

Lis-Turlejska, Maja

Z życia nauki i życia Towarzystwa : Stres : współczesne problemy : (Symposium – Warszawa 4 IV 2003 r.) : Psychologiczne konsekwencje stresu traumatycznego

Rocznik Towarzystwa Naukowego Warszawskiego 66, 78-88

2003

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, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych oraz w kolekcji mazowieckich czasopism regionalnych mazowsze.hist.pl.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

Maja Lis-Turlejska

PSYCHOLOGICZNE KONSEKWENCJE STRESU TRAUMATYCZNEGO

POJĘCIE ZABURZENIE PO STRESIE TRAUMATYCZNYM

Zaburzenie po stresie traumatycznym (ang. *posttraumatic stress disorder*, w skrócie PTSD) może wystąpić w następstwie przeżycia lub bycia świadkiem zagrażających życiu zdarzeń takich jak wojna, incydenty terrorystyczne, poważne wypadki i katastrofy, klęski żywiołowe lub akty związane z przemocą takie jak gwałt. Ludzie, którzy cierpią na PTSD często przeżywają ponownie traumę w koszmarach sennych lub wdzierających się na jawie wyobrażeniach, mają kłopoty ze snem, i czują się zubożeni i wyobcowani. Te objawy mogą być o tyle nasilone i trwać tak długo, że zakłócają one znacząco codzienne życie jednostki. PTSD cechują wyraźne zmiany biologiczne jak również symptomy psychologiczne. Obraz tego zaburzenia komplikuje fakt, że często występuje ono w połączeniu z innymi zaburzeniami psychicznymi takimi jak depresja i nadużywanie substancji psychoaktywnych (np. alkoholu), problemami z pamięcią i funkcjonowaniem poznawczym i innymi problemami zdrowia fizycznego i psychicznego. Zaburzenie to jest także związane z pogorszeniem zdolności jednostki do funkcjonowania w życiu społecznym i rodzinnym, np. trudnościami w funkcjonowaniu zawodowym oraz z problemami małżeńskimi i rodzinnymi.

HISTORIA ODKRYWANIA PSYCHOLOGICZNYCH NASTĘPSTW SKRAJNEGO STRESU

PTSD nie jest nowym zaburzeniem. Istnieją opisy podobnych objawów jeszcze w czasach starożytnych. Odyseusz – weteran wojny trojańskiej – doświadczał wg Homera wdzierania się na jawie do świadomości scen traumatycznych oraz tego co obecnie określa się jako „poczucie winy ocalałego”. Historyczna dokumentacja medyczna sięga wojny secesyjnej, kiedy podobny do PTSD syndrom został opisany przez da Costę jako „żołnierskie serce”. Istnieją wyraziste opisy objawów stresu pourazowego w literaturze medycznej dotyczącej amerykańskich żołnierzy podczas II wojny światowej, byłych więźniów hitlerowskich obozów koncentracyjnych, Żydów ocalałych z Holocaustu i amerykańskich weteranów wojny w Wietnamie.

Amerykańscy psychiatrzy Grinker i Spiegel w książce *Men under Stress* przedstawili zaobserwowane u badanych i leczonych przez nich lotników amerykańskich takie objawy jak niepokój, drażliwość i zachowania agresywne, trudności z zasypianiem, koszmarne sny, łatwe męczenie się, lęk, trudności w koncentracji.

POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER (PTSD) – NOWA JEDNOSTKA CHOROBY

W 1980 r. Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne dodało PTSD do trzeciego wydania obowiązującego w USA systemu diagnozy i klasyfikacji zaburzeń psychicznych (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*; w skrócie: DSM). Choć ta diagnoza budziła kontrowersje, PTSD wypełniło ważną lukę w teorii i praktyce psychiatrii i psychologii klinicznej. Z perspektywy historycznej, znacząca zmiana związana z wprowadzeniem pojęcia PTSD wiązała się z zastrzeżeniem, że czynnik etiologiczny znajduje się na zewnątrz jednostki (traumatyczne zdarzenie), lecz nie wiąże się z jej wewnętrzną słabością (traumatyczna nerwica). Kluczem do zrozumienia naukowej podstawy i klinicznego wyrazu PTSD jest pojęcie „traumy”. W początkowym sformułowaniu, w 1980 r., traumatyczne zdarzenie było zdefiniowane jako katastroficzny stresor, który znajduje się „poza zakresem normalnych ludzkich przeżyć”. Twórcy początkowej diagnozy PTSD mieli na myśli takie zdarzenia jak wojna, tortury, klęski żywiołowe i związane z rozwojem przemysłu katastrofy. Traktowali oni traumatyczne zdarzenia jako wyraźnie odrębne od nawet bardzo bolesnych stresorów takich jak rozwód, poważna choroba, porażka finansowa. Ta dychotomizacja pomiędzy traumatycznymi i innymi stresorami była oparta na założeniu, że większość ludzi ma zdolności do radzenia sobie z tzw. stresem życiowym, ale ich możliwości radzenia sobie mogą być obezwładnione w konfrontacji z traumatycznym stresorem.

PTSD jest wyjątkową jednostką wśród zaburzeń psychicznych, ze względu na szczególną rolę jaką przywiązuje się do etiologicznego czynnika jakim jest traumatyczny stresor. Nie jest możliwe sformułowanie takiej diagnozy jeżeli pacjent nie spełnia „kryterium stresora”, co oznacza że był on eksponowany uprzednio na zdarzenie, które uznaje się za traumatyczne. Kliniczne doświadczenie wskazuje jednak, że istnieją różnice indywidualne w odniesieniu do zdolności radzenia sobie z katastroficznym stresem. Tak więc, podczas gdy jedni ludzie nie rozwijają objawów PTSD, u innych występuje w pełni rozwinięty syndrom pourazowy. To przyczyniło się do uznania, że trauma nie jest zjawiskiem zewnętrznym, które może być w pełni zobiektywizowane. Ze względu na różnice indywidualne,

różni ludzie zdają się mieć różne progi traumas. Choć współcześnie istnieje zwiększone zainteresowanie subiektywnymi aspektami ekspozycji na traumatyczny stres, trzeba podkreślić że zdarzenia takie jak gwałt, tortury, ludobójstwo i silny stres obszaru wojny są doświadczane jako traumatyczne prawie przez wszystkich.

Kryteria diagnostyczne DSM dla PTSD zostały zmodyfikowane w 1987 r. (DSM-III-R) i w 1994 r. (DSM-IV). Bardzo podobny syndrom jest wyróżniony w Klasyfikacji Zaburzeń Psychiczych Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób Światowej Organizacji Zdrowia: ICD-10.

KRYTERIA DIAGNOSTYCZNE PTSD

Kryteria diagnostyczne PTSD obejmują uprzednie wystąpienie traumatycznego zdarzenia i objawy z każdej z trzech kategorii oznaczonych jako: (B) ponowne przeżywanie (re-experiencing); (C) odrętwienie emocjonalne; (D) podwyższone pobudzenie (np. nasiloną reakcją na nieoczekiwany bodziec słuchowy, bezsenność). Ponadto przy formułowaniu diagnozy PTSD wymagane jest ustalenie czasu trwania objawów (E) i stwierdzenie upośledzenia funkcjonowania lub klinicznie znaczącego dystresu (F) (American Psychiatric Association [APA], 1994; pełne tłumaczenie kryteriów diagnostycznych PTSD wg. DSM-IV zob.: Lis-Turlejska, 1998). W poniższej tabeli przedstawiono skróconą wersję kryteriów diagnostycznych PTSD – skrócone kryteria wg DSM-IV.

PTSD WEDŁUG DSM-IV

- A. 1) Ekspozycja na doświadczenie zagrożenia życia.
- 2) Intensywny subiektywny dystres podczas tej ekspozycji.
- B. Ponowne odtwarzanie traumy:
 - 1) powracające intruzywne wspomnienie lub powtarzająca się zabawa (dzieci),
 - 2) powracające przykre sny,
 - 3) nagłe działanie lub czucie się tak, jak gdyby traumatyczne zdarzenie nastąpiło ponownie,
 - 4) intensywny dystres podczas ponownego kontaktu ze zdarzeniami przypominającymi traumę,
 - 5) fizjologiczna reaktywność podczas ponownej ekspozycji na sygnały symbolizujące lub przypominające zdarzenie.
- C. Uporczywe unikanie lub zmniejszenie ogólnej reaktywności:

- 1) usiłowanie unikania myśli lub uczuć skojarzonych z traumą,
 - 2) usiłowanie unikania aktywności,
 - 3) psychogenna amnezja,
 - 4) zmniejszone zainteresowanie ważnymi zajęciami,
 - 5) uczucia obojętności lub chłodu,
 - 6) poczucie braku perspektyw na przyszłość.
- D. Utrzymujące się objawy zwiększonego pobudzenia:
- 1) trudności z zasypianiem lub snem,
 - 2) drażliwość lub wybuchy gniewu,
 - 3) trudności w koncentrowaniu się,
 - 4) nadmierna czujność,
 - 5) nasilony przestrasch przy nieoczekiwanych bodźcach (startle response)

(cyt: van der Kolk, van den Hart, Burtbridge, 1995; s. 425)

A W DSM-IV (APA, 1994) rozszerzono kryteria definiowania traumatycznych zdarzeń (kryterium A) w porównaniu z wcześniejszymi definicjami. Zmieniona definicja powoduje włączenie takich zdarzeń jak nagła, nieoczekiwana śmierć bliskiej osoby, bycie świadkiem śmierci lub zagrożenia życia lub uzyskanie diagnozy zagrażającej życiu choroby. Kolejne kryteria diagnostyczne obejmują:

B Odtwarzanie traumatycznego zdarzenia: jednostka często wspomina zdarzenie i ma koszmary senne na jego temat. Intensywny zły nastrój jest powodowany przez bodźce, które symbolizują zdarzenie (np. grzmot przypominający weteranowi pole walki), lub rocznice jakiegoś specyficznego zdarzenia. Znaczenie tej kategorii objawów jest bardzo istotne. Niektóre teorie PTSD traktują ponowne przeżywanie jako centralny mechanizm, który uniemożliwia skuteczne zintegrowanie traumatycznego zdarzenia z istniejącymi schematami poznawczymi (tzn. ogólnymi przekonaniem jednostki na temat świata). Kryterium „B” lub wdzierające się (intruzyjne) wspomnianie obejmuje objawy, które stosunkowo łatwo zidentyfikować jako objawy PTSD. Dla osób z PTSD traumatyczne zdarzenie pozostaje czasem na dziesiątki lat lub na całe życie dominującym psychologicznym doświadczeniem, które zachowuje swoją moc wywoływania paniki, przeżycia, żałoby i rozpacz. Te emocje przejawiają się w wyobrażeniach w ciągu dnia, traumatycznych snach lub powstających na jawie odtworzeniach określanych jako flashbacks. Ponadto bodźce związane z traumą, które wzbudzają wspomnienie pierwotnego zdarzenia mają zdolność wywoływania psychicznych wyobrażeń, emocji i psychologicznych reakcji skojarzonych z traumą. Badacze wykorzystują to zjawisko do reprodukcji

objawów PTSD w laboratorium przez eksponowanie bodźców słuchowych lub wzrokowych związanych z traumą osobom z tym zaburzeniem. (Keane i in., 1987).

C Unikanie/odrętwienie. Objawy odzwierciedlają poznawcze, behawioralne i emocjonalne strategie stosowane przez osoby z PTSD, próbujące zredukować prawdopodobieństwo, że narażą się na bodźce związane z traumą. Jednostka stara się unikać myślenia o traumie lub kontaktu z osobami, które mogą ją przypomnieć. Może wystąpić amnezja zdarzenia. Odrętwienie odnosi się do zmniejszonego zainteresowania innymi ludźmi, poczuciem wyobcowania i niezdolności odczuwania pozytywnych emocji. W PTSD występuje fluktuacja między stanami nasilonego przeżywania objawów – przechodzenie na przemian pomiędzy stanami odtwarzania i unikania.

D Utrzymujące się objawy zwiększonego pobudzenia psychofizjologicznego. Te objawy obejmują trudności w zasypianiu i ze snem, trudności w koncentracji, nadmierną czujność i reakcję przestraszenia przy niespodziewanych silnych bodźcach dźwiękowych (*startle response*).

Kryterium E dotyczy czasu trwania, określa jak długo muszą się utrzymywać objawy ażeby ustalić diagnozę PTSD chronicznego lub odroczonego. W DSM-III wymagano czasu trwania 6 miesięcy, później czas trwania skrócono do jednego miesiąca.

Kryterium F – dotyczy wpływu objawów na funkcjonowanie. Diagnoza sformułowana jest wówczas gdy stwierdza się znaczący ich wpływ na funkcjonowanie społeczne, rodzinne lub zawodowe lub występowanie innego rodzaju dystresu w wyniku tych objawów.

DIAGNOZOWANIE I POMIAR ROZPOWSZECHNIENIA PTSD

Od 1980 r. poświęcono wiele uwagi tworzeniu narzędzi do diagnozowania PTSD. Keane i współpracownicy (1987) pracując z weteranami wojny wietnamskiej opracowali zarówno techniki diagnozy psychometrycznej jak też psychofizjologicznej, które okazały się trafne i rzetelne. Inni badacze modyfikowali te i tworzyli nowe narzędzia i stosowali je wobec ofiar klęsk żywiołowych, ofiar gwałtu i kazirodztwa i innych strauumatyzowanych jednostek (Schlenger, i in., 1997). W badaniach epidemiologicznych, o których będzie mowa poniżej, stosuje się tego rodzaju i inne techniki badawcze.

Od czasu wprowadzenia dających się operacjonalizować kryteriów diagnostycznych zaburzeń psychicznych w DSM-III (APA, 1980), zarówno w Stanach Zjednoczonych jak w Europie, prowadzi się badania mające na celu pomiar częstości występowania (ang. *prevalence*) różnych zaburzeń psychicznych. Najczęściej cytowane badania amerykańskie to:

Epidemiological Catchment Area (ECA) (Robbins i in., 1984) i *National Comorbidity Survey* (NCS) (Kessler i in., 1995). W ramach NCS badano także rozpowszechnienie ekspozycji na traumatyczne zdarzenia i rozpowszechnienie PTSD.

W badaniach ECA nie próbowano dokonywać oszacowania rozpowszechnienia ekspozycji na traumę, pytano natomiast respondentów czy kiedykolwiek mieli reakcje traktowane jako potraumatyczne (Helzer, i in., 1987). Na podstawie tego rodzaju pomiaru ustalono, że PTSD jest rzadkim zaburzeniem, z rozpowszechnieniem (średni wskaźnik dla mężczyzn i kobiet) w wysokości 1%. Kessler (2000) zwraca uwagę na to, że szereg czynników ma prawdopodobnie udział w znacznie wyższych wskaźnikach rozpowszechnienia PTSD stwierdzanych w późniejszych badaniach, w porównaniu z wcześniejszymi badaniami ECA. Należą do nich m. in. różnice w stosowanych kryteriach diagnostycznych i w procedurach diagnostycznych. Szczególną cechą procedury w badaniach ECA był także sposób zadawania pytań. Respondenci musieli sami (podczas wywiadu) określić rodzaj traumatycznego zdarzenia prowadzącego do objawów (np. badana kobieta musiała głośno powiedzieć „zostałam zgwałcona”). Późniejsze badania zapewniały badanym większy emocjonalny dystans (respondenci odpowiadają „tak” lub „nie” na pytania czytane przez osobę prowadzącą wywiad).

W badaniach amerykańskich prowadzonych później, obejmujących systematyczny pomiar ekspozycji na traumę wraz z diagnozą reakcji potraumatycznych, wskaźniki rozpowszechnienia PTSD są znacznie wyższe. W badaniu reprezentatywnej krajowej próby kobiet (USA) przeprowadzonym przez Heidi Resnick i współautorów (1993) uzyskano wskaźnik życiowego rozpowszechnienia (*life-time prevalence*) PTSD równy: 12,3%. W tym badaniu wskaźnik aktualnego (*current*) PTSD wyniósł 4,6% (zazwyczaj wskaźniki PTSD wśród kobiet są około dwukrotnie wyższe od uzyskiwanych dla mężczyzn). W badaniu krajowej próby USA (NCS; 5877 osób w wieku 15–54 lat) życiowe rozpowszechnienie PTSD (wg. DSM-III-R) wyniosło 7,8% (10,4% wśród kobiet vs. 5% wśród mężczyzn) (Kessler, Sonnega, Bromet, 1995).

Wyniki polskich badań pozwalających na szacowanie rozpowszechnienia PTSD w populacji ogólnej (w odróżnieniu od prób klinicznych) są zróżnicowane. Jednakże przedstawiane dane dotyczące poziomu *aktualnego* PTSD są kilkakrotnie wyższe od analogicznych wskaźników z badań amerykańskich (Lis-Turlejska, 2003). Uzyskane wskaźniki znajdują się w przedziale ok. 18–22% (Bokszczanin, 2003; Kaniasty, 2003; Lis-Turlejska, 2002), a nawet 23–39% (Zawadzki i in. 2002). Przypomnijmy, że prezentowane

powyżej wyniki badań amerykańskich prób z populacji ogólnej dotyczyły przede wszystkim tzw. życiowego (*life-time*) rozpowszechnienia PTSD.

CZYNNIKI RYZYKA PTSD

Rosario Hidalgo i Jonathan Davison (2000) na podstawie przeglądu badań, wskazują na czynniki ryzyka ekspozycji na traumę oraz czynniki ryzyka PTSD. W ramach pierwszej grupy czynników autorzy ci wymieniają płeć. To, że mężczyźni są bardziej narażeni na traumatyczne zdarzenia, należy do najbardziej konsekwentnie pojawiających się wyników prowadzonych badań (Kessler, i in., 1995; Norris, 1992). Inne wymieniane przez tych autorów czynniki ryzyka obejmują: wiek, poziom wykształcenia, cechy zaburzonej osobowości (*abnormal personality traits*), problemy psychiatryczne, rodzinną historię psychiatryczną i uprzednią ekspozycję na traumę. Warto wspomnieć, że Alexander C. McFarlane i Rachel Yehuda (1996), którzy opierają się na danych empirycznych zaproponowali model teoretyczny, dotyczący czynników wpływających na rozwój PTSD w następstwie traumy, wskazują na znaczenie takich czynników jak: historia rodzinna, osobowość, styl radzenia sobie, reakcja środowiska, zdarzenia życiowe. PTSD – zdaniem autorów – nie rozwija się jako bezpośrednie następstwo traumatycznego zdarzenia. Raczej zaburzenie to rozwija się z wzorca ostrego dystresu, silnej reakcji pourazowej, uruchamianej przez zdarzenie (Lis-Turlejska, 2002; Bryant, Harvey, 2003).

Badania wskazują na to, że uprzednia ekspozycja może wpływać na reakcję na kolejne zdarzenie (Resnick i in., 1993) i że konsekwencje wielokrotnej traumy mogą być skumulowane (Folette, Polusny, Bechtle i Naugle, 1996). Ponadto osoby, które przeżyły interpersonalne traumy, zwłaszcza wielokrotne traumy, przeżywają większy dystres niż te, które przeżyły tylko nieinterpersonalne zdarzenia (Green i in., 2000; Kessler i in., 1995; Norris i Kaniasty, 1994).

TERAPIA PTSD

Terapia zaburzeń potraumatycznych jest stosunkowo nową dziedziną. „Większość ofiar przemocy nigdy nie szuka profesjonalnej terapii dla poradzenia sobie z emocjonalnym oddziaływaniem traumatycznych zdarzeń. Gdyby jej szukali, byli by głęboko rozczarowani. Nie ma dość terapeutów na świecie dla leczenia milionów mężczyzn i kobiet i dzieci, którzy zostali zaatakowani, wykorzystani i doznali przemocy w wyniku wojny, tyranii, przestępstwa, klęski żywiołowej lub przemocy w rodzinie. Jeżeli ludzie

szukają pomocy, cierpiąc z powodu potraumatycznych symptomów, mogą spotkać terapeutów, którzy są źle przygotowani do jej zapewnienia. Licencjonowani klinicyści w zakresie psychiatrii, psychologii, pielęgniarstwa, pomocy społecznej i pokrewnych zawodów dopiero ostatnio uczą się ustalać, oceniać i udoskonalać terapeutyczny rynsztunek dla służenia klientom po traumie” (Ochberg, 1995, s. 245).

Powyższy cytat pochodzi z książki opublikowanej przez dziewięć lat. Od tego czasu przybyło wiele prac prezentujących założenia określonych sposobów postępowania terapeutycznego w odniesieniu do ofiar różnego rodzaju traumatycznych przeżyć, a także prezentujących wyniki badań nad skutecznością określonych oddziaływań terapeutycznych. Przybyło także doświadczeń gromadzonych w ośrodkach zajmujących się terapią potraumatyczną w wielu krajach. Decyzja, jaka podjęto, w kwietniu 2003 r., aby wszyscy policjanci pracujący w Nowym Jorku w związku z wydarzeniami 11 września 2001 r. przeszli przez terapię, wskazuje na rozwój tej dziedziny wiedzy i oddziaływań oraz na istniejące w tym mieście możliwości profesjonalistów z zakresu zdrowia psychicznego. Przedstawienie powstałej w ostatnich latach wiedzy z tego zakresu wymagałoby odrębnej, obszernej publikacji. Tym bardziej, że w Polsce niewiele jest osób i ośrodków, które stosują istniejące, oparte na podstawach naukowych podejścia do terapii osób, które doznały poważnej traumatyzacji (Muszyńska, 2000).

Podobnie, jak w wypadku innych zaburzeń, różne podejścia teoretyczne w ramach psychologii klinicznej formułują odmienne założenia dotyczące przyczyn występowania określonych symptomów oraz ich leczenia. Spośród wcześniej sformułowanych modeli teoretycznych, dotyczących mechanizmów powstawania symptomów PTSD i ich terapii, można wymienić szeroko cytowaną teorię Horowitza (1976) wykorzystującą założenia podejścia poznawczego i psychodynamicznego oraz model behawioralny (Lis-Turlejska, 2002).

Warto zwrócić jednak uwagę, że zwłaszcza w ostatniej dekadzie, nastąpił znaczny rozwój „szczegółowo zorientowanych” podejść i technik psychoterapii PTSD. Dotyczy to przede wszystkim podejścia poznawczo-behawioralnego w zastosowaniu wobec pacjentów z PTSD. Do poznawczo-behawioralnych metod terapii PTSD można zaliczyć różne odmiany technik ekspozycyjnych (*exposure*), poznawczą restrukturyzację, trening opanowywania lęku oraz metody łączące elementy tych technik (Meadows, Foa, 2000).

Trzeba też wspomnieć o innej kategorii specyficznie ukierunkowanych podejść do leczenia ofiar traumatycznych zdarzeń. Wiązą się one z terapią

odrębnych grup osób mających za sobą różnego rodzaju traumatyczne doświadczenia: gwałt (Hartman i Burges, 1988; Foa, Rothbaum, Staketeer, 1993), kazirodztwo (Herman, 1988), weterani wojny wietnamskiej (Lindy i in., 1988), ocalali z Holocaustu (Danieli, 1988), dzieci będące ofiarami przemocy (Mowbray, 1988).

Ostatnie dziesięciolecie przyniosło raptowny wzrost liczby badań eksperymentalnych, testujących efektywność różnych podejść terapeutycznych. Wiele z tych prac charakteryzuje się bardzo wysoką jakością wykorzystywanej metodologii badań, w tym stosowanych procedur doboru do grupy, analiz statystycznych oraz narzędzi wykorzystywanych do pomiaru symptomów. Podsumowując te badania, można stwierdzić, iż ostatnie lata przyniosły znaczący postęp w leczeniu osób z symptomami potraumatycznymi. Znane są już techniki, prowadzące w stosunkowo krótkim czasie (np. osiem sesji) do subiektywnej i obiektywnej poprawy w psychicznym i społecznym funkcjonowaniu osób, które przeżyły traumę. Najwyższą, empirycznie udokumentowaną efektywnością charakteryzują się techniki poznawczo-behawioralne (Foa, Keane, Friedman, 2000).

LITERATURA

- American Psychiatric Association (1980) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (wyd. 3). Washington: Author.
- American Psychiatric Association (1994) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington DC: Author.
- Bokszczanin, A. (2003) *Spoleczne i psychiczne reakcje dzieci i młodzieży na powódź 1997 roku*. Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN, Warszawa.
- Bryant, R. A., Harvey, A. G. (2003) *Zespół ostrego stresu. Teoria, pomiar, terapia*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Danieli, Y. (1988). *Treating survivors and children of survivors of the Nazi Holocaust*. W: F.M. Ochberg (red.). *Post-traumatic therapy and victims of violence* (s. 278–294). New York: Brunner/Mazel.
- Foa, E. B., Rothbaum, B. O., Steketee, G. S. (1993). *Treatment of rape victims. Special section: Rape*. „Journal of Interpersonal Violence”, 8, 256–276.
- Folette, V. M., Polusny, M., Bechtle, A. E., Naugle, A. E. (1996). *Cumulative trauma: The impact of child sexual abuse, adult sexual assault, and spouse abuse*. „Journal of Traumatic Stress”, 9, 25–35.
- Green, B. L., Goodman, L. A., Krupnick, J. L., Corcoran, C. B., Petty, R. M., Stockton, P., Stern, N. M. (2000). *Outcomes of single versus multiple trauma exposure in a screening sample*. „Journal of Traumatic Stress”, 2, 271–286.
- Hartman, C. R., Burgess, A. W. (1988). *Rape trauma and treatment of the victim*. W: F.M. Ochberg, *Post-traumatic therapy and victims of violence* (s. 152–174). New York: Brunner/Mazel.
- Herman, J. L. (1988). *Father-daughter incest*. W: F. M. Ochberg (red.), *Post-traumatic therapy and victims of violence* (s. 175–195). New York: Brunner/Mazel.

- Helzer, J. E., Robins, L. N., McEvoy, L. (1987). *Post-traumatic stress disorder in the general population: Findings of the Epidemiological Catchment Area Survey*. „New England Journal of Medicine”, 317, 1630–1634.
- Hidalgo, R. B., Davidson, J. R. T. (2000). *Posttraumatic Stress Disorder: Epidemiology and health-related considerations*. „Journal of Clinical Psychiatry”, 61 (suppl 7), 5–13.
- Horowitz, M. J. (1976). *Stress response syndromes*. Jason Aronson New York.
- Kaniasty, K. (2003) *Kłęska żywiołowa czy katastrofa społeczna? Psychologiczne konsekwencje polskiej powodzi 1997 roku*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne
- Keane, T.M. i współpracownicy (1987) *Post-traumatic Stress Disorder: evidence for diagnostic validity and methods of psychological assessment*. „Journal of Clinical Psychology” 43, s.34–43
- Kessler, R. C. (2000). *Posttraumatic Stress Disorder: The burden to the individual and to society*. „Journal of Clinical Psychiatry”, 61 (suppl. 5), 4–12.
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., Nelson, C. B. (1995). *Postraumatic stress disorders in the national comorbidity survey*. „Archives of General Psychiatry”, 52, 1048–1060.
- Kolk van der, B.A., van den Hart, O., Burtbridge, J. (1995). W: S.E. Hobfoll and M.W de Vries (red.), *Extreme Stress and Communities: Impact and Intervention* (421–443), Kluwer Academic Publishers Dordrecht.
- Lindy, J. B., Green, B. L., Grace, M. C., MacLeod, J. A., Spitz, L. (1988). *Vietnam: A casebook*. New York: Brunner/Mazel.
- Lis-Turlejska, M. (1998). *Traumatyczny stres: Koncepcje i badania*. Warszawa: Instytut Psychologii PAN.
- Lis-Turlejska, M. (2002). *Stres traumatyczny: Występowanie, następstwa, terapia*. Wydawnictwo Akademickie „Żak” Warszawa.
- Lis-Turlejska, M. (2003). *Rola objawów potraumatycznych w procesie adaptacji do zmian*. Referat wygłoszony podczas XII Kolokwium Psychologicznych Komitetu Nauk Psychologicznych PAN, Warszawa, 28–30 listopada 2003.
- McFarlane, A. C., Yehuda, R. (1996). *Resilience, vulnerability and the course of posttraumatic reactions*. W: B. A. Van der Kolk, A. C. McFarlane, L. Weisaeth (red.), *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society* (s.155–181). The Guilford Press New York.
- Meadows, E. A., Foa, E. B. (2000). *Cognitive behavioral treatment for PTSD*. W: A. Y. Shalev, R. Yehuda, A. C. McFarlane (red.), *International handbook of human response to trauma* (s. 337–346). Kluwer Academic/Plenum Publishers New York.
- Mowbray, C. T. (1988). *Post-traumatic therapy for children who are victims of violence*. W: F. M. Ochberg (red.), *Post-traumatic therapy and victims of violence* (s. 196–212). Brunner/Mazel New York.
- Muszyńska, E. (2000). *Oferta pomocy psychologicznej dla ofiar gwałtu na terenie Warszawy*. Praca magisterska. Wydział Psychologii UW, Warszawa.
- Norris, F., Kaniasty, K. (1994). *Psychological distress following criminal victimization in the general population: Cross section, longitudinal, and prospective analyses*. „Journal of Consulting and Clinical Psychology”, 62, 111–123.
- Norris, F. H. (1992). *Epidemiology of trauma: Frequency and impact of different potentially traumatic events on different demographic groups*. „Journal of Consulting and Clinical Psychology”, 60, 409–418.

- Ochberg, M. F. (1995). *Post-traumatic therapy*. W: G. S. Everly, J. M. Lating (red.), *Psychotraumatology: Key papers and core concepts in post-traumatic stress* (s. 245–264). Plenum Press New York.
- Resnick, H., Kilpatrick, D., Dansky, B., Saunders, B., Best, C. (1993). *Prevalence of civilian trauma and posttraumatic stress disorder in a representative national sample of women*. „Journal of Consulting and Clinical Psychology”, 61, 984–991.
- Robins, L.N., Helzer, J.E., Weissman, M.M., Orvaschel, H., Gruenberg, E., Burke, J.D., Regier, D. (1984). *Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites*. „Arch. Gen. Psych.”, 41, 949–58.
- Schlenger, W.E., Fairbank, J.A., Jordan, B.K., Caddell, J.M. (1997) *Epidemiological Methods for assessing trauma and posttraumatic stress disorder*. W: *Assessing psychological trauma and PTSD* (Wilson J.P, Keane T.M. ed.). The Guilford Press
- Zawadzki, B., Strelau, J., Bieniek, A., Oniszczenko, W., Sobolewski, A. (2002) *Kwestionariusz PTSD – wersja kliniczna (PTSD-K): Konstrukcja narzędzia do diagnozy zespołu stresu pourazowego*. „Przegląd Psychologiczny” 45, s.289–315.