

# Janusz Heitzman

---

## Zastosowanie teorii stresu w diagnozie sądowo-psychiatrycznej

---

Palestra 41/1-2(469-470), 89-95

---

1997

Artykuł został zdigitalizowany i opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej [bazhum.muzhp.pl](http://bazhum.muzhp.pl), gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

myt, wyłudzenie, doprowadzenie do bankructwa, niegospodarność) uniemożliwiałyby z powodu rozpoznania reaktywnego zaburzenia, wszczęcie postępowania.

Zastosowanie teorii stresu pozwalało by w dużej mierze uniknąć zarzutu abstrakcyjności w wydawanych opiniach oraz znaleźć próbę obiektywizacji subiektywnych doznań osób podejrzanych (9).

Badanie odniesionego uszczerbku w zdrowiu psychicznym na skutek doznanego urazu zawsze byłoby trudnym zadaniem dla biegłych psychiatrów występujących w sprawach odszkodowawczych. Uniknięcie wpływu osobistego stosunku do osób obarczonych urazem na sam charakter i przebieg badania byłoby bardzo trudne, o ile w ogóle możliwe. Zazwyczaj były to osoby głęboko pokrzywdzone, które owych urazów doświadczyły nie tyle na zasadzie przypadku, ile celowego, wrogiego im działania innych ludzi. Była to kategoria ofiar czyjegoś działania przestępnego, często systemu politycznego, czy też ideologicznego. Ich stan psychiczny wyrażał z jednej strony poczucie krzywdy, roszczenia zadośćuczynienia, a z drugiej, nawet będąc tych elementów pozbawiony – w sposób ostry lub przewlekły demonstrował psychopatologiczne objawy. Gdy próbowano ocenić objawy psychopatologiczne, jakie występowały u ofiar przemocy, gwałtów, bezpośredniego zagrożenia życia, świadków ludobójstwa, ofiar uwięzienia, terroryzmu, oraz u żołnierzy frontowych, stwierdzano szereg wspólnych cech. Zauważono, że podobne objawy psychopatologiczne występują nie tylko u osób bezpośrednio narażonych na doznanie psychi-

cznego czy fizycznego urazu, ale i ludzi będących świadkami doznawania takich urazów przez innych. Pewne prawidłowości próbowano rozwiązać przez dokładną analizę sytuacji urazowej – tego, czy była przypadkowa, okazjonalna, czy też zależała od konsekwentnego, zamierzonego działania. Rozważano znaczenie czynnika o charakterze izolowanych obrażeń fizycznych, psychicznych i ich połączenia w trudny do rozdzielenia uraz psychofizyczny. Starano się badać reakcje poszkodowanych i obarczonych urazem. W pewnych przypadkach można było spostrzec nagłą reakcję organizmu, będącą odpowiedzią impulsywną, szczególnie emocjonalną i niejednokrotnie negatywną w wymiarze prawnych konsekwencji. Najczęściej jednak obserwowano efekt odległy na psychofizyczne obciążenie (8).

Przez wiele lat psychiatria kliniczna próbowała dostarczać psychiatrii sądowej i prawnikom terminów, mogących mieć znaczenie w postępowaniu odszkodowawczym. Używano takich określeń, jak „nerwica wypadkowa”, „nerwica zadośćuczynienia”, „nerwica odszkodowania”, „syndrom ofiary wypadku”, „nerwica powypadkowa”, „histeria re-kompensaty”, „nerwica przerażenna”, „nerwica pieniężna”, „nerwica sprawiedliwości” (13).

Długo funkcjonował, i do dzisiaj jest stosowany w praktyce sądowo-psychiatrycznej, termin „nerwicy pourazowej”. Mimo, że aktualna klasyfikacja DSM-IV nie używa w ogóle tego terminu, a ICD-10 jedynie jako hasło, do którego można się odwołać, szukając znaczenia ostrej reakcji na stres („ostrego zaburzenia stresowego”) – F 43,0, przez „nerwicę pourazową” rozumiano symptomy

psychiatryczne, jakie następują po wypadku. Obecnie termin ten został zastąpiony przez „zespół pourazowego stresu” z dokładnie określonymi kryteriami diagnozy, ustalonymi po raz pierwszy w Podręczniku Diagnozy i Statystyki Amerykańskiego Stowarzyszenia Psychiatrów, znanej jako DSM-III, a modyfikowanej w DSM-III-R i DSM-IV.

Mimo, że kryteria diagnostyczne zespołu pourazowego stresu – PTSD – starano się przez lata szczegółowo dopracować i pozostawiać w wersji kolejnych edycji DSM, pojawiały się i nadal pojawiają, naukowe dyskusje, sugerujące rozszerzenie pojęcia pourazowego stresu. Próbowano do tej kategorii diagnostycznej włączyć np. formę rozwijającą się w następstwie narażenia na trujące substancje toksyczne (17).

Typowe objawy stresu pourazowego, mimo że zawierały już w DSM-III – wciąż narzucające się ponowne przeżywanie wydarzenia, unikanie rzeczy przypominających o wydarzeniu, symptomy niepokoju, odrętwienie w reagowaniu na emocje, oraz wycofanie się z kontaktu ze światem zewnętrznym – były w tamtych latach traktowane jako nieprawomocne. Psychiatrzy podchodzili i podchodzą do diagnozy stresu pourazowego z dużym sceptycyzmem, choć wcześniej chętnie i bez obaw stosowali diagnozę *de facto* tożsamą, czyli „nerwicy urazowej”. Kontrowersje wokół diagnozy PTSD zaczęły narastać z chwilą, gdy jej sędowo-psychiatryczne zastosowanie nie ograniczało się tylko do spraw odszkodowawczych u ofiar, ale gdy rozpoznanie PTSD zaczęło służyć ograniczeniu lub zniesieniu poczytalności w czynach afektywnych, impulsywnych, agresywnych, jak

i nieagresywnych, motywowanych np. chęcią zysku.

Prowadzone badania nad wykorzystaniem sądowym PTSD nie dają jednoznacznych rezultatów. Z jednej strony uwierzytelniają kryteria PTSD, a z drugiej wskazują na ich dwuznaczność. Podstawowy zarzut wobec tej diagnozy wiąże się z wysokim subiektywizmem symptomów i ich pewną nieokreślonością. Dodatkowo doniesienia o przypadkach symulowania PTSD w warunkach klinicznych utwierdziły przeciwników PTSD w ich racji (22).

Wydaje się jednak, że PTSD nie jest jedyną diagnozą w psychiatrii obciążoną subiektywizmem. Istnieją przecież możliwości wprowadzenia obiektywnych sposobów oceny zespołu pourazowego stresu przy pomocy testów psychologicznych i fizjologicznych, czasami jednak najwięksi oponenti nie zadają sobie trudu, by z metod tych korzystać.

W naszych warunkach prawnych wysoki potencjał kontrowersji wobec diagnozy zespołu pourazowego stresu wiąże się m.in. z prawną typologią stanu silnego wzburzenia. W opisie i interpretacji tej kategorii prawnej można odnaleźć niemal wszystkie kryteria zespołu PTSD. Gdy połączy się utożsamianie stanu silnego wzburzenia z zamierzczym, ale jeszcze obecnym w świadomości, zwłaszcza prawników, afektem fizjologicznym, pozycja niemal tożsamego zespołu PTSD, który najczęściej ograniczałby, a rzadziej zwalniał z odpowiedzialności karnej – budzi chęć zachowania przynajmniej dystansu wobec tej diagnozy.

Gdy przed 25 laty w praktyce sądowej krajów anglojęzycznych zaczęto stosować diagnozę pourazowego stresu, prob-

lemem okazało się odniesienie jej do prawnego rozumienia choroby psychicznej. Przyjęto założenie, że każdy sąd musi stwierdzić, czy zespół pourazowego stresu może zaliczyć do chorób psychicznych. Dopiero wtedy sąd może wypowiedzieć się co do poczynałości i winy (16).

Począwszy od DSM-III rozpoznawalny czynnik stresujący określano specyficznie jako ten „który pobudzi symptomy stresu u prawie każdego”. Zauważono jednak, że podatność indywidualna na zagrażający bodziec jest osobniczo zmienna. Gdy próbowano systematyzować przyczyny ciężkiej nerwicy urazowej u dorosłego, wyróżniono początkowo tylko 4 rodzaje „wydarzeń pobudzających”: 1. reakcję na walkę, 2. na masową katastrofę, 3. holocaust – reakcje tych, którzy przeżyli, 4. „zwykle” reakcje w czasie pokoju na wypadki drogowe lub przy pracy (17).

Od około 20 lat trwają zaawansowane badania nad teoriami biologicznymi PTSD. Koncentrują się one głównie wokół reakcji neuroendokrynych na stres w osi podwzgórze–przysadka–nadnercza oraz wokół receptorów: norepinefryny, dopaminy, opiatów endogennych i benzodiazepiny. W PTSD stwierdzono obniżenie poziomu serotoniny, podwyższenie aktywności sympatoadrenergicznej, wysoki poziom kortykosterydów (7, 8). Zaobserwowano w tym zespole zwiększoną aktywność i reagowanie autonomicznego układu nerwowego, potwierdzone poprzez podwyższone tętno i pewne nieprawidłowości fizjologii snu.

Wydaje się, że odniesienie biologicznych podstaw reakcji na stres do zaburzeń reaktywnych dałoby interesujące podstawy do obiektywizacji tej diagnozy. Ciekawe były obserwacje związane

ze szczególną odruchową, zwiększoną reakcją emocjonalną i fizjologiczną, przez osoby z rozpoznaniem zespołem pourazowego stresu, gdy ponownie zostały postawione w sytuacji zagrażającej. Taka reakcja sugerowałaby, że pacjenci z pierwotnymi nerwicowymi zaburzeniami mają mniej efektywne mechanizmy, aby utrzymać psychoendokrynną równowagę i ta biologiczna predyspozycja może być przyczyną większego prawdopodobieństwa ujawniania się zaburzeń w sytuacji szczególnego obciążenia (15). Pośrednio można wysnuć wniosek, że wcześniejsze rozpoznanie nerwicy czy zespołu pourazowego stresu mogłoby uwiarygodnić rozpoznanie zaburzeń reaktywnych. Są doniesienia, że istnieją fizjologiczne predyspozycje do ujawniania chronicznego zespołu pourazowego stresu. Również pewne dysfunkcje fizjologiczne są charakterystyczne dla rodzin, gdzie PTSD pojawiał się znacząco częściej (2). Ostatecznie jednak uważa się, że zespół pourazowego stresu może rozwijać się u osób z nieobecnością wcześniej psychopatologią. Obala to poglądy, że „nerwica urazowa” rozwijała się tylko u specjalnego typu predysponowanych ludzi (5).

Nie omawiając szczegółowych kryteriów PTSD warto zaznaczyć, że DSM-IV bardziej dokładnie niż DSM-III-R wyjaśnia znaczenie stresora „będącego poza skalą zwykłego ludzkiego doświadczenia”. Kryteria diagnostyczne PTSD w DSM-IV pozwalają określić, czy zaburzenie jest ostre, gdy trwa krócej niż 3 miesiące, lub chroniczne, gdy trwa dłużej. DSM-IV sugeruje również (co w naszych, polskich warunkach jest często mylnie stosowane), że tam, gdzie skutki narażenia na zdarzenie traumatyczne

czne – „którego osoba doświadczyła, była świadkiem, lub uczestniczyła w zdarzeniu, które zawierało element zagrożenia życia, lub skutkowało utratą życia lub odniesieniem poważnych ran lub zawierało zagrożenie integralności fizycznej danej osoby lub innych, a reakcja tej osoby zawierała intensywny strach, bezsilność, lub przerażenie” – trwają minimum dwa dni a maksimum 4 tygodnie i pojawiają się po 4 tygodniach od zdarzenia traumatycznego, nie należy rozpoznawać PTSD, tylko ostrą reakcję na stres („ostre zaburzenie stresowe”) – ASD. Łatwo może dochodzić do pomyłek między ostrą postacią PTSD (od 1 miesiąca do 3 miesięcy) a ostrą reakcją na stres („ostrym zaburzeniem stresowym”).

Szczególne znaczenie w alternatywie dla diagnozy zaburzeń reaktywnych przez eliminację archaicznego rozpoznania „nerwicy urazowej” i stosowanie kryteriów zespołu pourazowego stresu (PTSD) i ostrej reakcji na stres (ASD), mają metody psychometrycznej obiektywizacji rozpoznania. W stosunku do PTSD istnieje szereg skal i kwestionariuszy. Najdłużej stosowana jest „Skala efektu wydarzenia” (Horowitz, Wilner, Alvarez) potwierdzona w swej użyteczności wieloma badaniami (10, 26). Zastosowanie w diagnozie PTSD, również w tych przypadkach, gdzie symptomy były symulowane, znalazł test MMPI (4, 21). Zwłaszcza skala F tego testu pozwalała na weryfikowanie objawów fabrykowanych dla osiągnięcia wtórnych korzyści. Generalnie pacjenci z PTSD mają podwyższone wyniki w skali Sc, D, F, Ps, tego testu. Wykonywane u nich testy Rorschacha często wskazują na obecną agresję i brutalność (12).

Wyniki badań nad zespołem pourazowego stresu jak i ostrej reakcji na stres pozwalają na powszechne stosowanie kryteriów tej diagnozy w ocenie stanu psychicznego osób narażonych na szczególne urazy psychiczne i fizyczne doznane wskutek czyjegoś przestępnego działania czy też specyficznego psychicznego udręczenia. Zastosowanie nowych jednostek diagnostycznych związanych ze stresem w opiniowaniu sądowo-psychiatrycznym, może odnosić się zarówno do ofiar jak i sprawców przestępstw. Gdy ostra reakcja na stres lub zespół pourazowego stresu ma być argumentem medycznym w ocenie poczytalności, łatwiej będzie te diagnozy stosować zamiast dotychczasowych kategorii zaburzeń i reakcji reaktywnych. Zarówno zespół pourazowego stresu (PTSD) jak i ostra reakcja na stres (ASD) w psychiatrii sądowej najczęściej mają charakter psychogeny. Mieszczą się one w obszarze „innych zakłóceń czynności psychicznych”. W wypadku PTSD trwają dłużej, natomiast gdy dotychczas ostrej reakcji na stres, mają charakter szybko przemijających zaburzeń psychicznych, zwłaszcza u osób, które dotychczas nie zdradzały żadnych zaburzeń psychicznych. Diagnozy związane z reakcją na stres ujawniają się w czynach afektywnych o sprecyzowanych kryteriach motywacyjnych. Stan psychiczny wobec reakcji na stres charakteryzuje się najczęściej w sposób mieszany występującymi zaburzeniami emocjonalnymi, zaburzeniami świadomości lub zaburzeniami psychomotorycznymi.

Zespół pourazowego stresu odnosi się do bardzo szczegółowej konstrukcji symptomów, kryteria diagnostyczne są w nim bardzo specyficzne i o wiele

bardziej szczegółowe niż w przypadku dawnego terminu „nerwicy urazowej”, czy mało konkretnego hasła zaburzenia reaktywnego. Mimo istniejących jeszcze uprzedzeń, wynikających z niezajomości symptomatologii reakcji na stres, wydaje się, że te diagnozy ułatwią komunikację między prawnikami i psychiatrami. Diagnoza zespołu pourazowego stresu i ostrej reakcji na stres, poprzez swoje możliwości medycznego i psychologicznego zobiektywizowania może być czynnikiem ułatwiającym prawne uprzywilejowanie, choćby poprzez nowe spojrzenie na konstrukcję silnego wzburzenia.

Badania wielu opinii sądowo-psychiatrycznych potwierdzają, że diagnoza pourazowego stresu nie jest koniecznym warunkiem do określenia zdrowia psychicznego. Ma ona jednak duże znaczenie w sprawach o dokonanie szczególnie groźnych, agresywnych przestępstw (16, 22). Ważnym warunkiem dla umocnienia się zespołu pourazowego stresu (PTSD) i ostrej reakcji na stres (ASD) w opiniowaniu sądowo-psychiatrycznym jest stosowanie tych rozpoznań tylko wówczas, gdy poparte są one spełnieniem szczegółowych kryteriów diagnostycznych. Rozpoznawanie reakcji na stres nie może być tylko „hasłem w opinii”, „tytułem” do wniosków o poczytalności. Próba wnioskowania ograniczonej bądź zniesionej poczytalności w sytuacji, gdy mamy do czynienia z doznany obciążeniem, które wywołało zespół PTSD bądź ostrą reakcję na stres, bez przeprowadzenia całego dowodu spełnienia kryterium rozpoznania, może podważyć wiarygodność tej diagnozy. Rozpoznawanie reakcji na stres na użytek prawa nie może być jedynie parawa-

nem, zasłoną bez dowodów. Nie chodzi tu tyle o świadome używanie nieprawdziwego rozpoznania, co o czasami subiektywny charakter klinicznego wywiadu. PTSD jest diagnozą trudną do potwierdzenia. Badany może mieć pewne objawy wskazujące na PTSD, a mimo to nie cierpieć z powodu tych zaburzeń. Wiele symptomów jest niespecyficznych i może być dowodem innych zaburzeń psychicznych, czy reakcji na inne stresy. Samo stwierdzenie narażenia na obciążenie nie zwalnia z szukania innych zaburzeń. Zarówno z przeglądu piśmiennictwa jak i z własnych doświadczeń można dostrzec, że niemal wszystko w PTSD może być zmyślane. Najistotniejsza cecha diagnostyczna, sama w sobie będąca stresorem, musi być wystarczająco ostra, aby być poza normalnym ludzkim doświadczeniem. Już to powoduje, że wykluczeniu ulegają takie stresory, jak kłopoty w pracy, konflikt małżeński, rozwód, śmierć ukochanej osoby, przewlekła choroba, czy inne problemy napotymane w życiu codziennym. Można się zastanawiać, czy kompetencje biegłego psychiatry pozwalają na rozstrzygnięcie, czy dany stresor miał miejsce, czy dokonał wystarczająco mocnego urazu, czy powodem wystąpienia objawów był właśnie ten, a nie inny stresor, czy wszystko nie jest prowokacją. Wiadomo, że jako biegli musimy się w tego typu sprawach domagać niezależnego świadectwa, czy niezależnych dowodów, potwierdzających wersję badanego. Kiedyś powiedziano, że „dobry gracz w pokera prawdopodobnie dużo lepiej niż specjalista od zdrowia psychicznego wie, czy dana osoba kłamie. Psychiatra jest lekarzem, a nie wykrywaczem kłamstw” (19). Najważ-

niejszym jednak zadaniem dla biegłego jest zawsze ustalenie związku przyczynowego na dwóch płaszczyznach. Pierwszy – to związek pomiędzy stresem pourazowym a symptomami psychiatrycznymi i drugi – związek przyczynowy pomiędzy psychiatrycznymi symptomami a aktem przestępnym, gdy chodzi o badanie sprawcy czynu (22). Z kolei badanie ofiar obciążenia to nie tylko zidentyfikowanie stresora. Mimo że stresor jest konieczny do wywołania zaburzenia, to nie jest on często wystarczający, bowiem nie wszyscy, którzy doświadczyli traumatycznego urazu, ujawniają objawy. Zawsze należy rozważyć indywidualne czynniki biologiczne, psychosocjalne i inne zda-

zenia, jakie miały miejsce po narażeniu na zasadnicze obciążenie. Ostatnie badania nad PTSD bardziej podkreślają szczególne znaczenie subiektywnego odzewu na uraz, niż samą obecność stresora i subiektywne znaczenie, jakie stresorowi badany nadaje (12). Posiłkowanie się wskazanymi testami psychometrycznymi i psychofizjologicznymi powinno w zasadzie być brane pod uwagę wówczas, gdy kliniczna diagnoza sugeruje symulację.

Możliwości diagnostycznej alternatywy dla zaburzeń reaktywnych warte są dalszych badań. Wymagają poświęcenia zagadnieniu reakcji na stres więcej uwagi w szkoleniu nie tylko lekarzy, ale i prawników.

## Piśmiennictwo:

1. Buchała K.: *Niektóre problemy zabójstwa pod wpływem silnego afektu*, „Palestra” 1987, 10–11, 123–145.
2. Davidson J., Swartz M., Storck M., Krishnan R., Hammett E.: *A diagnostic and family study of posttraumatic stress disorder*, „Am. J. of Psychiatry” 1985, 142, 90–93.
3. *Diagnostic criteria from DSM-IV*, American Psychiatric Association, Washington D.C. 1994, 209–212.
4. Fairbank J.A., McCaffrey R.J., Keane T.M.: *Psychometric detection of fabricated symptoms of posttraumatic stress disorder*, „Am. J. of Psychiatry” 1985, 142, 501–503.
5. Fowle D.G., Aveline M.O.: *The emotional consequences of ejection, rescue and rehabilitation in Royal Air Force aircmen*, „British J. of Psychiatry” 1985, 146, 609–613.

6. Gierowski J.K.: *Stan silnego wzburzenia jako przedmiot sądowej ekspertyzy psychologicznej*, „Palestra” 1995, 3–4, 108–116.
7. Heitzman J.: *Stan przewlekłego stresu w etiologii zabójstwa*, (w:) *Psychopatologia zabójstw*, Materiały Sympozjum Naukowego Sekcji Psychiatrii Sądowej Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego XXXVII Zjazd Naukowy Psychiatrów Polskich, Warszawa 1992, 39–48.
8. Heitzman J.: *Zespół pourazowego stresu – kryteria diagnostyczne, zastosowanie kliniczne i orzecznicze*, „Psych. Pol.” 1995, 6, 751–766.
9. Heitzman J.: *Konstrukcja opinii sądowo-psychiatrycznej*, (w:) *Postępowanie karne i cywilne wobec osób zaburzonych psychicznie*. Red. J.K. Gierowski, A. Szymusik, Kraków, Collegium Medicum, UJ, 1996, 45–62.
10. Horowitz M., Wilner N., Alvarez, (w:) *Impact of event scale. A measure of subjective stress*, „Psychosomatic Medicine” 1979, 41, 209–218.
11. ICD-10, Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych – Rewizja X, Vesalius, Kraków 1994, 35–36, 52.
12. Kaplan H.J., Sadock B.J., Grebb J.A.: *Kaplan and Sadock’s Synopsis of Psychiatry*, Behavioral Sciences, Clinical Science, Seventh edition, Williams & Wilkins, Baltimore 1994, 606–611.
13. Mendelson G.: *The concept of posttraumatic stress disorder: A review*, „International Journal of Law and Psychiatry” 1987, 10, 45–62.
14. Miller H.: *Accident neurosis*, „British Medical Journal” 1961 1, 919–925, 992–998.
15. Miyabo S., Asato T., Mizushima N.: *Psychological correlates of stress-induced cortisol and growth hormone releases in neurotic patients*, „Psychosomatic Medicine” 1979, 41, 515–523.
16. Parker J.K.: *Posttraumatic stress disorder and the insanity defense: A critical analysis*, „Journal of Psychiatry and Law” 1983, 11, 125–136.
17. Pilowsky J.: *Cryptotrauma and „accident neurosis”*, „British Journal of Psychiatry” 1985, 147, 310–311.
18. Pobocha J.: *Aspekty psychiatryczne, psychologiczne i prawne stanu silnego wzburzenia*, „Palestra” 1994, 5–6.
19. Raifman L.J.: *Problems of diagnosis and legal causation in courtroom use of post-traumatic stress disorder*, „Behavioral Science and the Law” 1983, 1, 115–130.
20. Schottenfeld R.S., Cullen M.R.: *Occupation-induced posttraumatic stress disorder*, „Am. J. of Psychiatry” 1985, 142, 198–202.
21. Sparr L., Pankratz L.D.: *Factitious posttraumatic stress disorder*, „Am. J. of Psychiatry” 1983, 140, 1016–1019.
22. Sparr L., Atkinson R.M.: *Posttraumatic stress disorder as an insanity defense*, Medicological quicksand. „Am. J. of Psychiatry” 1986, 143, 608–613.
23. Stanik J.M.: *Psychologiczna opinia sądowa w sprawach o zabójstwo pod wpływem silnego wzburzenia. Z zagadnień Nauk Sądowych*, Wydawnictwo Instytutu Ekspertyz Sądowych, Kraków 1995, XXXII, 40–43.
24. Szymusik A.: *Dyskusyjne problemy orzecznictwa psychiatryczno-psychologicznego w stanach afektywnych*, (w:) *Materiały IX Krajowej Konferencji Sekcji Psychiatrii Sądowej PTP pt. Stany afektywne w opiniowaniu sądowym psychiatryczno-psychologicznym*, Warszawa 1991, 7–20.
25. Tarnawski M.: *Silne wzburzenie o odpowiedzialność karna*, (w:) *Materiały IX Krajowej Konferencji Sekcji Psychiatrii Sądowej PTP, pt. Stany afektywne w opiniowaniu sądowym psychiatryczno-psychologicznym*, Warszawa 1991, 21–30.
26. Zilberg N.J., Weiss D.S., Horowitz M.J.: *Impact of Event Scale: A cross-validation study and some empirical evidence supporting a conceptual model of stress response syndromes*, „Journal of Consulting and Clinical Psychology” 1982, 50, 407–414.