajemnych oddziaływań pomiędzy członkami systemu oraz tego, w jaki sposób każdy z nich wypełnia powierzone mu zadania.

Obecnie Polacy deklarują, że rodzina jest dla nich najważniejszą wartością i posiadanie jej jest uznawane za osobiste szczęście i sukces. Rodzinę postrzega się jako „grupę pierwotną, w której dominują intymność, nieformalność, uczucie, komunikacja werbalna i niewerbalna”. Do jej zadań należą przede wszystkim: wsparcie emocjonalne, okazywanie akceptacji oraz pomoc w realizowaniu zamierzeń. Więzy pomiędzy bliskimi sobie osobami pozwalają odczuwać pewien rodzaj przynależności i zapobiegają odczuwaniu samotności. Ostatnio psychologowie zastanawiają się, w jaki sposób stres wpływa na funkcjonowanie rodziny. Biorą pod uwagę różnego typu sytuacje stresowe, które mogą spotkać rodzinę. Zdarzenia traumatyczne są jednym z przykładów takiej sytuacji – i to przykładem szczególnym. Każda taka sytuacja wywiera pewien wpływ na funkcjonowanie całego systemu osłabiając go. W znacznie mniejszym stopniu zajmują się badacze problemem wpływu stresu traumatycznego na psychikę osób, a w szczególności na symptomy związane ze stresem pourazowym.

Wychodząc z założenia, że rodzina to pewien system, należy przyjąć, że konsekwencje traumy dotyczą całej rodziny. Radzenie sobie poszczególnych osób jest niejako podyktowane przynależnością do konkretnego systemu rodzinnego. Na sposób radzenia sobie członka rodziny z traumą ogromny wpływ ma wsparcie pozostałych osób z rodziny. Niebagatelną rolę odgrywają więzi emocjonalne łączące domowników. Im są one silniejsze, tym mniejsze poczucie osamotnienia i opuszczenia u osoby przeżywającej traumę. Jednak sytuacja stresowa może zmienić sposób postrzegania i odczuwane nasilenie więzi rodzinnych i wsparcia od rodziny przez osobę cierpiącą. Niezaprzeczalnym elementem łączącym członków rodziny, która przeżyła katastrofę jest fakt, że każdy z nich przeżył tą samą sytuację i choć różny mógł być stopień zagrożenia ich życia, mogą rozmawiać razem o tym zdarzeniu (Rozmysłowska, 2009, s. 276-286).

## 1. Stres

### 1.1. Definicja stresu

Stres to w języku potocznym „każdy nieobojętny biologicznie bodziec psychologiczny, psychospołeczny, fizyczny, chemiczny lub biologiczny, który narusza równowagę psychologiczną i wywołuje nastrój napięcia”. Nie jest to jednak dokładna terminologia, gdyż zanika w takim opisie różnica pomiędzy stresorem (przyczyną stresu) i samym stresem, będącym następstwem pewnego typu sytuacji. Takie ujęcie stresu zawiera w sobie nie tylko reakcje stresogenne, ale także choroby stresozależne i mechanizmy obronne (zwane antystresem). Stres ma negatywny wpływ na każdy aspekt zdrowia ludzkiego. Oddziałuje zarówno na zdrowie fizyczne, jak i psychiczne oraz społeczne człowieka. Może też zmieniać przebieg już istniejącej u człowieka choroby (Uszyński, 2009, s. 11).

Pomimo istnienia wielu sposobów definiowania tego pojęcia, wszyscy zgadzają się co do stwierdzenia, że miejscem powstawania stresu jest mózg. Jednomyślnie twierdzą oni, że stres to reakcja na czynniki stresorodne, inaczej zwane czynnikami stresogennymi lub stresorami. Niektórzy mówią o „stanie stresu”, chcąc w ten sposób wyeksponować charakterystyczną według nich cechę stresu – że stres jest także procesem, a nie tylko reakcją (tamże, s. 13).

Jan F. Terelak (2008), powołując się na piśmiennictwo, mówi o stresie jako czymś dynamicznym, podlegającym środowisku zewnętrznemu z jednej strony. Z drugiej zaś – stres zależy od organizmu i jego mechanizmów obronnych oraz reakcji stresogennych.

Według Uszyńskiego „stres u człowieka to kompleksowa reakcja na bodziec (bodźce) natury psychologicznej, fizjologicznej lub bodziec fizyczny, chemiczny albo jeszcze inny, zwany stresorem; najpierw następują zauważalne zaburzenia homeostazy ustroju, później wytwarza się potencjalnie niebezpieczny stan nowej równowagi, a w dalszej kolejności – jeżeli nie ustąpi działanie stresora – dochodzi do powikłań chorobowych (choroby stresozależne)” (tamże, s. 14).

Znane są także opinie stwierdzające, że stres może przynosić korzyści. Dzieje się tak w sytuacji przeżycia stresu umiarkowanie silnego, ale krótkotrwałego. Taki stres nie tylko nie wywołuje negatywnych skutków, ale wręcz przyczynia się do zwiększenia odporności u człowieka (tamże, s. 12).

W ostatnich zainteresowano się pozytywnymi skutkami stresu. Dzisiaj rozszerza się je także na obszar stresu traumatycznego. Do niedawna nie było żadnych dowodów, które potwierdzałyby tę tezę. Historia przytacza anegdotki lub mądrości ludowe, które mówiły o tej zależności, np. „cierpienie uszlachetnia”, „nie ma tego złego, co by na dobre nie wyszło”. Od lat 90. XX wieku rozpoczęto badania empiryczne, które miały potwierdzić przypuszczenia o pozytywnych skutkach stresu. Bardzo ważnym wydarzeniem na drodze tych odkryć było skonstruowanie kwestionariusza do pomiaru posttraumatycznego rozwoju (*posttraumatic growth*; PTG) przez R. Tedeschiego i L. Caughona. Badał on jakie doświadczenia przeżywa osoba z zakresu pozytywnych zmian w wyniku zwalczania skutków stresu traumatycznego lub ekstremalnej sytuacji. Posttraumatyczny rozwój to wszystkie te pozytywne zmiany, które stały się wyższe po

okresie stresowym, niż były wcześniej. Wg artykułu B. Dudka i K. Banach objawiają się one w pięciu sferach:

- 1) „docenieniu wartości życia i cieszeniu się z różnych jego aspektów, które do danego momentu miały dla jednostki niską wartość;
- 2) nawiązaniu bardziej ścisłych i intymnych relacji z innymi ludźmi, co skutkuje wzrostem odczuwania współczucia i empatii;
- 3) ogólnym poczuciu zwiększania osobistej mocy, czyli świadomości, że jednostka jest zdolna poradzić sobie z większymi problemami niż te, z którymi radziła sobie do tej pory;
- 4) odkryciu nowych możliwości dla swojego działania, nowych dróg życiowych;
- 5) pogłębieniu życia duchowego, religijnego i zwiększeniu zainteresowania się sprawami egzystencjalnymi” (za: Dudek, Banach, 2009, s. 66).

## 1.2. Rodzaje stresu

Możemy wyróżnić stres ostry, przewlekły i traumatyczny. Jak ukazano w powyższej części pracy dostrzega się także stres pozytywny. Istnieje też podział na stres indywidualny i stres grupowy. Jeszcze innym rodzajem jest stres przewlekły, który uważany jest za główną przyczynę chorób cywilizacyjnych. Podkreśla się, że następstwa stresu traumatycznego są inne zarówno u dorosłych, jak i u dzieci (Uszyński, 2009, s. 14).

Do najbardziej niebezpiecznych rodzajów stresu zaliczyć możemy stres traumatyczny oraz stres przewlekły. Ważną cechą stresu, o której należy pamiętać jest fakt, że wywiera on wpływ na ludzi w każdym wieku – poczynając od okresu prenatalnego człowieka, poprzez szczególnie silną podatność dzieci i młodzieży na stres, a kończąc na ludziach starszych. Skutkiem negatywnego oddziaływania stresu na ludzką egzystencję jest skrócenie długości życia człowieka oraz spadek jakości jego przeżywania (tamże, s. 11).

## 1.3. Stresory – definicje i rodzaje

Stresorem przeważnie nazywamy wydarzenie, którego zaistnienie zmienia życie osoby, której dotyczy i wymaga od niej podjęcia nowych działań w celu zaadaptowania się. Pojęcie stresu jest szersze niż pojęcie traumy. Traumą bowiem możemy definiować według Zawadzkiego i Strelaua jako „stan psychiczny lub fizyczny wywołany działaniem realnie zagrażającym zdrowiu i życiu czynników zewnętrznych (przyroda, ludzie), prowadzący często do głębokich i długo utrzymujących się zmian w funkcjonowaniu człowieka, które wyrażają się w zaburzeniach somatycznych i psychicznych” (za: Popiel, Pragłowska, 2009, s. 35).

Hans Selye, który prawdopodobnie jako pierwszy użył terminu „stresor”, doszedł do wniosku, że wiele zupełnie różnych bodźców prowadzi do takiego samego ciągu reakcji. Najłatwiej jest spojrzeć na stresory jako bodźce awersyjne, czyli takie, jakich chcielibyśmy uniknąć. Zwykle stresorami są bodźce zewnętrzne, odnośnie których

istnieje potencjalne niebezpieczeństwo, że mogą wywołać stres (za:Uszyński, 2009, s. 21).

Do głównych źródeł stresorów możemy zaliczyć środowisko naturalne i społeczne człowieka, a także jego styl życia (rozumiany nie tylko jako odżywianie, odpoczynek, czy pracę, ale także jako dążenia, samorealizację, życiowe cele, czy ludzkie ambicje i oczekiwania). Siła stresora, czas ekspozycji na stres oraz indywidualny poziom wrażliwości to wskaźniki wielkości reakcji człowieka na działanie stresora. Pewien wpływ na ten sposób reagowania mają także uwarunkowania genetyczne jednostki oraz układ nazywany antystresem. Stresory dzielą się na trzy kategorie: egzogenne, endogenne i krytyczne zdarzenia życiowe (tamże, s. 22).

Stresory egzogenne:

1. pochodzące ze środowiska społecznego i należące do najczęściej występującej grupy:

– stresory psychologiczne – powstają w wyniku relacji człowieka ze środowiskiem społecznym (rodziną, współpracownikami, sąsiadami), obejmują także obszar oczekiwań i wyzwań;

– stresory psychospołeczne – ich przyczyną są czynniki ekonomiczne (np. bieda), polityczne (np. wojny), kulturowe, etniczne, itd.;

2. ekologiczne, których źródłem jest środowisko naturalne:

1. stresory fizyczne – zaliczamy do nich np. urazy mechaniczne, termiczne i chemiczne oraz napromieniowanie;

2. stresory chemiczne – mogą być spowodowane zbyt małą dbałością o środowisko ekologiczne lub kontaktem z substancjami szkodliwymi z racji wykonywanego zawodu;

3. stresory biologiczne – ich przyczyną są patogenne drobnoustroje (tj. bakterie, wirusy) oraz priony;

3. wywołane przez niezdrowy tryb życia, np. brak snu, pośpiech, długotrwałe napięcie;

4. traumatyczne, mogące występować pojedynczo lub łącznie, stanowiące bardzo zróżnicowaną grupę; zagrażają nie tylko zdrowiu, ale także życiu człowieka (zaliczamy do nich pożar, powódź, huragan, katastrofy górnicze i budowlane, trzęsienia ziemi, tsunami, zamachy terrorystyczne, porwania, wojny i inne); ta grupa stresorów obejmuje także takie wydarzenia, jak przemoc seksualna, utrata bliskich itp.

Według Weisaetha stresory te:

- stanowią zagrożenie dla życia;

- przyczyniają się do powstawania ran oraz powodują ekstremalne wyczerpanie;

- powstają w sytuacji, gdy jednostka jest uczestnikiem lub świadkiem tragicznego wydarzenia;

– pojawiają się także, gdy osoba jest przekonana, że to ona odpowiedzialna jest za tą traumatyczną sytuację.

5. stresory ciche charakteryzujące się podwójnym działaniem; zaliczamy do nich np. napromieniowanie, szkodliwe substancje środowiska ekologicznego, wywołują one bezpośrednio szkody, których uświadomienie przyczynia się do powstania stresu (rozumianego jako drugi rodzaj szkody) (za: tamże, s. 23-24).

Stresory endogenne nie są związane bezpośrednio z czynnikami zewnętrznymi. Mogą zostać wywołane wspomnianiem nieprzyjemnych, traumatycznych wydarzeń.

Wywołują wtedy nowe emocje, a to prowadzi do uruchomienia aktywności układów stresorodnych. Jako przykład stresora psychogennego podać można pająka – samo jego wspomnienie może u osób cierpiących na arachnofobię wywołać strach i reakcje stresorodne. Stres endogeny może się też pojawić z powodu wiadomości o własnej chorobie. Może być odpowiedzią na własną frustrację, świadomość starzenia się, bycie niepełnosprawnym oraz na inne zdarzenia życiowe (tamże, s. 24).

Niemalże każdy stresor – zatem i stresor traumatyczny – może u niektórych osób prowadzić do epizodu zaburzeń afektywnych lub schizofrenii. Nie jest tutaj ważne nasilenie działania stresora. Zauważono jednakże charakterystyczny typ reakcji stresowej u wielu osób, które doświadczyły sytuacji stresowej. Tę grupę ludzi nazywa się dość często osobami z zaburzeniami potraumatycznymi, do których należą: ostra reakcja na stres, ostre zaburzenie stresowe oraz zaburzenie stresowe pourazowe (Popiel, Pragłowska, 2009, s. 35).

### 1.4. Reakcje na stres

Sygnaly stresowe docierają najpierw do wzgórza, które nazwać można swego rodzaju stacją przekaźnikową. Następnie przepływają do ciała migdałowatego. Mogą do niego dotrzeć na dwa sposoby: drogą krótszą i szybszą, nazywaną bezpośrednią (wzgórze – ciało migdałowate) lub dłuższą, prowadzącą do kory mózgowej (wzgórze – kora mózgowa – ciało migdałowate).

W przypadku drogi bezpośredniej przekazywany sygnał jest nieświadomy, ale prowadzi do natychmiastowej reakcji obronnej (nazywanej odruchem bezpośrednim). Drugi sposób, prowadzący przez korę mózgową, choć prowadzi do wolniejszej reakcji, umożliwia weryfikację przeżywanej sytuacji (Uszyński, 2009, s. 19).

Reakcja organizmu następuje, gdy dochodzi do przekazania sygnałów z ciała migdałowatego do ośrodków monoaminoergicznych, cholinergicznych i neurohormonalnych. Zostają wtedy uwolnione neurotransmitery i neurohormony, które aktywują podwzgórze do wydzielania substancji odpowiedzialnych za pobudzenie osi mózgowo-somatycznych. Powstające w tym miejscu transmitery, neurohormony i hormony przyczyniają się do zapoczątkowania reakcji organizmu przez narządy, tkanki i komórki (tamże, s. 20).

Bodziec o tej samej sile działający na dwie osoby może u każdej z nich wywołać inną reakcję. Zależy to od możliwości obronnych, które są uwarunkowane genetycznie oraz kulturowo (tamże, s. 26).

Selye podzielił reakcję stresogenną na trzy fazy. Podział ten, aktualny do dziś, wygląda następująco:

- faza początkowa – nazywana reakcją alarmową, powoduje wzrost aktywności osi sympatyczno – adrenergicznej i osi podwzgórze – przysadka – nadnercza;
- faza adaptacji – w niej następuje zwalczanie zaburzeń w organizmie, np. reakcja przeciwzapalna;
- faza wyczerpania – towarzyszą jej zmiany czynnościowe i patomorfologiczne w narządach, np. wrzody; może doprowadzić nawet do śmierci (za: tamże, s. 16-17).

## 1.5. ASD

Bezpośrednio po traumie może wystąpić ASD (*Acute Stress Disorder* – ostra reakcja na stres). Osoby uczestniczące w wydarzeniu traumatycznym pozostawione samym sobie są narażone na rozwinięcie się PTSD (*Posttraumatic Stress Disorder*). Dzieje się tak w przypadku 30% ofiar i może wystąpić zarówno po miesiącu, jak i po kilku latach. Stąd tak istotna jest wczesna interwencja – wpływa ona bowiem na przebieg dalszego leczenia PTSD (Heitzman, 2009, s. 325).

O ostrym zaburzeniu stresowym możemy mówić, jeśli jest ono doświadczane w sposób krótkotrwały i występuje podczas lub bezpośrednio po doświadczeniu traumatycznym. Musi trwać minimum dwa dni, ale nie dłużej niż cztery tygodnie. Jeśli stan ten utrzymuje się dłużej, to należy zmienić diagnozę postawioną danej osobie (np. stwierdzić wystąpienie PTSD). Kryteria objawowe ASD są zasadniczo objawami PTSD. Muszą w nim wystąpić przynajmniej trzy z wymienionych objawów dysocjacyjnych:

- 1) odrętwienie, wyobcowanie lub brak wrażliwości emocjonalnej odczuwane w sposób subiektywny;
- 2) zmniejszona czujność;
- 3) derealizacja;
- 4) depersonalizacja;
- 5) amnezja dysocjacyjna (tzn. niezdolność przypomnienia sobie istotnych kwestii dotyczących sytuacji stresowej).

Osoby z ASD mają poczucie braku kontaktu ze swoim ciałem. Wydaje im się, że otaczający je świat jest nierealny. Odczuwają bezradność i poczucie winy (np. że sami przeżyli, choć inne osoby zginęły). Częstość objawami są także impulsywność i zachowania ryzykowne.

Typowy obraz ASD charakteryzuje się stanem „oszołomienia” w początkowej fazie. Może dochodzić do zawężenia świadomości i uwagi, dezorientacji oraz braku zdolności zrozumienia stresora. Wraz z zakończeniem wydarzenia stresowego możliwe jest pojawienie się takich objawów, jak stupor dysocjacyjny lub nadmierne pobudzenie. W postaci łagodnej ASD występują objawy podobne, jak przy uogólnionym zaburzeniu lękowym. Aby zdiagnozować postać średnią muszą wystąpić dwa objawy, a postać ciężką – cztery objawy z niżej wymienionych:

- a) wycofanie się z życia społecznego;
- b) zawężenie uwagi;
- c) występowanie złości, gniewu lub zwerbalizowanej agresji;
- d) rozpaczanie lub poczucie beznadziejności;
- e) bezcelowa lub niepasująca nadmierna aktywność;
- f) niekontrolowany i nadmierny smutek (tamże, s. 325-326).

## 1.6. PTSD

Przyczynami wystąpienia zespołu stresu pourazowego u dorosłych mogą być:

- przeżycie sytuacji zagrażającej życiu;
- obrażenia fizyczne;
- skrajne wyczerpanie;

- bycie świadkiem traumatycznego zdarzenia;
- odczuwanie odpowiedzialności za katastrofę.

W każdym z wymienionych wydarzeń osoba ma styczność z wieloma stresami, co zwiększa prawdopodobieństwo wystąpienia zespołu stresu traumatycznego. Może on się pojawić zaraz po wydarzeniu lub dopiero po upływie kilku tygodni. Najczęściej pojawiającymi się skutkami są zaburzenia zdrowia psychicznego, np. lęk, depresja. Czasami występują także zaburzenia zdrowia fizycznego.

W zbiorowym PTSD dochodzi do tzw. spirali strat, gdy zaistniałe zaburzenia przyczyniają się do powstania nowych lub pogłębienia wcześniej istniejących zmian. Stres traumatyczny staje się udziałem nie tylko ofiary, ale także jej otoczenia, głównie rodziny. Aby przerwać spiralę strat, rodziny powinny skorzystać z profesjonalnej pomocy psychologa lub poszukać innego źródła wsparcia (Uszyński, 2009, s. 66-67).

## 2. Pojęcie traumy

Traumę definiuje się często, jako doświadczenie, które konfrontuje człowieka ze strachem czy bezradnością. Kluczowym elementem są emocje, odczuwanie sytuacji przez jednostkę – to właśnie one decydują o tym, czy dane wydarzenie będzie traumatyczne, czy też nie (Popiel, Pragłowska, 2009, s. 38).

Nagłe zdarzenie traumatyczne wywiera ogromny wpływ na poglądy ludzi o samych sobie i otaczającym ich świecie. Wywołuje dezorientację i strach, które spowodowane są nie tylko sytuacją, ale także tym, jak osoby się zachowują. Ofiarom często wydaje się, że oszalały. Borykają się z poczuciem braku kontroli nad tym, co się dzieje. Ogromną ulgę przynosi im uświadomienie, że ich zachowanie było normalne i zrozumiałe w obliczu przeżytej traumy. Ważna jest dla nich informacja, że da się rozwiązać sytuację, w jakiej się znaleźli i pomóc im odzyskać pełne zdrowie. Terapia, łącząca rozmowę i zmiany zachowania, pomaga osobom uczestniczącym w traumatycznym wydarzeniu odzyskać poczucie kontroli nad ich życiem. Należy jednak pamiętać, że proces ten jest indywidualny dla każdego człowieka (Herbert, 2004, s. 20).

Jak wspomniano powyżej, zdarzenie wywołujące traumę jest niespodziewane. Sposób poradzenia sobie z takimi wydarzeniami jest tym lepszy, im dłuższym czasem dysponuje osoba, by przygotować się do nich. Natomiast z traumą jest inaczej. Pojawiając się w sposób niezaplanowany, zmusza człowieka do dostosowania jego emocji, reakcji i zachowań bez przygotowania. To powoduje, że nie ma on czasu na zastanowienie i opracowanie planu działania, ale musi zdać się na swój instynkt samozachowawczy. W wielu przypadkach ofiary traumy podczas późniejszych przemyśleń mogą dojść do wniosku, że działały w sposób inny niż w normalnych warunkach lub wręcz stwierdzić, że ich zachowanie nie miało sensu. Skutkuje to odczuwaniem niepewności i utraty poczucia bezpieczeństwa. Traumatyczne wydarzenie może także uświadomić jego uczestnikom możliwość śmierci własnej lub innych osób (tamże, s. 28-29).

## 2.1. Typy traum

Wydarzenia traumatyczne mogą wywoływać różne reakcje człowieka. Można wyróżnić następujące rodzaje urazów ze względu na objawy potraumatyczne:

- Typ I traumy: pojedyncze wydarzenia;
- Typ II traumy: wielokrotne doświadczenia traumatyczne;
  - typ II A: możliwe jest oddzielenie od siebie poszczególnych traumatycznych sytuacji, a ofiara posiada zasoby pozwalające poradzić sobie z nimi;
  - typ II B: niemożliwe jest oddzielenie od siebie poszczególnych traumatycznych sytuacji; ofiara posiada zasoby pozwalające poradzić sobie z tymi wydarzeniami (Typ II B R) lub ofiara nie ma odpowiedniej strategii radzenia sobie z tymi doświadczeniami (Typ II B nR);
- Typ III: ofiara wielokrotnie doświadczała aktów przemocy, które rozpoczęły się już w dzieciństwie i trwały jakiś czas.

Konsekwencją traumy typu I są zazwyczaj symptomy PTSD. Natomiast konsekwencje psychologiczne traumy typu II i typu III mogą pasować do wielu kategorii diagnostycznych, ponieważ ludzie mogą w bardzo różny sposób reagować na sytuacje traumatyczne (Popiel, Pragłowska, 2009, s. 39).

Można też stosować inne kryterium przy wyróżnianiu typu traumy, a mianowicie czas pojawienia się i trwania reakcji na traumatyczne doświadczenie. Według takiego podziału wyróżniamy:

- ostrą reakcję na stres;
- ostre zaburzenie stresowe;
- zaburzenie stresu pourazowe;
- zaburzenie osobowości po przeżyciu sytuacji ekstremalnej (tamże, s. 40).

### 2.1.1. Typ I traumy

#### a) Ostra reakcja na stres

Symptomy ostrej reakcji na stres są widoczne od razu po wydarzeniu traumatycznym. Następują w ciągu godziny od zadziałania stresora i ulegają osłabieniu po upływie 8 godzin (nie później niż po 48 godzinach). Ostra reakcja na stres charakteryzuje się dwiema grupami symptomów. Pierwsza z nich jest typowa dla zaburzenia lękowego uogólnionego i obejmuje: wzrost aktywności układu autoimmunologicznego, zmiany funkcjonowania w obrębie klatki piersiowej i brzucha, omdlenie, poczucie nierealności, obawa utraty kontroli, napięcie oraz poczucie drętwienia. Drugą grupę stanowią objawy typowe dla ostrej reakcji na stres. Częstym następstwem tej reakcji jest amnezja dysocjacyjna (czyli niepamięć) (tamże, s. 40).

#### b) Ostre zaburzenie stresowe

W chwili zakończenia ostrej reakcji na stres, pojawia ostre zaburzenie stresowe. Trwa minimum dwa dni, ale nie dłużej niż cztery tygodnie. Charakterystycznym objawem ostrego zaburzenia stresowego jest wystąpienie minimum trzech objawów dysocjacyjnych, a także pojawienie się amnezji dysocjacyjnej (tzn. niepamiętania fragmentu lub całego czasu działania stresora) (tamże, s. 40).



c) Zaburzenie stresowe pourazowe i zaburzenie osobowości po przeżyciu sytuacji ekstremalnej

A. Popiel i E. Pragłowska (2009) stwierdzają: „Według kryteriów klinicznych zaburzenie stresowe pourazowe jest zakłóceniem funkcjonowania jednostki związanym z wyraźnie odczuwanym cierpieniem i trudnościami w wielu obszarach życia – zawodowym, społecznym, interpersonalnym”. Do diagnozy takiej dochodzi wówczas, gdy człowiek reaguje strachem i bezradnością z powodu wydarzenia, które zagrażało jego życiu lub zdrowiu, lub w wyniku którego osoba ta doznała obrażeń ciała. Jednak aby można było postawić taką diagnozę, muszą być spełnione dwa warunki:

- musiał zaistnieć kontakt osoby ze stresorem;
- osoba taka musiała zareagować w specyficzny sposób.

Symptomy zaburzenia stresowego pourazowego powstają po traumatycznym zdarzeniu i trwają dłużej niż miesiąc. W tym czasie doświadczona trauma może ciągle powracać i być przeżywana w myślach, snach, wspomnieniach lub w postaci flasbacków (przebłysków), czemu towarzyszą fizjologiczne oznaki stresu. W takich chwilach człowiek zachowuje się i czuje tak samo jak w trakcie traumatycznego wydarzenia. Ogromną rolę odgrywają tutaj koszmary senne, gdyż często są jedynym znakiem wystąpienia zaburzeń postraumatycznych. Znamienny jest fakt, że osoby przeżywające traumatyczną sytuację wciąż od nowa, bardzo często unikają bodźców związanych z tym stresem. Wielokrotnie pojawia się niemożność przypomnienia sobie jakiejś ważnej części wydarzenia, które spowodowało uraz. Do innych zachowań typowych dla zaburzenia stresu pourazowego można zaliczyć: poczucie wyobcowania, spadek zainteresowania ważnymi działaniami, pesymizm towarzyszący patrzeniu w przyszłość oraz niezdolność przeżywania pozytywnych emocji. Możliwe jest także wystąpienie innej grupy objawów. Należy do nich wzrost wzbudzenia autonomicznego układu nerwowego, a w nim: problemy ze snem, kłopoty z koncentracją, irytacja, dysforia, wybuchy złości i wzmożona czujność (tamże, s. 42).

Pacjent może unikać rozmowy na temat traumatycznej sytuacji oraz uskarżać się na np. kłopoty ze snem, co wskazywać może na nierozpoznanie zaburzenia stresu pourazowego (tamże, s. 44).

Warto w tym miejscu przytoczyć badania N. Breslau i współpracowników, które wskazują, że ludzie, u których po traumatycznym zdarzeniu nie zaobserwowano objawów PTSD, nie wykazywały ich także po kolejnych tego typu sytuacjach, które miały miejsce w przyszłości (za: tamże, s. 45).

d) Trwała zmiana osobowości po przeżyciu sytuacji ekstremalnej

Trwałą zmianę osobowości po przeżyciu sytuacji ekstremalnej określa się jako „wyraźną i utrwaloną zmianę w indywidualnym wzorcu spostrzegania, odnoszenia się i myślenia w stosunku do otoczenia i siebie w następstwie stresu o rozmiarach katastrofy”. Jest to zmiana postrzegana przez osoby bliskie. Jest ona wyraźna, a nowo nabyte cechy przeszkadzają w codziennym funkcjonowaniu. Aby zdiagnozować trwałą zmianę osobowości, należy stwierdzić jej występowanie na przeciągu co najmniej dwóch lat po traumatycznym wydarzeniu oraz w co najmniej dwóch z niżej podanych obszarów:

- stała wrogość i nieufna postawa wobec świata;
- wycofanie społeczne;
- stałe uczucie pustki i bezradności, trudność w wyrażaniu uczuć agresywnych lub negatywnych, narastająca zależność od innych, obniżony nastrój;
- trwałe poczucie znalezienia się „na krawędzi” lub trwałe poczucie zagrożenia mimo braku jego obiektywnych przyczyn, potwierdzone wzmożoną czujnością i drażliwością – osoba doświadcza stanu przewlekłego napięcia i poczucia zagrożenia, co może wiązać się ze skłonnością do nadmiernego picia alkoholu lub przyjmowania substancji psychoaktywnych;
- stałe poczucie zmieniania się lub odmienności od innych (wyobcowania), mogące wiązać się z doświadczeniem emocjonalnego odrętwienia.

Na skutek każdej z wymienionych zmian i doświadczanego wraz z nimi cierpienia wszystkie dotychczasowe relacje ulegają zakłóceniu (tamże, s. 46).

### **2.1.2. Typ II i III traumy. *Complex PTSD* i zaburzenie osobowości z pogranicza**

Podczas rozpoznawania *complex-PTSD* należy kierować się następującymi kryteriami:

- 1) zaburzenia w zakresie regulacji emocji i impulsywności (takie jak myśli samobójcze, samookaleczenia, zachowania ryzykowne, zaburzenia popędu seksualnego, przewlekły smutek, wybuchy złości);
- 2) zmiany w zakresie uwagi i świadomości (przejściowe objawy dysocjacyjne, amnezja);
- 3) zaburzenia postrzegania własnej osoby (poczucie wstydu, poczucie negatywnego znaczenia, poczucie winy, poczucie bezradności, poczucie niezrozumienia przez innych, wrażliwość na zranienie);
- 4) zaburzone role w relacjach z innymi ludźmi (przekonanie o konieczności pełnienia roli ofiary, nieufność wobec innych, ciągłe poszukiwanie „wybawcy”);
- 5) postrzeganie oprawcy jako osoby obdarzonej niezwykłą mocą, lęk przed zemstą i ponownym nawiązaniem relacji;
- 6) somatyzacja pod postacią przewlekłego bólu, zaburzenia układów: oddechowego, krążenia i pokarmowego; konwersje i dolegliwości związane ze sferą seksualną;
- 7) zmiana stosunku do własnej sytuacji i do świata (zmiana przekonań o świecie na negatywne, poczucie bezradności).

Niektóre spośród objawów PTSD są jednocześnie charakterystyczne dla zaburzenia osobowości z pogranicza. Dotyczy to trudności w kontrolowaniu impulsów, niestabilnego nastroju, zachowań ryzykownych oraz samouszkodzeń (tamże, s. 47-48).

Rodzaj stwierdzonej reakcji na traumatyczne wydarzenie zależy od użytych metod diagnostycznych oraz od tego, jakiego rodzaju było to wydarzenie - czy było pojedyncze, czy wielokrotne i ile czasu trwało. Nie bez znaczenia jest grupa brana pod uwagę - wiek, doświadczenie życiowe każdego z członków oraz społeczne wsparcie, cechy osobowości, możliwości radzenia sobie z emocjonalnymi i realnymi

konsekwencjami sytuacji traumatycznej czy normy kulturowe. Krótko mówiąc - reakcja na traumę zależy od całego kontekstu tego wydarzenia (tamże, s. 52).

## 2.2. Sytuacje wywołujące traumę

Sytuacje wywołujące traumę mogą być wywołane przez czynniki niezależne od człowieka (klęski żywiołowe) lub też od człowieka zależne. Trudne doświadczenia spowodowane z winy człowieka są o wiele bardziej przeżywane jako wydarzenia traumatyczne. Przykładami tego typu katastrof mogą być wszelkiego rodzaju wypadki komunikacyjne, ale także pożary i eksplozje gazu, wyładowania z sieci elektrycznych i wszystkie wypadki porażenia prądem, katastrofy budowlane i katastrofy ekologiczne. Wśród klęsk żywiołowych, których doświadczenie może odcisnąć traumatyzujące piętno, można wymienić trzęsienia ziemi, powódzie i nawałnice oraz pożary lasów i erupcje wulkanów.

Wśród źródeł traumy powstałych z winy człowieka, na wyróżnienie zasługują akty przemocy domowej (maltretowanie fizyczne i psychiczne), napady z użyciem noża, uprowadzenia, rozboje, akty terroru, strzelaniny, zamachy bombowe, gwałty, wykorzystywanie seksualne, akty bestialstwa człowieka względem człowieka (niehumanitarne więzienie, torturowanie ludzi) albo wojny, które nie zamykają tej i tak już długiej listy.

Wiele innych wydarzeń może odcisnąć trwały ślad, nawet jeżeli nie wiąże się z nimi żaden akt terroru ani przemoc. Zdarzenia takie jak utrata pracy, poronienie, rozwód lub nagła śmierć kogoś bliskie także mogą zostać odebrane jako traumatyczne (Herbert, 2004, s. 24 -25).

## 2.3. Reakcje na sytuacje traumatyczne

Z uwagi na złożoność objawów somatycznych, poznawczych i emocjonalnych oraz różnorodność zachowań będących przejawem indywidualnego sposobu radzenia sobie przez osobę z niecodzienną i wyjątkowo trudną sytuacją, opis reakcji na traumatyczne wydarzenie nie jest prosty (Popiel, Pragłowska, 2009, s. 34).

Może również zastanawiać, dlaczego reakcje na stres u różnych uczestników tego samego wydarzenia są diametralnie różne. Patrząc jednak na osobę doświadczającą traumatycznego zdarzenia z perspektywy jej doświadczeń oraz zewnętrznych uwarunkowań, można zrozumieć, że każdy człowiek przeżywa traumę w inny, charakterystyczny dla siebie sposób, postrzegając ją przez pryzmat własnych uczuć i obserwacji (Herbert, 2004, s. 52).

Wydarzenie traumatyczne może mieć znaczny wpływ, zwykle negatywny, na życie seksualne. Aby czerpać radość z intymnej bliskości ze swoim partnerem, trzeba umieć się rozluźnić. Ponieważ jednak osoba, która doświadczyła traumy, może wciąż borykać się z uporczywymi myślami o niej, może być zbyt spięta i zaabsorbowana tym co się stało, aby się zrelaksować. Dla mężczyzn może to oznaczać problemy z erekcją, kobiety zaś mogą odczuwać ból w czasie stosunku. Zarówno kobiety, jak i mężczyźni, mogą mieć problemy z osiągnięciem orgazmu. Problemy seksualne występują

szczególnie często u osób, które doznały przemocy fizycznej lub seksualnej. Mogą się również wiązać z przekonaniem o utracie atrakcyjności fizycznej (tamże, s. 47).

U osób dotkniętych traumą często występuje depresja. Człowiek staje się bardziej płaczący, bezradny, mało energiczny, nie interesuje go to, co kiedyś sprawiało mu radość. Może mieć gorszy apetyt (tamże, s. 48).

Ludzie często się obwiniają za traumatyczne wydarzenia lub za niektóre jego aspekty. Obwiniają się, zwłaszcza gdy ktoś zginął. Często ludzie wielokrotnie analizują, co mogli zrobić inaczej, aby zapobiec przykrym następstwom.

Zdarza się również że osoba uczestnicząca w zdarzeniu śmiertelnym czuje się winna, że żyje, podczas gdy ktoś inny zmarł. Przeżycie okazuje się trudniejsze niż śmierć. Oznacza bowiem życie ze świadomością, że ktoś inny je stracił, a czasem z poczuciem, że nie ma się prawa żyć. Poczucie winy może być tak silne, że osoby te prowadzą życie pozbawione jakichkolwiek przyjemności. Takie ograniczenie uniemożliwia postęp w leczeniu traumy, które polega na akceptacji faktu śmierci (tamże, s. 48-49).

W pamięci przechowywane są informacje o tym, co działo się w czasie traumatycznego wydarzenia. Ponowne doświadczanie traumy najczęściej przybiera formę niechcianych i przykrych wspomnień całego wydarzenia lub jego fragmentów. Wielokrotnie pojawiają się uczucia, myśli i obrazy, ale również bardzo realne doznania zmysłowe wiążące się w trudnym doświadczeniem. Poszkodowani często również zastanawiają się, co by się stało, gdyby w czasie traumy zachowali się inaczej lub borykają się z poczuciem winy.

Stresujące wydarzenie może powracać w snach i koszmarach, a także pod postacią flashbacków, czyli nagłych i bardzo realnych, ponownych przeżyciach traumy. Towarzyszące im emocje i reakcje są tak silne, iż poszkodowanym może wydawać się, że ponownie przeżywają to samo wydarzenie (tamże, s. 33-34).

Ludzie, którzy przeżyli traumę, nierzadko skarżą się na zubożenie, jakiego doświadczyli. Zdarza się, że aby przetrwać instynkt samozachowawczy, wycisza reakcje emocjonalne i odsuwa je w czasie, a osoba dokonuje rzeczy, o których w codziennym życiu trudno jest nawet pomyśleć. Ocaleni z różnych katastrof twierdzą, że czuli się tak, jakby byli pozbawieni jakichkolwiek emocji oraz, że całe wydarzenie zdawało się być nierealne, jakby było snem. Takie uczucie psychicznego odrętwienia może się utrzymywać przez kilka dni po traumatycznym wydarzeniu.

Reakcje odrętwienia niekiedy występują na przemian z reakcjami ponownego doświadczania traumy, lecz mogą również trwać nieprzerwanie przez dłuższy okres czasu. Osoby w takim stanie nie potrafią wyrażać miłości ani pozostawać w czułym związku z kimś, kto był im bliski zanim doświadczyli traumy. Może im się zdawać, że ludzie są im obojętni i że nie sposób żyć z nimi w dobrych stosunkach, lub mogą dojść do wniosku, że po prostu nie potrafią już stworzyć bliskiego związku z drugą osobą. Z kolei otoczenie może odnosić wrażenie, że taka osoba stała się zimna i nieczuła, co w istocie może odzwierciedlać jej uczucia spowodowane niemożnością dotarcia do prawdziwych emocji. Jakkolwiek pozostawanie w stanie odrętwienia nie przyspiesza powrotu do zdrowia i utrudnia codzienny kontakt z poszkodowaną osobą, warto pamiętać że pełni ono jednak funkcję ochronną (tamże, s. 37).

Powszechnie zdarza się, że osoby, które doświadczyły traumy nie chcą o niej rozmawiać ani nawet myśleć. Innym sposobem unikania tychże reakcji są tak zwane

bezpieczne zachowania, polegające na zmianie zachowań na takie, które nie kojarzą się z traumą. Osoby, które doświadczyły wyjątkowo trudnego przeżycia mogą wręcz unikać całych sytuacji, które chociaż pozornie mogą się z tym przeżyciem wiązać. Reakcje unikania są zupełnie zrozumiałe, gdyż powracające emocje są bardzo intensywne i przykre. Unikanie konfrontacji z własnymi przeżyciami na dłuższą metę jest nieskuteczne, gdyż ogranicza zdolność nieskrępowanego myślenia oraz wyrażania swoich myśli, jak również uniemożliwia robienie wielu rzeczy, które przed traumą stanowiły źródło przyjemności (tamże, s. 38).

Często obserwowaną grupą reakcji są reakcje nadmiernego pobudzenia. Są one ściśle powiązane z doznaniem fizycznymi doświadczonego podczas traumy i powracają, kiedy osoba wraca w myślach do tego wydarzenia, ale także w sytuacjach, które wydają się być zupełnie niezwiązane z traumą. Dzieje się tak na skutek uwalniania do krwiobiegu adrenaliny i innych substancji chemicznych pod wpływem informacji przetwarzanych w mózgu (tamże, s. 40).

Innym typem reakcji na skrajny stres są zaburzenia snu – bezsenność spowodowana problemami z zasypianiem lub koszmarami sennymi, zaburzenia rytmu snu i czuwania na skutek doświadczonej traumy. Problemy ze snem są szczególnie częste u osób, które trauma zaskoczyła właśnie w łóżku lub podczas snu.

Osoby, które doświadczyły traumy oraz ich bliscy często skarżą się na nadmierną drażliwość i wybuchy gniewu, złość i irytację. Dzieje się tak jednak dlatego, że pobudzony organizm, przeczuwając zagrożenie, działa tak, aby zapewnić sobie ewentualne bezpieczeństwo – wydziela substancje chemiczne ułatwiające użycie siły fizycznej (np. uderzenie kogoś lub wyładowanie złości na przedmiotach) lub agresji słownej (w stosunku do innych ludzi, ale także do siebie). Problem polega jednak na tym, że przeważnie nie istnieje żadne realne zagrożenie, a osoba taka wyładowuje się na niewinnych, bliskich sobie ludziach lub krzywdzi samego siebie (tamże, s. 41).

Nadmierne skupienie na traumatycznym wydarzeniu przeszkadza ludziom, dotkniętym traumatycznym stresem, w koncentracji uwagi na napływających informacjach. Osoby te łatwo się rozprasza i mają problemy z pamięcią również ze względu na nadmierne pobudzenie wywołane wzrostami stężenia adrenaliny (tamże, s. 42).

Osoby doświadczone traumą często charakteryzują się nadmierną czujnością. Stają się bardziej wyczulone na wszystkie podejrzane hałasy i zapachy oraz zwracają nadmierną uwagę na bezpieczeństwo swoich bliskich. Ta nadopiekuńczość i najwyższe wyczulenie wszystkich zmysłów są niezwykle wyczerpujące (tamże, s. 43).

### **2.4. PTSD u dzieci**

O. Udwin (1993) twierdzi, że około 30-50% dzieci, które doświadczyły traumatycznych wydarzeń przejawia szkodliwe dla zdrowia psychicznego reakcje w postaci symptomów stresu pourazowego (PTSD), które mogą utrzymywać się przez długi czas. Przegląd badań nad dynamiką PTSD wykazuje, iż symptomy stresu z czasem ustępują samoczynnie, bowiem większość dzieci wraca do zdrowia w przeciągu trzech lat od doświadczenia traumy.

W spektrum objawów stresu pourazowego zawierają się między innymi natrętne myśli i wspomnienia, koszmarne sny, poczucie odrętwienia psychicznego, unikanie myśli i rozmów o traumatycznym wydarzeniu oraz nadmierne pobudzenie związane z doznaniem traumy. Skutki ciężkich przeżyć mogą wiązać się ze zmianą zachowania w relacjach z innymi ludźmi oraz wpływać na pogorszenie nastroju, pamięci i zdolności uczenia się. Traumatyczne przeżycia związane z kataklizmami pociągają za sobą również zmiany w postawach dzieci i młodzieży wobec ludzi, życia i przeszłości (Gustak, Głuszek-Osuch, 2009, s. 154).

Zarówno u dorosłych, jak i u dzieci, traumatyczne wydarzenia mogą skutkować powstawaniem zespołu stresu pourazowego. Powstaje on przez kilka, a nawet kilkanaście lat. Zaburzenia te najczęściej dotyczą kondycji zdrowia psychicznego, a rzadziej zdrowia fizycznego (Uszyński, 2009, s. 66).

Dzieci i dorośli przejawiają duże różnice w zakresie reakcji na stres traumatyczny. Różnice te dotyczą przyczyn, patomechanizmu, obrazu klinicznego oraz odległych skutków. U dzieci przyczyny wystąpienia PTSD przeważnie nie są tak dramatyczne, jak w wypadku dorosłych. W przypadku dzieci przyczyny wiążą się z niestabilnymi stosunkami rodzice – dziecko. Również doświadczanie sporów i ekscesów między rodzicami, rozpad rodziny i brak opieki z tego powodu, brak opieki rodzica (lub obojga rodziców) z powodu wyjazdu zarobkowego za granicę (oraz rozłąka z rodzicami z innego powodu), przemoc w rodzinie (najczęściej fizyczna, lecz również seksualna), przemoc i brak akceptacji ze strony rówieśników i tym podobne przyczyny.

Wydarzenia stresogenne (czyli stresory) wywierają na dziecko wpływ bezpośredni, mogą też skutkować do wieku dojrzałego, jako projekcja lub przetrwała reakcja na stres z okresu dzieciństwa (tamże, s. 67).

Traumatyczne doświadczenie z wczesnego okresu życia może odbijać się ujemnie na wszystkich wymiarach zdrowia w dalszym życiu. Następstwa mogą mieć charakter zarówno morfologiczny, jak i funkcjonalny.

Do odległych skutków należy upośledzenie rozwoju kilku regionów kory mózgowej, która stanowi najmłodszą filogenetycznie część mózgu. Osoby mające za sobą doświadczenie traumatycznie stresującego wydarzenia w dzieciństwie są obarczone wysokim ryzykiem zaburzeń zdrowia psychicznego, takich jak: depresja, choroba z zaburzeniami osobowości (*Borderline Personality Disorder* – BPD) i choroba dotycząca identyfikacji (*Disocciate Identity Disorder* – DID) oraz ryzykiem uzależnień, samobójstwa i przestępczości (tamże, s. 69).

Pomimo podobnych odczuć jak u dorosłych, dziecięcy sposób ich wyrażania jest odmienny. Zamiast komunikować problem w sposób werbalny, dziecko może zacząć przejawiać zachowania zupełnie niecodzienne i dziwne. Dlatego też nigdy nie wolno bagatelizować skutków traumatycznego wydarzenia u dzieci (Herbert, 2004, s. 26).

Badając efekty stresu doświadczanego przez dzieci i młodzież bierze się pod uwagę czynniki środowiskowe, takie jak: wsparcie społeczne, sytuację rodzinną oraz wcześniejsze pozytywne wydarzenia życiowe oraz czynniki indywidualne, na przykład temperament, emocje przeżyte w czasie traumatycznego wydarzenia, a także jego subiektywny odbiór.

Czynniki warunkujące powstawanie PTSD u dzieci i młodzieży można podzielić na trzy grupy:

- przedurazowe;

- okołourazowe (czyli towarzyszące traumie);
- pourazowe.

Wśród czynników przedurazowych wskazuje się na znaczącą rolę przeżytych już traum oraz istniejących już zaburzeń psychicznych u ofiary lub członków jej. Podkreśla się również znaczenie takich czynników indywidualnych, jak neurotyczność, unikanie szkody (*harm avoidance*) i reaktywność emocjonalna.

Czynniki okołourazowe towarzyszące traumie to między innymi świadomość zagrożenia własnego życia, życia innych osób (na przykład członków rodziny), doznane urazy ciała, silne negatywne emocje towarzyszące zdarzeniu oraz wystąpienie około traumatycznych objawów dysocjacyjnych.

W grupie czynników potraumatycznych istotną rolę upatruje się w zmiennych o charakterze społecznym, szczególnie we wsparciu społecznym – ze strony rodziny oraz społeczności. W przypadku kataklizmów istotną rolę przypisuje się wtórnym stresorom – problemom mieszkaniowym i finansowym występującym w następstwie traumatycznego zdarzenia.

Oprócz obiektywnych wskaźników traumatycznego wydarzenia, również subiektywne odczuwanie przeciążającego okołotraumatycznego stresu, na który składa się strach, przerażenie i poczucie bezradności, wiąże się z później występującymi objawami. Doznawana trwoga i przerażenie powodują silniejsze negatywne reakcje na stresory jeszcze długi czas po traumatycznym doświadczeniu (Gustak, Głuszek-Osuch, 2009, s. 155). Należy sądzić, że radzenie sobie z trudnymi doświadczeniami przez młodych ludzi zależy od ich indywidualnych cech oraz od dramatyzmu wydarzenia. Znaczenie środowiska rodzinnego słabnie wraz z wiekiem dziecka, co świadczy o kształtującej się niezależności młodych osób od domu rodzinnego. W porównaniu z młodzieżą, dzieci są bardziej zależne od rodziców i mogą nie mieć wystarczających zasobów własnych, by radzić sobie z trudnymi wydarzeniami. Tak więc ich samopoczucie i funkcjonowanie może w znacznej mierze zależeć od atmosfery rodzinnej i więzi tworzonych przez rodziców (tamże, s. 167).

W przypadku chłopców stwierdzono większe nasilenie objawów PTSD, kiedy mieli nadmiernie ochraniającego ojca lub wymagającą matkę, natomiast u dziewczynek – kiedy ich ojciec był mało ochraniający. W grupie młodszych dzieci, a szczególnie u dziewcząt, ujawniła się zależność od stosunku rodziców wobec siebie – im bliższa i cieplejsza relacja między małżonkami, tym lepiej radziły sobie ich córki.

Po przeżytej katastrofie niewłaściwe podstawy rodzicielskie, takie jak nadmierna ochrona i kontrola, mogą wpłynąć na utrzymywanie się objawów PTSD u dzieci. Zachowania nadopiekuńcze wobec dziecka mogą nawet wzmacniać efekt doświadczonej traumy (tamże, s. 169).

Dla dzieci i młodzieży podstawowym źródłem pomocy są przede wszystkim rodzice, stanowiący wzorzec do naśladowania w radzeniu sobie z problemami.

PTSD oraz pomniejsze zaburzenia rozwijające się po traumatycznych wydarzeniach, takie jak stany lękowe, poczucie winy lub symptomy depresji, w większej mierze ujawniają się u starszych dzieci i młodzieży niż u dzieci młodszych. Większa traumatyzacja starszych dzieci po doświadczeniu katastrofy może wynikać z ich większej świadomości znaczenia oraz następstw. Różnice międzypłciowe wykazywane są systematycznie w badaniach osób dorosłych, natomiast w wypadku dzieci nie są one

aż tak wyraźne. Pomimo tego kobiety i dziewczynki w porównaniu z płcią odmienną są bardziej podatne na wystąpienie objawów PTSD ((tamże, s. 158).

### **3. Proces powrotu do zdrowia**

#### **3.1. Przepracowywanie traumy**

Traumatyczne wydarzenia zazwyczaj różnią się od wyobrażeń na ich temat i przeważnie zdarzają się zbyt nieoczekiwanie, by się do nich przygotować. Z tego powodu osoba, która przeżyła taką sytuację może ją zrozumieć dopiero, gdy jest już po wszystkim. Ponowne przystosowanie do życia i odzyskanie nad nim kontroli jest uwarunkowane zrozumieniem traumy i zintegrowaniem jej ze swoim życiem, pomimo poniesionych strat (Herbert, 2004, s. 30).

Jednak, aby uwolnić się od skutków traumy, trzeba pogodzić się z nią i przyjąć jako część swojego życiowego doświadczenia. To, czy terapia będzie skuteczna, zależy między innymi od rodzaju i dotkliwości traumy, od rodzaju i nasilenia reakcji na traumatyczny stres, od poprzednich życiowych doświadczeń oraz w znacznej mierze od otrzymywanego z zewnątrz wsparcia (tamże, s. 72).

Reakcją osób przepracowujących traumę mogą być omówione już reakcje ponownego, intensywnego doświadczania traumatycznego przeżycia we wspomnieniach; reakcje odrętwienia i pustki emocjonalnej oraz objawy zwiększonego pobudzenia (tamże, s. 32).

Podstawą w procesie powrotu do zdrowia jest zrozumienie swoich reakcji na traumę, uznanie ich za powszechne i zrozumiałe w takiej sytuacji (tamże, s. 26). Trudno określić, jak długo może trwać proces powrotu do zdrowia w konkretnej sytuacji, lecz wiadomo, że może być on bolesny i długotrwały. Nie ma on jednak na celu ponownego przeżywania tego bólu w celu utrwalenia go, a przepracowanie i przetworzenie go w taki sposób, aby ostatecznie się od niego uwolnić i wzmocnić dzięki temu przeżyciu (tamże, s. 57).

Ofiary traumy, które uporały się z przepracowaniem jej następstw udzielają różnych wskazówek. Przede wszystkim radzą, aby „wydusić to z siebie” – unikanie, tego co się wydarzyło, w myślach i w rozmowie jest naturalną reakcją. Aby jednak wyleczyć się ze skutków urazu, trzeba do niego wracać. Co więcej, trzeba do niego wracać w jak najdrobniejszych szczegółach, gdyż skutki traumatycznych doświadczeń nie znikają tak po prostu. Wykazano, że podczas wysoce stresujących zdarzeń niektóre części mózgu mogą się na pewien czas wyłączyć. Gdy organizm koncentruje się tylko na przeżyciu, uruchamia jedynie te części mózgu, które są niezbędne w warunkach stresu, a wyłącza wszystkie pozostałe, nie będące bezpośrednio potrzebne do przeżycia. Przykładem usypianej części centralnego układu nerwowego jest hipokamp, który odpowiada za porządkowanie informacji i nadawanie im znaczenia w zrozumiałym języku. Osoba, która przeżyła traumę może mieć trudności z opisaniem w zrozumiałym sposób wydarzenia. Przepracowanie traumy polega więc na przypominaniu sobie i ponownym przeżyciu w szczegółach i towarzyszących jej doznań. Pozwala to przetworzyć je tak, by ostatecznie się od nich uwolnić. Jednak z uwagi na powracające, bardzo silne negatywne emocje nie jest to łatwe (tamże, s. 58-60).



Dążąc do wyleczenia skutków traumatycznego przeżycia dana osoba musi się ponownie zmierzyć ze wszystkimi sytuacjami, których unikała, poradzić sobie z nadmierną ostrożnością, drażliwością i wybuchami gniewu. Ważne jest, aby przekształcić skutki traumy w konstruktywny, integrujący sposób (tamże, s. 61).

W sytuacjach, w których pacjent z powodu traumatycznego wydarzenia czuje się zbyt przygnębiony aby funkcjonować, cennym uzupełnieniem terapii będą leki antydepresyjne. Pomimo tego, że często udaje się przepracować traumę bez farmakologicznego wspomaganie, leki mogą być przydatne w przypadku pacjentów, którzy doświadczają bezsenności lub wielu innych powikłań utrudniających terapię. Jednak w związku z tym, że alkohol, leki i narkotyki stanowią najłatwiejszy sposób złagodzenia negatywnych skutków stresu, pociągają za sobą ryzyko uzależnienia. Doraźne pomaganie sobie używkami, chociaż chwilowo łagodzi ból, uniemożliwia skuteczne przepracowanie traumy, ponieważ aby wyleczyć się z następstw traumatycznego wydarzenia, należy zmierzyć się z własnymi emocjami i nauczyć się sobie z nimi radzić (tamże, s. 70).

Wysoki poziom nadziei podstawowej w sytuacji nieodwracalnej straty warunkuje wybór adaptacyjnej strategii wycofania – pomaga ona przestać angażować swój czas i energię w coś, co zostało bezpowrotnie stracone. Z kolei w sytuacji niepowodzenia osoby o wysokim poziomie nadziei podstawowej angażują się w zadanie, ponieważ są przekonane, że świat jest sensowny, sprawiedliwy i przychylny ludziom, a zatem – pomimo porażki - ciągle wierzą w szansę osiągnięcia swego celu. Osoby te wycofują się rozumiejąc, że skoro świat jest przychylny, należy szukać, aby znaleźć dla siebie coś nowego (Zdankiewicz-Ścigała, 2009, s. 144).

### **3.2. Czynniki osobowościowe a radzenie sobie ze stresem posttraumatycznym**

Styl więzi wpływa na zdolność przystosowania się w warunkach stresu. O tym, jaki styl więzi wykształci się u danej osoby decyduje charakter relacji tworzonej przez dziecko i głównego opiekuna w najwcześniejszym okresie jego życia. W miarę dojrzewania wzory więzi rozszerzają się na wszystkie relacje uczuciowe i pozostają właściwie niezmienione przez dalszą część życia. Znaczy to zatem, że jeżeli relacje człowieka budowane były na bezpieczeństwie i ufności, to w nawet najtrudniejszej sytuacji będzie potrafił on sobie poradzić z konsekwencjami swoich doświadczeń. Potraktuje on traumę jako zdarzenie losowe, które być może zaburza na krótki okres czasu jego wiarę w sprawiedliwość i porządek oraz dobre intencje ludzi, lecz stanowi tylko jeden z elementów całości jego życiowego doświadczenia. Natomiast relacje budowane na nieufności potęgują doświadczenia traumy (Zdankiewicz-Ścigała, 2009, s. 133).

Osoby, które doświadczyły zagrożenia własnego życia, lub życia swoich bliskich z reguły zadają sobie pytania o fundamentalnym charakterze: o sens życia, o sprawiedliwość, o przeznaczenie, o przemijanie i o zgodę lub jej brak na taki a nie inny stan rzeczy. Sytuacje takie mają miejsce niezależnie od naszej woli a nagła trudność jakiej można doświadczyć aktywizuje wiedzę o fundamencie rzeczywistości wynikającą z nadziei podstawowej oraz czyni ją niezbędną do poradzenia sobie z egzystencjalnymi

dylematami. To, jak dotkliwie człowiek odczuwa rozbicie dotychczasowego ładu, jest w dużej mierze zależne od tego jak ważny był dla niego obszar, którego porządek uległ dezintegracji (tamże, s. 137).

Osoby posiadające silną nadzieję podstawową są z reguły przekonane, że można i warto budować nowy ład. Mocna wiara w sens, przychylność i porządek świata sprawia, że jednostka łatwiej godzi się ze stratą. Ułatwia jej to przejście do fazy budowania nowego porządku. Słaba nadzieja podstawowa sprawia, że jednostka odnosi się nieufnie do nowych doświadczeń. Słaba nadzieja podstawowa ogranicza jednostkę w jej myśleniu o sobie w ramach innego niż dotychczasowy ład. Osoby o niskiej nadziei podstawowej bronią starych tożsamości, co ogólnym rozrachunku szkodzi, gdyż bardzo utrudnia proces odbudowy po traumie. Tylko przekonanie o sensowności i przychylności świata pozwala ujrzeć nowe perspektywy dla rozwoju (tamże, s. 138).

Osoby charakteryzujące się silną nadzieją podstawową dobrze radzą sobie z rekonstruowaniem traumy w kierunku uwolnienia się z myślenia o niej w kategoriach przyczynowości osobistej. Warto jednak zwrócić uwagę na połączenie dwóch aspektów: poczucia sensu życia i siły nadziei podstawowej. Silna nadzieja podstawowa w momencie przełomu jakim jest choroba, stanowi fundament podtrzymujący porządek osobistych znaczeń i wartości, zachwiany przez traumę oraz przywraca poczucie sensu życia (tamże, s. 148-149).

J. Strelau i B. Zawadzki (2005) wykazali, że intensywność objawów PTSD, a także obraz tego zaburzenia można przewidzieć na podstawie cech temperamentu. Cechami temperamentu w ramach Regulacyjnej Teorii Temperamentu Strelaua (2006) zalicza się reaktywność emocjonalną, żwawość, perseweratywność, wytrzymałość, aktywność i wrażliwość sensoryczną. U osób charakteryzujących się wysokim poziomem aktywowalności zjawisko wzmacniania stymulacji skutkuje wyższym poziomem aktywacji, niż wynikałoby to z wielkości stymulacji, zaś u osób z niskim poziomem aktywowalności, stymulacja jest tłumiona (Strelau 2006, s. 151).

Dane te uprawdopodobniają zatem hipotezę, mówiącą, że cechy związane z wysokim poziomem aktywowalności, czyli wysoka reaktywność emocjonalna, niska żwawość, niska aktywność i niska wytrzymałość stanowią temperamentalne czynniki ryzyka (TCR) dla rozwoju zaburzeń posttraumatycznych (Kaczmarek, Kaźmierczak, Strelau, 2009, s. 115).

Następną grupą czynników ryzykownych, które uznawane są za znaczące w sytuacji traumatycznego stresu, są wewnętrzne właściwości człowieka, takie jak osobowość (w tym temperament). Dane empiryczne pokazują, że neurotyczność, introwersja oraz lęk jako cecha, a także poszukiwanie doznań są powiązane z patologicznymi skutkami doświadczeń silnie stresujących zarówno u osób dorosłych jak i u dzieci. Szczególne znaczenie, jako czynnikowi nasilającemu objawy PTSD, przypisuje się reaktywności emocjonalnej (Gustak, Głuszek-Osuch, 2009, s. 156-157).

### **3.3. Wzajemny wpływ członków rodziny doświadczonych sytuacją traumatyczną**

Rodzinne podobieństwo jest warunkowane podobieństwem środowiskowych czynników ryzyka PTSD poprzedzających i charakteryzujących wydarzenia oraz następujących po nim, przy czym podobieństwo potraumatycznych czynników

środowiskowych odpowiada za dynamikę podobieństwa. Ustalone związki wykazały również, iż oprócz upodabniającej roli „cech” na podobieństwo w sferze nasilenia objawów PTSD działa wzajemny „wpływ”.

Stwierdzono również, że reakcja dziecka na traumatyczne zdarzenie jest najbardziej specyficzna, oraz że dziecko zupełnie inaczej niż rodzice postrzega i ocenia różne aspekty traumatycznego wydarzenia. Jeżeli rodzina ma swoją przedtraumatyczną historię i przeżywa to samo traumatyczne wydarzenie, to same te czynniki stanowią wystarczającą podstawę do podobnej reakcji na traumę. Jeżeli rodzina wciąż doświadcza kolejnych potraumatycznych stresorów i żyje w środowisku „skażonym” traumą, to czynniki będą wciąż nasilać podobieństwo objawów potraumatycznych. Warto zwrócić tu jednak uwagę na fakt, iż ten podstawowy mechanizm upodabniania się członków rodzin ma ograniczone znaczenie i świadczy jedynie o współwystępowaniu objawów zaburzenia w rodzinach (Witkowska, Zawadzki, 2009, s. 313).

Od poziomu nasilenia objawów potraumatycznych u jednego z członków rodziny zależy nasilenie tych objawów u innych osób w rodzinie (tamże, s. 314).

### 3.4. Wsparcie społeczne a radzenie sobie z PTSD

Pośród czynników związanych z powrotem do zdrowia po doświadczeniu traumatycznego stresu bierze się pod uwagę zmienne wiążące się z reakcją otoczenia społecznego osoby poszkodowanej. Prócz wsparcia społecznego płynącego od osób bliskich, w literaturze zwraca się uwagę również na znaczenie poczucia akceptacji bądź odrzucenia płynącego od społeczności, w której żyje dana osoba. Postawa zrozumienia i uznania wyjątkowości sytuacji osoby doświadczającej ekstremalnego stresu oraz okazywanie szacunku wobec jej doświadczeń stymuluje powrót do równowagi psychicznej (Kaczmarek, Zawadzki, 2009, s. 260).

Na przekór związanemu z intuicją przekonaniu, iż pomoc w postaci pocieszenia lub innych form wsparcia jest skuteczna, stwierdzono, że wiele form wsparcia społecznego, szczególnie kiedy udzielane jest w nieadekwatnej formie, może szkodzić. Ze wsparciem negatywnym mamy do czynienia w sytuacji, w której jednostka styka się z odrzuceniem społecznym, potępieniem lub obarczeniem winą za zaistnienie traumatycznego wydarzenia. Nierzadko ma to miejsce w przypadku osób zgwałconych, które doświadczają braku pomocy, odrzucenia oraz oskarżeń o sprowokowanie gwałtu.

Warto podkreślić, że inni ludzie mogą być nie tylko źródłem zasobów pomagających poradzić sobie po doświadczeniu traumatycznego stresu, lecz mogą również, nadając znaczenie sytuacji, stanowić źródło sensu przeżywanego doświadczenia.

Wsparcie społeczne może być zróżnicowane w zależności od źródła pomocy. Obok kręgu osób z najbliższej rodziny oraz przyjaciół, można wskazać dalszych znajomych i krewnych, oraz – szerzej – całą społeczność, w której żyje osoba doświadczająca traumy. Wsparcie społeczne jest dla takich osób niezwykle istotne, gdyż patrząc z punktu widzenia mechanizmów opisanych w psychologii społecznej, osoby doświadczające traumatycznego stresu są niezwykle podatne na społeczne odrzucenie. Skrajnie trudne doświadczenia są relatywnie rzadkie, toteż wiele osób z otoczenia jednostki ma trudność z wyobrażeniem sobie odczuć takiej osoby. Wiele osób może

także nie wiedzieć, w jaki sposób możliwe jest udzielenie pomocy poszkodowanemu, a stosowane sposoby mogą w rzeczywistości wcale nie być pomocne (tamże, s. 261).

## **Podsumowanie**

Traumatyczne wydarzenia zdarzają się nagle i mogą spotkać każdego. Przeważnie ofiary nie mają czasu na to, żeby się do nich przygotować, a już po traumie – aby uporządkować i zrozumieć swoje przeżycia. W trudnym potraumatycznym okresie osoby te potrzebują zrozumienia wyjątkowości ich sytuacji oraz poczucia wsparcia.

Rodzina, stanowiąca najbliższe otoczenie ofiary traumy, powinna wiedzieć, że nie istnieje podział na lepsze i gorsze sposoby reagowania na traumę. Jednak niekiedy, gdy na skutek na przykład trwałych zmian zachowania rodzą się konflikty pomiędzy członkami systemu, rodzina zamiast wspierać ofiarę traumatycznego wydarzenia w powrocie do zdrowia, przyczynia się do pogorszenia jej funkcjonowania.

Do ważnych czynników adaptacyjnych w sytuacji stresowej należy spójność w zakresie emocji, zainteresowań, spędzania wolnego czasu, przyjaciół, czy podejmowanych decyzji, bliskość więzi, lojalność i zaufanie (Rozmysłowska, 2009, s. 287) oraz przede wszystkim elastyczność rozumiana jako podatność rodziny na zmiany, reguły i zasady panujące w danym systemie itp. „Sztywne” systemy rodzinne są mniej narażone na sytuację kryzysu z powodu ich mniejszej podatności na wpływ czynników stresogennych. Jeśli natomiast sytuacja stresowa pojawia się, to szybciej i łatwiej do równowagi wracają systemy „elastyczne” (tamże, s. 281).

Rozważając sytuację, w której tylko jedna osoba z rodziny przeżyła traumę, nie wolno wykluczyć, że cierpi z tego powodu cała rodzina. Może bowiem na nią działać traumatyzacja wtórna. Skutkuje to osłabieniem integralności całego systemu. Na wzrost sytuacji konfliktowych wpływać może także brak zrozumienia położenia osoby, którą dotknęło traumatyczne wydarzenie. Mówiąc o wydarzeniach wstydliwych (np. gwałt, kazirodztwo, przemoc domowa), należy brać pod uwagę izolowanie się rodziny od środowiska zewnętrznego, chęć zachowania całej sytuacji w tajemnicy. Warto także zaznaczyć, że objawy zaburzeń psychicznych przejawiające się w rezultacie przeżytej traumy, mogą być przyczyną wtórnej traumatyzacji domowników (tamże, s. 278).

Rola uznania społecznego, na biegunach którego jest potępienie i odtrącenie, a z drugiej strony akceptacja i otwartość na osobę wydaje się być istotnym czynnikiem warunkującym radzenie sobie z traumatycznym stresem i jego następstwami (Kaczmarek, Zawadzki, 2009, s. 274). Powinniśmy zatem pamiętać, że w sytuacji, kiedy ktoś z naszego otoczenia zostanie ofiarą traumy, nasze zrozumienie oraz akceptacja tej osoby i jej położenia mogą stanowić klucz jej powrotu do zdrowia.

## **Bibliografia:**

Dudek B., Banach K. (2009), *Zastosowanie teorii zachowania zasobów Stevana Hobfolla do analizy stresu traumatycznego*, (w:) *Konsekwencje psychiczne traumy – uwarunkowania i terapia*, J. Strelau, B. Zawadzki, M. Kaczmarek, (s. 64-74), Warszawa: Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR.

- Gustak M., Głuszek-Osuch M. (2009), *Czynniki warunkujące PTSD u dzieci i młodzieży* (w:) *Konsekwencje psychiczne traumy – uwarunkowania i terapia*, J. Strelau, B. Zawadzki, M. Kaczmarek (red.), (s. 154-173), Warszawa: Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR.
- Heitzman J. (2009), *Zaburzenia potraumatyczne – możliwości psychoterapeutyczne, przegląd koncepcji* (w:) *Konsekwencje psychiczne traumy – uwarunkowania i terapia*, J. Strelau, B. Zawadzki, M. Kaczmarek (red.), (s. 321-342), Warszawa: Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR.
- Herbert C. (2004), *Zrozumieć traumę – poradnik dla osób, które doznały urazu i dla ich rodzin*, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Kaczmarek M., Kaźmierczak I., Strelau J. (2009), *Ekspozycja na traumę oraz cechy osobowości jako czynniki modyfikujące nasilenie symptomów PTSD w grupie pogorzalców: badania rodzinne* (w:) *Konsekwencje psychiczne traumy – uwarunkowania i terapia*, J. Strelau, B. Zawadzki, M. Kaczmarek (red.), (s. 110 – 131), Warszawa: Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR.
- Kaczmarek M., Zawadzki B. (2009), *Uznanie społeczne jako czynnik adaptacji potraumatycznej* (w:) *Konsekwencje psychiczne traumy – uwarunkowania i terapia*, J. Strelau, B. Zawadzki, M. Kaczmarek (red.), (s. 260-275), Warszawa: Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR.
- Popiel A., Pragłowska E. (2009), *Psychopatologia reakcji na traumatyczne wydarzenia* (w:) *Konsekwencje psychiczne traumy – uwarunkowania i terapia*, J. Strelau, B. Zawadzki, M. Kaczmarek (red.), (s. 34– 63), Warszawa: Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR.
- Rozmysłowska J. (2009), *Klimat rodzinny a objawy zaburzenia stresowego pourazowego (PTSD) w grupie powodzian* (w:) *Konsekwencje psychiczne traumy – uwarunkowania i terapia*, J. Strelau, B. Zawadzki, M. Kaczmarek, (red.), (s. 276-290), Warszawa: Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR.
- Terelak, J.F. (2008). *Człowiek i stres: Koncepcje – źródła – reakcje – radzenie sobie – modyfikatory*. Bydgoszcz: Oficyna Wydawnicza „Branta”.
- Uszyński M. (2009), *Stres i antystres – patomechanizm i skutki zdrowotne*, Wrocław: MedPharm Polska.
- Witkowska E., Zawadzki B. (2009), *Podobieństwo rodzinne, nasilenia objawów PTSD i jego uwarunkowania u ofiar powodzi* (w:) *Konsekwencje psychiczne traumy – uwarunkowania i terapia*, J. Strelau, B. Zawadzki, M. Kaczmarek (red.), (s. 291-317), Warszawa: Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR.
- Zdankiewicz-Ścigała E. (2009), *Nadzieja podstawowa jako moderator procesu adaptacji po traumie* (w:) *Konsekwencje psychiczne traumy – uwarunkowania i terapia*, J. Strelau, B. Zawadzki, M. Kaczmarek (red.), (s. 132-153), Warszawa: Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR.