WPiK Open Access

19

Rewiktymizacja

Charakterystyka zjawiska w perspektywie psychologii klinicznej i w teoriach psychoanalitycznych

Michał Sieński
Michał Ziarko

Poznań 2023

19

Rewiktymizacja

Charakterystyka zjawiska w perspektywie psychologii klinicznej i w teoriach psychoanalitycznych

WPiK Open Access

19

Rewiktymizacja

Charakterystyka zjawiska w perspektywie psychologii klinicznej i w teoriach psychoanalitycznych

Michał Sieński
Michał Ziarko

Poznań 2023

Komitet Naukowy
Jerzy Brzeziński, Agnieszka Cybal-Michalska
Zbigniew Drozdowicz (przewodniczący), Rafał Drozdowski
Piotr Orlik, Jacek Sójka

Recenzja
prof. dr hab. Beata Pastwa-Wojciechowska, Uniwersytet Gdański

Redakcja naukowa
prof. UAM dr hab. Aleksandra Pilarska

Projekt okładki
Wydział Psychologii i Kognitywistyki UAM

Redakcja i korekta
Klaudia Kulmińska

łamanie
Izabela Baran

Wydanie I

Publikacja finansowana z funduszy
Wydziału Psychologii i Kognitywistyki UAM

© Copyright by Wydawnictwo Nauk Społecznych i Humanistycznych
Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu 2023
© Copyright by Michał Sieński 2023
© Copyright by Michał Ziarko 2023

978-83-66983-28-1 ISBN (numer tomu 19)
978-83-66983-22-9 ISBN (numer kolekcji)
https://doi.org/10.14746/9788366983281

Wydawnictwo Nauk Społecznych i Humanistycznych
Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu
60-568 Poznań, ul. Szamarzewskiego 89c
www.wnsh.amu.edu.pl, wnsh@amu.edu.pl, tel. (61) 829 22 54

Praca powstała w wyniku realizacji projektu badawczego nr 2016/21/N/HS6/02824 finansowanego ze środków Narodowego Centrum Nauki

SPIS TREŚCI

Wprowadzenie 9
1 Rewiktymizacja – psychologiczny i społeczny kontekst zjawiska 11
1.1 Tło historyczne i ogólna charakterystyka 12
1.2 Definicja 13
1.3 Rozpowszechnienie 16
2 Uwarunkowania rewiktymizacji 21
2.1 Wydarzenia potencjalnie traumatyczne i ich następstwa 21
2.2 Specyficzne konsekwencje wydarzeń potencjalnie traumatycznych a rewiktymizacja 32
2.2.1 Dysocjacja i PTSD – informacje ogólne 32
2.2.2 Rola symptomów dysocjacji i PTSD w występowaniu podatności na doświadczanie rewiktymizacji 36
3 Psychoanalityczne koncepcje traumy psychicznej i rewiktymizacji 43
3.1 Trauma i rewiktymizacja w paradygmacie psychoanalitycznym 43
3.2 Wczesne obserwacje kliniczne – od świadomego do nieświadomego 47
4 Rewiktymizacja w koncepcjach psychoanalitycznych 51
4.1 Powtarzanie a normalne i psychopatologiczne procesy umysłowe 52
4.1.1 Odegranie sytuacji w zachowaniu 55
4.1.2 Intruzje potraumatyczne 57
4.2 Inne psychoanalityczne koncepcje wyjaśniające rewiktymizację – teoria relacji z obiektem 59
Bibliografia 65

WPROWADZENIE

Wiele osób, słysząc informacje o wydarzeniach takich jak molestowanie seksualne, napad, przemoc w związku, wojna czy poważny wypadek, odczuwa przerażenie, że mogłoby to ich spotkać. Zdrowy rozsądek podpowiada, że każdy człowiek, jeśli tylko jest to możliwe, podejmie wysiłek, by minimalizować cierpienie w swoim życiu, a tym samym będzie starał się unikać wspomnianych, potencjalnie traumatycznych wydarzeń. Można podejrzewać, że jeżeli ktoś doświadczył już bolesnego wypadku, to tym bardziej będzie podejmował działania zabezpieczające, aby go ponownie nie przeżyć. To intuicyjne przekonanie sprawdza się w przypadku pewnych codziennych przykrości, takich jak poparzenie się gorącym żelazkiem czy złe potraktowanie ze strony drugiej osoby. Każdy człowiek, gdy jego zaufanie zostanie poważnie nadszarpnięte przez innych, będzie bardziej pamiętał tę przykrą lekcję i następnym razem, w podobnych okolicznościach zachowa większą ostrożność.

W zarysowanym kontekście tym bardziej poruszające wydają się doniesienia badawcze na temat skutków doświadczania wydarzeń traumatycznych, które przeczą przewidywaniom opartym na zdrowym rozsądku. Okazuje się, że nierzadko doświadczenie traumy, szczególnie w okolicznościach zwiększonej wrażliwości, może wieloaspektowo wpływać na dalsze funkcjonowanie psychiczne człowieka. Jedną z najbardziej niepokojących konsekwencji obserwowaną u części pacjentów jest wielokrotnie wyższe niż wśród reszty ludzi ryzyko ponownego doświadczania takich wydarzeń na dalszych etapach życia. Tego typu zależności obserwuje się w wielu grupach pacjentów, np. u części ofiar poważnych wypadków komunikacyjnych, żołnierzy walczących na wojnie czy osób doznających przemocy w rodzinie. Analiza retrospektywna biografii tych osób wskazuje, że moment pojawienia się traumatycznego wydarzenia może rozpocząć wieloletnią serię dalszych bolesnych doświadczeń. Tendencja ta jest szczególnie widoczna, jeżeli pierwotne wydarzenie

traumatyczne miało miejsce we wczesnych latach życia. Wtedy jego konsekwencje dla dalszego funkcjonowania poznawczego i emocjonalnego są najbardziej poważne.

Opisywane zjawisko powtarzania wydarzeń traumatycznych jest dobrze znane specjalistom i doczekało się udokumentowania w wielu badaniach empirycznych. Celem prezentowanej pracy jest przybliżenie psychologicznej natury rewiktymizacji, szczególnie jako następstwa doświadczania przemocy w rodzinie wraz z zarysem jej konceptualizacji w ramach teorii psychoanalitycznych.

1 REWIKTYMIZACJA – PSYCHOLOGICZNY I SPOŁECZNY KONTEKST ZJAWISKA

Długofalowe konsekwencje wydarzeń traumatycznych, w tym rewiktymizacja, stały się przedmiotem zainteresowania specjalistów z różnych dziedzin nauki. Z jednej strony zjawisko to jest opisywane w ujęciu nauk o społeczeństwie, m.in. socjologii czy kryminologii. Z drugiej stanowi ono obszar badań specjalistów zajmujących się różnymi aspektami funkcjonowania psychiki ludzkiej. Duże zróżnicowanie dziedzin, w których problematyka ta jest podejmowana, doprowadziło do wystąpienia rozbieżności w opisach zjawiska. Zasadniczo różnice dotyczą tego, jaką wagę przywiązuje się wydarzeniom zewnętrznym i procesom psychicznym w powstawaniu indywidualnej podatności na wielokrotne doświadczanie wydarzeń traumatycznych. Badacze o orientacji społecznej w powstaniu rewiktymizacji podkreślają kluczową rolę czynników zewnętrznych, w tym doświadczonych wydarzeń życiowych, jak również specyfiki związanej z funkcjonowaniem społeczeństwa (m.in. Casey i Nurius, 2005; Widom i in., 2008). Z kolei druga grupa specjalistów, w tym psychologowie, w wyjaśnianiu genezy tego zjawiska zwraca uwagę na procesy poznawcze i emocjonalne (m.in. Risser i in., 2006; Ullman, 2016). Współcześnie, dostrzegając zalety i ograniczenia obu stanowisk, część badaczy optuje za rozwiązaniem interakcyjnym. W ramach tego ujęcia uznaje się, że do pojawienia się rewiktymizacji niezbędne jest zaistnienie zarówno pewnego bolesnego wydarzenia o odpowiedniej urazowej charakterystyce, jak i trudności w procesie psychicznego opracowania tego doświadczenia (m.in. Cloitre i Rosenberg, 2006). Finalnie proces ten może prowadzić do wystąpienia urazu psychicznego, w tym podatności na angażowanie się w okoliczności, które niosą ze sobą wysokie ryzyko ponownego doświadczenia traumy psychicznej. W niniejszym rozdziale przedstawiono podstawową charakterystykę zjawiska rewiktymizacji, w tym omówiono trudności definicyjne oraz kwestie związane z rozpowszechnieniem tego zjawiska.

1.1 TŁO HISTORYCZNE I OGÓLNA CHARAKTERYSTYKA

W miarę rozwoju refleksji naukowej na temat psychologicznych następstw wydarzeń traumatycznych zaczęto opisywać przypadki pacjentów zgłaszających się do leczenia ze względu na uciążliwe objawy dysocjacyjne, w których biografiach odkrywano wcześniejsze doświadczenia o podobnym charakterze. Traumatyczne wydarzenie z przeszłości tych pacjentów było dla nich źródłem bólu i pragnęli go unikać w przyszłości. Mimo tych intencjonalnych wysiłków często mieli oni do czynienia z podobnie bolesną sytuacją na kolejnych etapach życia (Fenichel, 2014; van der Kolk, 1989).

Szersze zainteresowanie specjalistów tematyką powtarzania wydarzeń traumatycznych zbiegło się ze wzrostem wrażliwości społecznej na problematykę konsekwencji zdrowotnych stresu, jak również z publikacjami wyników dużych badań, w których wskazywano, że osoby z niektórych grup znacznie częściej niż inni doznają wydarzeń traumatycznych w czasie swojego życia. Szczególnie interesujące z perspektywy psychologicznej wydają się przypadki wielokrotnego doświadczania wydarzeń traumatycznych przez osoby, których charakterystyka środowiska, w jakim żyją, jak również wykonywana profesja nie wskazują jednoznacznie na wysokie ryzyko doświadczenia urazu psychicznego. Wspomniane okoliczności są szczególnie często obserwowane w grupie dorosłych kobiet, które doznawały powtarzających się przestępstw o charakterze wykorzystania seksualnego. Analiza biografii tych osób ujawniała, że w wielu przypadkach doznały one wykorzystania seksualnego w okresie dzieciństwa. Badania nad tym zjawiskiem potwierdziły poczynione wcześniej obserwacje, wskazując, że kobiety doświadczające przemocy seksualnej jako dzieci 1,4–3,7 razy częściej stawały się ofiarami napaści seksualnej w wieku dorosłym (Cloitre i in., 1996). Prawidłowość ta została zaobserwowana również podczas badań nad ofiarami innych rodzajów przemocy, tj. przemocy fizycznej czy emocjonalnego znęcania się. Konkluzje z tych badań przekonują, że konsekwencje doświadczania przemocy w wieku dziecięcym mogą być bardzo poważne i zwiększać u pacjentów (na tle populacji ogólnej) ryzyko doznawania podobnego typu urazów w wieku dorosłym (por. m.in. Classen i in., 2005; Cloitre i Rosenberg, 2006; Desai i in., 2002; Edwards i in., 2009; Kuijpers i in., 2011). Podobne wyniki uzyskali w badaniach Parks i in. (2011), przeprowadzając je na grupie 477 kobiet. Wykazano wówczas, że osoby z historią doznawania przemocy w wieku dziecięcym prezentowały ponad

dwukrotnie wyższe ryzyko doznania przemocy w wieku dorosłym niż osoby bez wczesnych doświadczeń przemocy. Zarysowane we wspomnianych badaniach zjawisko wielokrotnego powtarzania doświadczenia traumatycznego zgodnie z tradycją kryminologiczną bywa nazywane w publikacjach naukowych rewiktymizacją.

1.2 DEFINICJA

Termin *rewiktymizacja* wywodzi się z badań kryminologicznych, a dokładniej wiktymologicznych. W tej dziedzinie pojęcie to stanowi mniej popularną, skróconą wersję terminu powtórnej/powtarzanej wiktymizacji (*repeat victimisation*), w najbardziej ogólnym sensie opisując sytuację, w której dana osoba zostaje ofiarą przestępstwa więcej niż dwa razy w określonym czasie (Daems, 2005; Wolhuter i in., 2008). Zazwyczaj w tego typu opracowaniach drugorzędną rolę przypisuje się formie doznanego przestępstwa oraz innym jego cechom czy okolicznościom wystąpienia.

Ujęcie kryminologiczne zostało przeniesione zarówno na grunt badań socjologicznych, jak i psychologicznych, co doprowadziło do tego, że można je spotkać w pracach na temat poznawczo-emocjonalnych konsekwencji wydarzeń traumatycznych. Znaczący rozwój zainteresowania tematyką rewiktymizacji wśród specjalistów z różnych dziedzin zaowocował licznymi próbami zaadaptowania tego terminu. Doprowadziły one do pojawienia się wielu modyfikacji pojęcia i wzrostu rozbieżności pomiędzy występującymi definicjami. Z tego powodu zjawisko rewiktymizacji może być rozumiane odmiennie w zależności od dziedziny wiedzy czy praktyki społecznej. Różnice w zakresie definicji w istniejących publikacjach stwarzają poważne ograniczenia w porównywaniu wyników badań. Jest to szczególnie wyraźne, gdy próbujemy zestawić ze sobą doniesienia dotyczące rozpowszechnienia rewiktymizacji. Badacze twierdzą, że zjawisko to może dotyczyć od 17% (Crandall i in., 2004) do 74% osób doświadczających przemocy (Miller i Krull, 1997). Podejrzewa się, że tak duża rozbieżność uzyskiwanych wyników tylko częściowo jest skutkiem zróżnicowania badanych grup i wynika głównie z rozbieżności w określaniu tego, jakie powtórzenie traumatycznego wydarzenia można uznać za rewiktymizację, a jakie nie.

Współczesne prace przeglądowe na temat rewiktymizacji wśród osób doznających przemocy w rodzinie (m.in. Kuijpers i in., 2011) wskazują, że autorzy zasadniczo są zgodni, iż istotą rewiktymizacji jest ponowne

stawanie się ofiarą pewnego traumatycznego doświadczenia. Z tego względu dla jego wystąpienia niezbędne jest: a) zaistnienie sytuacji pierwotnie wiktymizującej; b) ponowne pojawienie się podobnego doświadczenia.

Istotne różnice w podejściu poszczególnych autorów publikacji dotyczą szczegółowych rozstrzygnięć i zasadniczo mogą zostać sprowadzone do dwóch zagadnień:

1. Jak bardzo wydarzenia pierwotnie i wtórnie wiktymizujące muszą być jakościowo podobne, żeby mówić o wystąpieniu ponownej wiktymizacji?
2. W jakim momencie życia powinno być usytuowane wydarzenie pierwotne wiktymizujące, żeby mówić o rewiktymizacji?

W pierwszej wspomnianej kwestii, tj. podobieństwa jakościowego wydarzeń związanych z wiktymizacją, w literaturze przedmiotu występują ujęcia zarówno wąskie, jak i szerokie. W znacznej części prac odnajduje się stanowisko wskazujące, że czynnikiem kluczowym dla zaistnienia rewiktymizacji jest wysokie podobieństwo jakościowe wydarzenia pierwotnej i powtórnej wiktymizacji. W tym wypadku o rewiktymizacji ofiary np. przemocy seksualnej można mówić tylko wtedy, gdy doznała ona w dorosłości takiej samej formy przemocy (np. Wyatt i in., 1992). Istnieją również stanowiska przeciwne, przyjmujące, że każda ponowna sytuacja stawania się ofiarą wydarzenia potencjalnie traumatycznego może być uznana za rewiktymizację. Może dojść do niej nawet wówczas, gdy wydarzenie wtórne będzie miało zupełnie odmienny charakter i będzie to np. wypadek komunikacyjny czy doświadczenie katastrofy naturalnej. Założenie to opiera się na wynikach analiz statystycznych, które wskazują, że osoby doświadczające przemocy w dzieciństwie w swoich biografiach wskazują na znacznie więcej zróżnicowanych doświadczeń traumatycznych niż osoby, które przemocy nie doświadczyły. Zdaniem części autorów świadczy to o możliwości wystąpienia w następstwie doświadczenia traumy zjawiska niespecyficznej podatności na doświadczanie zróżnicowanych urazów (np. Duckworth i Follette, 2012; Widom i in., 2008).

Podobnie w zakresie umiejscowienia wydarzenia pierwotnie wiktymizującego w życiu człowieka można wyróżnić dwa dominujące stanowiska. W pierwszym ujęciu za rewiktymizację wśród osób doznających przemocy w rodzinie będzie uznawać się każde powtórzenie agresywnego ataku ze strony innej osoby, np. partnera. Z tego powodu najczęściej w obszarze zainteresowania pozostaje wąski okres w życiu człowieka, np. dorosłość. Oznacza to, że genezy rewiktymizacji w tym ujęciu nie wywodzi się z wczesnych doświadczeń w rodzinie, a jedynie z najbliższej przeszłości (m.in. Foa i in., 2000;

Kuijpers i in., 2011). Wydaje się, że to stanowisko jest charakterystyczne dla badań skoncentrowanych na poszukiwaniu najsilniejszych empirycznych predyktorów rewiktymizacji, w których mniejszą wagę przywiązuje się do tworzenia modeli teoretycznych wyjaśniających genezę zjawisk psychicznych.

W drugim podejściu zakłada się, że rewiktymizacja polega na powtórzeniu doświadczenia przemocy, które miało miejsce w dzieciństwie. W tym celu przeprowadza się retrospektywną analizę życia dorosłej osoby doświadczającej przemocy w celu odnalezienia zdarzenia pierwotnie wiktymizującego. Gdy takie zdarzenie można wskazać w dzieciństwie ofiary, uznaje się, że zaistniała rewiktymizacja (np. Dutton, 1994; Gay i in., 2013). W tego typu badaniach znacznie częściej obserwuje się odwołanie do konkretnej tradycji teoretycznej, która dostarcza wytycznych na temat charakteru i kierunku badanych zależności.

Przedstawione przykłady z publikacji naukowych obrazują duże trudności, jakie pojawiają się podczas próby zaadaptowania pojęcia opisującego zjawisko obserwowane na poziomie społecznym do nauki zajmującej się procesami jednostkowymi, tutaj – psychologii. W prezentowanej pracy uznajemy, że rewiktymizacja stanowi szczególny przypadek powtórzenia wydarzenia traumatycznego polegający na ponownym udziale w roli ofiary w sytuacji przemocy interpersonalnej. Z samego opisu tego zjawiska nie wynikają jednak jego przyczyny. Podejrzewamy, że rewiktymizacja to zjawisko polietiologiczne. Termin ten opisuje powtórzenie faktu przemocy, który może zaistnieć na skutek m.in.:

1. niekorzystnych przypadkowych okoliczności życiowych;
2. niepomyślnych dla siebie wyborów;
3. działania mechanizmu psychopatologicznego.

Należy więc przyjąć, że w perspektywie psychologii klinicznej rewiktymizacja stanowi konsekwencję doświadczenia urazowego, w którego następstwie rozwinął się mechanizm psychopatologiczny, skutkujący m.in. nieintencjonalnym powtarzaniem pierwotnie doznanego doświadczenia traumatycznego. Dlatego o rewiktymizacji możemy mówić, gdy pierwotne doświadczenie traumatyczne stanowi czynnik etiologiczny doświadczenia wtórnego; tj. istnieje mechanizm psychopatologiczny łączący dwa pozornie niezwiązane ze sobą traumatyczne wydarzenia w zależność przyczynowo-skutkową. W tym wypadku pierwotne wydarzenie traumatyczne powinno zapoczątkować psychopatologiczną zmianę w funkcjonowaniu osobowości. Zmiana ta musi dotyczyć zarówno ukształtowania przekonań o sobie, innych ludziach oraz otaczającym świecie, jak i związanych z nimi reakcji emocjonalnych.

1.3 ROZPOWSZECHNIENIE

Współcześnie na podstawie wiarygodnych szacunków jesteśmy w stanie ocenić wielkość populacji osób nieletnich, które przed osiągnięciem dorosłości doznały przemocy. Wyniki polskich badań wskazują, że problem ten może dotyczyć nawet 1/3 populacji dzieci. Analizy przeprowadzone na reprezentatywnej próbie ($N = 1005$) w wieku od 11 do 17 lat w ramach projektu *Ogólnopolska diagnoza problemu przemocy wobec dzieci* wskazują, że 34% badanych doświadczyło przemocy, w tym 21% badanych – przemocy fizycznej ze strony rodziców bądź innych znajomych osób dorosłych. Z kolei 6% dzieci wskazało, że to doświadczenie doprowadziło do bólu w kolejnych dniach, skaleczeń, siniaków lub złamań. W 2014 roku w Polsce osoby w wieku do 17 lat stanowiły ok. 18% ogólnej populacji (tj. ok. 6 mln 943 tys. osób); (Wójcik, 2013). Nieco odmiennych wyników dostarczają badania prowadzone na reprezentatywnej próbie ($N = 2{,}030$) dzieci w wieku 2–17 lat w Stanach Zjednoczonych. Wskazały one, że ok. 13,3% badanych dzieci doświadczyło przemocy fizycznej, psychicznej, seksualnej lub poważnego zaniedbania ze strony bliskich (Finkelhor i in., 2005). Rozbieżności w szacunkach mogą wynikać zarówno z rozpowszechnienia zjawiska, jak i budowanych definicji.

Wiedza z obszaru psychologii stresu i traumy każe nam założyć, że każde wydarzenie, nawet to najbardziej dotkliwe, jest wydarzeniem jedynie potencjalnie traumatycznym. To znaczy, że może, ale nie musi prowadzić do negatywnych konsekwencji psychologicznych, tj. powodować uraz emocjonalny (m.in. Friedman i in., 2007). To, czy do pojawienia się traumy dojdzie, zależy od wielu czynników związanych zarówno z charakterystyką samego wydarzenia, jak i z cechami osoby go przeżywającej. Z tego powodu należy podkreślić, że sam fakt zaistnienia przemocy, niezależnie od jej formy i intensywności, nie dostarcza informacji o psychologicznych skutkach. W badanych populacjach znajdą się zarówno osoby, dla których psychiki tego typu doświadczenie nie będzie miało istotnego znaczenia, jak i takie, u których będzie ono stanowiło bodziec urazowy i doprowadzi do trwałych zmian psychologicznych. Dlatego przytoczone dane populacyjne pozwalają jedynie oszacować wielkość grupy narażonej na negatywne konsekwencje tego typu doświadczeń. Ponadto obserwuje się odmienne konsekwencje psychologiczne wydarzeń traumatycznych wśród kobiet i mężczyzn. W pierwszym przypadku dostrzega się, że doznawanie przemocy w dzieciństwie zwiększa ryzyko jej doświadczenia

na dalszych etapach życia. Z kolei w przypadku mężczyzn wraz z doświadczeniem przemocy rośnie ryzyko późniejszego zostania jej sprawcą (m.in. Tjaden i Thoennes, 2000). Z tego powodu pojawiają się poważne trudności przy próbie realnego oszacowania zjawiska rewiktymizacji, czyli wskazania, jaki procent osób, na skutek doznawania przemocy w dzieciństwie, będzie doświadczać jej na dalszych etapach życia.

Większość istniejących raportów dotyczących powszechności przemocy zawiera ogólne dane statystyczne na temat rozpowszechnienia tego zjawiska w społeczeństwie, jednak często z pominięciem uwzględnienia informacji dotyczących wielokrotnego doznawania przemocy w ciągu życia. W tej sytuacji głównym źródłem dostępnych danych są wyniki prac badawczych, które niestety ze względu na duże różnice w występujących definicjach przemocy i metodologii badań prezentują dość niejednoznaczne wyniki.

Jednych z najbardziej miarodajnych szacunków dostarczają wyniki badań telefonicznych National Violence Against Women Survey, przeprowadzonych na reprezentatywnej próbie ponad 16 tys. Amerykanów (Tjaden i Thoennes, 2000). Analizy wykazały, że kobiety, które w przeszłości zetknęły się z przemocą psychiczną, fizyczną bądź seksualną, 2,5–3 razy częściej doznawały przemocy po osiągnięciu dorosłości (tj. 18. roku życia) niż osoby bez tego typu doświadczeń. Dalsze analizy tej bazy danych ujawniły, że w tej grupie znacząco wzrastało ryzyko przemocy zarówno ze strony innej osoby, jak i męża/partnera. Przemoc fizyczna pojawiała się 1,3 razy częściej niż w grupie porównawczej, a seksualna – trzy razy. Ponadto w podgrupie, która doznawała w dzieciństwie zarówno przemocy seksualnej, jak i fizycznej, ryzyko rewiktymizacji było niemal pięciokrotnie wyższe (Desai i in., 2002).

Podobnych wyników dostarczają analizy przeprowadzone przez Kimerling z zespołem (2007). Projekt badawczy uwzględnił zebranie reprezentatywnej grupy 11 056 kobiet, badanych w ramach California Women's Health Survey w latach 2002–2004. W badaniu pytano o doświadczenia przemocy zarówno fizycznej, jak i seksualnej. Wyniki wskazują, że 12,2% kobiet z badanej populacji doznało przemocy zarówno przed 18. rokiem życia, jak i w dorosłości. Co ważne z perspektywy badań nad rewiktymizacją, ponad połowa kobiet, które doświadczyły przemocy w dzieciństwie (50,2%), doznała jej ponownie jako osoby dorosłe. Z kolei w podgrupie, która nie doznawała przemocy w dzieciństwie, tylko 14,1% miało z nią do czynienia w wieku dorosłym. Związek pomiędzy doświadczaniem przemocy w dzieciństwie i dorosłości został utrzymany również po kontroli zmiennych ubocznych, takich jak rasa, wiek,

wykształcenie czy sytuacja materialna. Opisywane wyniki wskazują, że ponad połowa osób doznających przemocy w dzieciństwie może doświadczyć przyszłej rewiktymizacji. W skali społeczeństwa jest to ok. 6% populacji ogólnej. Uzyskane wnioski zachęcają do formułowania pytań o różnice psychologiczne pomiędzy grupą, w której zachodzi rewiktymizacja, a tą, która mimo doznawania przemocy w rodzinie nie powtórzyła tego doświadczenia w dorosłości.

W tym miejscu warto przytoczyć również doniesienia, które pomogą oszacować, jak wiele epizodów doświadczanej przemocy w danej jednostce czasu może kryć się pod terminem ponownej wiktymizacji. Dane z badań British Crime Survey, w których uczestniczyło 50 tys. osób w wieku powyżej 16 lat, w zakresie przestępstw, jakich doświadczyły w ostatnim roku, wskazują, że 2/3 badanych będących ofiarą przemocy doznawało wielokrotnych ataków (średnio 20 epizodów przemocy) w ciągu ostatniego roku (ze strony różnych sprawców). Z kolei ok. 57% badanych doświadczało wielokrotnie przemocy domowej ze strony jednego sprawcy. Przytoczone dane wskazują, że w większości przypadków rewiktymizacja obejmuje intensywną i wielokrotnie powtarzającą się przemoc (Walby i Allen, 2004).

W formułowaniu wniosków na podstawie przytoczonych danych należy uwzględnić również podnoszone argumenty na temat ich słabości. Autorzy obszernej pracy przeglądowej na ten temat, Cattaneo i Goodman (2005), zauważają, że wskaźnik ponownego doświadczania przemocy różni się w zależności od metodologii badania. Analizy bazujące na oficjalnych zgłoszeniach spraw do sądu wskazują, że jedynie 1,6% z nich dotyczy przemocy (por. Ford i Regoli, 1992, za: Buzawa i Buzawa, 1992). Z kolei badania oparte na wywiadach z partnerkami sprawców ujawniają, że relacja powraca do przemocowych wzorów funkcjonowania w 20,5% do 93% przypadków (por. Dunford, 2000; Jacobson i in., 1996).

Pomimo trudności w szczegółowym oszacowaniu rozpowszechnienia rewiktymizacji zaprezentowane dane wskazują, że zjawisko to może stanowić stosunkowo częstą konsekwencję doznawania przemocy. Istnieje wysokie ryzyko, że osoba doświadczająca przemocy w wieku dziecięcym będzie na nią narażona przez resztę życia, czemu będzie towarzyszyć cierpienie zarówno psychiczne, jak i w niektórych przypadkach fizyczne. Opisywane zjawisko może dotyczyć nawet 6% kobiet w skali populacji ogólnej. W polskich warunkach byłoby to ok. 1 200 000 kobiet (Główny Urząd Statystyczny, 2020). Z wystąpieniem rewiktymizacji łączy się również zjawisko transgeneracyjności przemocy, czyli obserwowanej tendencji osób doświadczających przemocy

do tworzenia podobnego typu środowisk dla swoich dzieci. Finalnie prowadzi to do ich narażenia na doświadczenie przemocy bądź bycie jej świadkiem (Tjaden i Thoennes, 2000; Widom, 1989). W takim ujęciu zajmowanie się psychologiczną problematyką konsekwencji doświadczania przemocy nabiera szerokiego znaczenia społecznego. Poświęcanie tej tematyce naukowego i badawczego namysłu, jak również projektowanie oddziaływań psychologicznych może nie tylko mieć jednostkowe znaczenie, lecz także wyraźnie wpływać na kondycję psychiczną i sposób funkcjonowania przyszłych pokoleń.

2 UWARUNKOWANIA REWIKTYMIZACJI

Dla przedstawienia pełnego obrazu zjawiska rewiktymizacji należy przybliżyć problematykę samej traumy jako doświadczenia, w którego następstwie dochodzi do czasowej lub trwałej zmiany w funkcjonowaniu osobowości człowieka. Zmiana, o której tutaj mowa, może doprowadzić do zaburzeń pracy układu nerwowego, pojawienia się zróżnicowanych objawów psychopatologicznych, jak również wspomnianej wcześniej tendencji do powtarzania wydarzeń traumatycznych. W poniższym rozdziale przedstawiono podstawowy zarys wiedzy na temat wydarzeń traumatycznych i ich skutków dla funkcjonowania psychicznego człowieka.

2.1 WYDARZENIA POTENCJALNIE TRAUMATYCZNE I ICH NASTĘPSTWA

W publikacjach naukowych występuje duże zróżnicowanie definicji traumy psychologicznej. Podstawowe rozbieżności dotyczą tego, kiedy możemy mówić o wystąpieniu urazu psychicznego. Obserwuje się dwa dominujące stanowiska. W pierwszym uznaje się uniwersalność urazową pewnych sytuacji. W tym ujęciu samo zaistnienie wydarzenia, które powoduje zagrożenie zdrowia i życia, bywa zrównywane z wystąpieniem traumy (Steuden i Jankowski, 2016). W drugim podkreśla się rolę konsekwencji psychologicznych danego wydarzenia i na ich podstawie decyduje się, czy miało ono charakter traumatyczny. Dlatego też przyjmuje się, że stresory mogą mieć jedynie potencjalnie urazowy charakter. To, czy dojdzie do powstania traumy, będzie zależało zarówno od stresora, jak i od osobniczej psychologicznej podatności (Lis-Turlejska, 2005). Istniejące różnice wskazują na zmienność poglądów teoretyków na temat stresu psychologicznego. W budowaniu definicji stresu koncepcje ewoluowały od podkreślania roli bodźca (Janis, 1958), reakcji

organizmu (Selye, 1956/1960), aż do ujęcia stresu jako wyniku transakcji podmiotu ze światem zewnętrznym (Lazarus i Folkman, 1984). W ujęciu transakcyjnym ważniejsza od obiektywnej wartości bodźca pozostała subiektywna reakcja psychiczna człowieka, co w dużym stopniu zrelatywizowało myślenie o stresie. Próby rozstrzygnięcia wspomnianego sporu, tj. czy możemy mówić o obiektywnych wydarzeniach traumatycznych, czy jedynie o potencjalnie traumatycznych, stały się przedmiotem licznych badań oraz refleksji teoretycznych, rozpatrujących rolę zarówno zmiennych psychologicznych, jak i środowiskowych w powstawaniu zaburzeń pourazowych. Wśród często pojawiających się w badaniach zmiennych można wyróżnić kilka grup czynników, którym badacze (np. Brewin i in., 2000; Fenichel, 2014; Strelau, 2004) przypisują największą rolę w powstawaniu zaburzeń pourazowych, są to m.in.:

1. cechy wydarzenia: rodzaj, natężenie, częstość;
2. charakterystyka osoby doświadczającej stresu: cechy osobowości i zaburzenia psychiczne, temperament, funkcjonowanie układu nerwowego, czynniki genetyczne, wcześniejsze traumatyczne doświadczenia;
3. okoliczności wystąpienia wydarzenia: możliwość reakcji i bezsilność; obowiązujące normy kulturowe i społeczne.

W tym miejscu podejmujemy próbę opisu części wymienionych czynników, w szczególności tych, których udział w powstawaniu urazu psychicznego został potwierdzony w badaniach empirycznych i obserwacjach klinicznych.

Charakterystyka wydarzenia traumatycznego. Uważa się, że to, jaki potencjał traumatyzujący ma dane wydarzenie, zależy od długości działania stresora, jak również tego, jak dotkliwy był on dla psychiki. Do takich wniosków przekonują obserwacje kliniczne i wyniki badań naukowych, które wskazują, że niektóre wydarzenia oraz okoliczności częściej niż inne prowadzą do pojawienia się negatywnych następstw emocjonalnych. Na podstawie analizy obrazów klinicznych pacjentów, którzy przeżyli długotrwałe, wielokrotnie powtarzające się wydarzenie traumatyczne, nierzadko z ręki bliskiej osoby (np. tortury, porwania, przemoc w rodzinie, molestowanie seksualne), i ich porównania z pacjentami, którzy doznali innych, bardziej incydentalnych form przemocy, można wysnuć pewne ogólne wnioski co do istotnych cech wydarzenia traumatycznego. Okazuje się, że pacjenci z pierwszej grupy wyróżniają się w trzech obszarach: 1) zgłaszane objawy są bardziej dotkliwe, uporczywe i wpływają na więcej obszarów funkcjonowania; 2) obserwuje się

trwałe zmiany w osobowości tych pacjentów, szczególnie w zakresie zaburzeń tożsamości i zdolności tworzenia relacji z innymi ludźmi; 3) pacjenci prezentują skłonności do powtarzania doznanych traum zarówno poprzez zadawanie krzywdy sobie samemu, zachowania ryzykowne, jak i poprzez angażowanie się w sytuacje zwiększonego ryzyka krzywdy ze strony innych osób (Courtois, 2004; Herman, 1992). W innych badaniach nad kobietami wykorzystywanymi seksualnie w dzieciństwie, które zostały przeprowadzone przez porównywanie bliźniąt (Nelson i in., 2002), okazało się, że poziom naruszenia granic i integralności ciała był predyktorem następstw psychopatologicznych. Jeżeli osoba doświadczyła przemocy seksualnej w postaci gwałtu z penetracją, konsekwencje te były znacząco poważniejsze niż w pozostałych przypadkach. Ponadto zwraca się uwagę na to, czy w momencie doświadczania wydarzenia traumatycznego możliwe było podjęcie działania zaradczego, czy jego uczestnik doświadczał bezsilności. Okazuje się, że podjęcie działania zaradczego w obliczu traumy stanowi jeden z ważnych czynników ochronnych przed jej negatywnymi konsekwencjami (DePrince i Freyd, 2007).

Zbiorcze znaczenie charakterystyki wydarzenia traumatycznego dla pojawienia się dysocjacji dobrze obrazują badania nad pacjentami cierpiącymi na dysocjacyjne zaburzenie tożsamości. Okazuje się, że pacjenci z tej grupy często jako dzieci doświadczali przemocy w rodzinie, jednocześnie nie mając możliwości znalezienia ucieczki czy ukojenia (Ross, 1996; DePrince i Freyd, 2007). Opiekun, będący jednocześnie sprawcą przemocy, często był emocjonalnie najbliższą osobą dziecka. Żeby funkcjonować w takiej dwoistości, umysł musiał odizolować dwa sprzeczne przeżycia od siebie. Początkowo przynosiło to ulgę i umożliwiało odnalezienie się w trudnej sytuacji. Z czasem stan ten doprowadzał do powstania dwóch odmiennych jaźni, stając się preludium do rozwoju dysocjacyjnego zaburzenia tożsamości.

Doświadczanie wydarzeń traumatycznych może zmienić nie tylko psychikę człowieka. Ich skutki mogą obejmować również zmiany na poziomie centralnego układu nerwowego. Okazują się one niezwykle ważne dla zrozumienia omawianego zjawiska, gdyż mogą wyjaśniać m.in. dwie istotne kwestie: (1) dlaczego u części pacjentów następstwa wydarzeń traumatycznych są wyjątkowo uporczywe, tj. mogą im towarzyszyć nawet przez wiele lat od momentu wystąpienia urazu, (2) skąd bierze się skłonność osób, które doświadczyły traumy psychicznej, do reagowania dysocjacją w innych sytuacjach, nawet jeśli poziom zagrożenia nie wskazywałby na konieczność korzystania z tak mocno izolujących mechanizmów.

Charakterystyka osoby doświadczającej stresu. Od początku gromadzenia systematycznej wiedzy na temat wpływu traumy na funkcjonowanie człowieka podkreślano znaczenie indywidualnej predyspozycji do rozwoju zaburzeń w wyniku doświadczenia sytuacji stresu traumatycznego. Szczególną uwagę klinicystów przykuły czynniki wrodzone, tj. charakterystyka genetyczna czy temperament, oraz psychologiczne, w tym cechy i zaburzenia osobowości.

Czynniki genetyczne. Wnioski z badań poprzecznych nad osobami cierpiącymi na PTSD wskazują, że w historii ich rodzin pojawiały się przypadki poważnych zaburzeń psychicznych znacząco częściej niż w grupie osób, która po doświadczeniu stresu traumatycznego nie rozwinęła symptomów psychopatologicznych. Obserwacje tego typu inspirują badaczy do poszukiwania wrodzonych czynników natury biologicznej predysponujących do rozwoju PTSD. Należy jednak podkreślić, że w przeciwieństwie do innych zaburzeń psychicznych PTSD jest stosunkowo słabo przebadane pod kątem predysponujących czynników genetycznych. W przeciwieństwie do wielu jednostek nozologicznych zespół stresu pourazowego jest zaburzeniem złożonym, na które składa się szereg odmiennych objawów. Brak pojedynczego centralnego objawu, który byłby kluczowy dla postawienia diagnozy, utrudnia prowadzenie poszukiwań predysponujących czynników genetycznych. Ponadto istnieje wiele zmiennych poprzedzających, głównie o charakterze psychicznym, które mają istotny wpływ na psychologiczne konsekwencje wydarzenia traumatycznego. Charakterystyka wielu pacjentów biorących udział w badaniach nad etiologią tego zaburzenia ujawnia bardzo duże zróżnicowanie wewnętrzne tej grupy, szczególnie w zakresie współistniejących zaburzeń psychicznych. Dla miarodajności wyników badania genetyczne na osobach cierpiących na PTSD powinny obejmować porównania grupy badanej z grupą zdrową, a także z ludźmi, którzy przeżyli podobny stres traumatyczny, ale w jego rezultacie nie rozwinęli objawów zaburzeń psychicznych. Taki rozbudowany plan badawczy jest jednak bardzo trudny do zrealizowania, co ma wpływ na obecny stan ograniczonej wiedzy na temat udziału czynników genetycznych w rozwoju PTSD (Broekman i in., 2007).

Dostępne wyniki badań genetycznych, w dużej mierze o charakterze korelacyjnym, prowadzą do niespójnych wniosków na temat związku konkretnych genów z rozwojem objawów zespołu stresu pourazowego. Systematyczny przegląd publikacji wskazuje na prowadzenie badań nad rolą genów związanych z neuroprzekaźnikami i hormonami takimi jak: serotonina, dopamina,

glukokortykoidy, GABA, apolipoproteina, neurotroficzny czynnik pochodzenia mózgowego czy neuropeptydy Y. W przypadku większości badanych czynników hipotezy dotyczące ich roli w rozwoju PTSD nie potwierdziły się bądź uzyskano sprzeczne wyniki. Wyjątkiem są badania nad genem transportującym serotoninę (5-HTT) (Kalia, 2005). Okazuje się, że wpływa on na poziom odpowiedzi organizmu na stresujące sytuacje, szczególnie w zakresie rozwijania objawów depresyjnych jako skutku doświadczania stresu (Mendlewicz i in., 2004). Wyniki wstępnych badań eksperymentalnych na zwierzętach potwierdzają zmienność w zakresie ekspresji genu 5-HTT w zależności od wystąpienia wczesnych stresujących wydarzeń życiowych (Bennett i in., 2002). Należy podkreślić, że miejsce transmisji serotoninergicznej w patofizjologicznym mechanizmie prowadzącym do rozwoju PTSD nie jest ciągle w pełni określone. Jednakże istnieje uzasadnione przekonanie co do roli serotoniny w występowaniu takich objawów zaburzeń po stresie traumatycznym, jak obniżony nastrój, nadmierne pobudzenie czy zaburzenia snu (Broekman i in., 2007).

Temperament. Badania nad wrodzonymi i dziedzicznymi cechami, które manifestują się w postaci cech temperamentu, dostarczają stosunkowo dużo informacji o roli czynników wrodzonych w etiologii zaburzeń powstałych w konsekwencji doświadczenia stresu traumatycznego. Wyniki zakrojonych na szeroką skalę rodzimych badań nad ofiarami powodzi i wypadków górniczych ($N = 1093$) wskazały, że niektóre cechy temperamentu mogą zarówno predysponować, jak i chronić przed rozwojem objawów zaburzeń po stresie traumatycznym. Wśród osób doznających wydarzeń traumatycznych takie cechy temperamentu, jak żwawość (tendencja do szybkiego reagowania, utrzymywania dużego tempa wykonywanych czynności i łatwej zmiany zachowania) czy wytrzymałość (zdolność do realizacji czynności w obliczu trudnych sytuacji, np. silnego pobudzenia emocjonalnego, hałasu), wiązały się z łagodniejszymi konsekwencjami psychicznymi doświadczanych wydarzeń. Z kolei perseweratywność (tendencja do trwania i powtarzania danego zachowania po zaprzestaniu działania bodźca wywołującego to zachowanie) czy reaktywność emocjonalna (wysoka intensywność reakcji na bodźce emocjonalne) stanowiły istotny predyktor rozwoju objawów zaburzeń po stresie traumatycznym. W przewidywaniu rozwoju objawów PTSD najważniejszymi czynnikami były: samo wydarzenie traumatyczne i wspomniana reaktywność emocjonalna. Podejrzewa się, że wysokie natężenie tej wrodzonej

cechy w sytuacji konfrontacji ze stresorem traumatycznym prowadzi do bardzo silnego pobudzenia emocjonalnego, nad którym jednostka nie jest w stanie zapanować ani go poznawczo opracować. Może to powodować trudności w integracji poznawczej takiego doświadczenia i wywoływać charakterystyczny dla PTSD zestaw symptomów dysocjacyjnych, w tym objawy pobudzenia emocjonalnego nawet w kontakcie z neutralnym bodźcem (Strelau i Zawadzki, 2005).

Cechy osobowości. Pytania o rolę osobowości specjaliści z zakresu zdrowia psychicznego zadawali sobie niemalże od początku badań nad emocjonalnymi konsekwencjami wydarzeń traumatycznych. Kwestia ta była podnoszona w publikacjach wielokrotnie. Powracała szczególnie w sytuacjach, gdy po wystąpieniu katastrof naturalnych czy wypadków komunikacyjnych okazywało się, że tylko niewielka grupa osób spośród tych, które doświadczyły wydarzenia traumatycznego, wymagała profesjonalnej pomocy z uwagi na występujące trudności emocjonalne. Osoby potrzebujące pomocy psychologicznej przejawiały często objawy zaburzeń dysocjacyjnych. Charakteryzowały się one m.in. specyficznym rozdziałem pomiędzy poznawczym opracowaniem przeżycia a jego emocjonalnym doświadczeniem, obserwowanym w reakcjach osób doświadczających wydarzeń traumatycznych. Osoby te np. bez emocji relacjonowały zagrażające ich życiu i zdrowiu zdarzenie, by w innym momencie przeżywać niezrozumiałe dla siebie i otoczenia stany nagłego pobudzenia emocjonalnego, które dotyczyło doświadczonego wydarzenia, choć było oderwane od jego poznawczego aspektu.

Przykładem podobnego typu refleksji były obserwacje poczynione w latach 80. ubiegłego wieku w południowej Australii, gdzie miał miejsce rozległy pożar lasów. Spłonęło wtedy wiele domów, zginęło 28 osób, a 2,5 tys. ludzi odniosło obrażenia. Obserwacje poczynione wśród osób, które w następstwie tego wydarzenia zgłaszały się po pomoc ze względu na wystąpienie objawów psychopatologicznych, pokazały, że większość z tej grupy pacjentów już wcześniej leczyła się na zaburzenia psychiczne lub miała historię chorób psychicznych w rodzinie. Pojawiły się wówczas hipotezy, że wcześniejsze predyspozycje osobowościowe mogą mieć większe znaczenie dla wystąpienia zaburzeń po stresie traumatycznym niż sama dotkliwość stresora (McFarlane, 1986). Podobne obserwacje poczynione podczas badań nad traumą zainspirowały do pogłębionych studiów nad indywidualną podatnością na rozwój tego typu zaburzeń.

Wyniki badań przekonują, że niektóre cechy osobowości bardziej niż inne predysponują do rozwoju zaburzeń pourazowych. Szczególne znaczenie badacze przypisują m.in. neurotyczności. Przekrojowe badania prowadzone na nieklinicznej populacji studentów wskazują, że wysoki poziom neurotyczności badanych korelował z nasileniem objawów PTSD. Neurotyczność jako cecha osobowości jest rozumiana jako skłonność do silnych reakcji emocjonalnych w obliczu niepożądanych wydarzeń. To oznacza, że osoby cechujące się silnie rozwiniętą neurotycznością będą reagowały intensywnymi, gwałtownymi emocjami i wolniej będą się uspokajały, co może być odbierane przez otoczenie jako niska odporność na stres. Inną cechą osobowości neurotycznej jest skłonność do nadmiernego krytycyzmu, negatywizmu w myśleniu i popadania w przygnębienie (m.in. Vrana i Lauterbach, 1994). Wyniki badań przekrojowych znalazły potwierdzenie również w badaniach prospektywnych, jakie prowadzono na grupach ogólnych, których uczestnicy byli badani zarówno przed wystąpieniem wydarzenia traumatycznego, jak i po nim (Breslau i Schultz, 2013; Knežević i in., 2005). Przypuszcza się, że neurotyczność prowadzi do podobnego przebiegu procesów emocjonalnych podczas konfrontacji ze stresorem traumatycznym, co ze stresorami dnia codziennego. W obliczu stresora osoba z wysokim nasileniem tej cechy tak interpretuje sytuację, że wywołuje ona silne pobudzenie emocjonalne. Co więcej, osoba ta nie jest w stanie powstałego pobudzenia skutecznie wyhamować za pomocą procesów poznawczych. Wysoka neurotyczność wśród pacjentów będzie zatem sprawiać, że lęk spowodowany przez stresor będzie mieć większe natężenie i utrzyma się dłużej niż u innych osób. Bardzo możliwe, że wywołana przez stresor traumatyczny reakcja doprowadzi do bardziej rozległych konsekwencji i tym samym przyczyni się do pojawiania się objawów zaburzeń potraumatycznych (por. Strelau, 2004).

Zaburzenia psychiczne i zachowania. Obserwacje kliniczne prowadzone na grupach pacjentów hospitalizowanych z powodu chorób psychicznych wskazują, że wielu z nich, w szczególności cierpiących na zaburzenia osobowości oraz poważne zaburzenia zachowania, doświadczyło na wczesnych etapach życia przemocy lub poważnego zaniedbania ze strony swoich opiekunów. Wspomniana zależność jest dobrze znana i doczekała się potwierdzenia w badaniach empirycznych (m.in. Carmen i in., 1984; Mauricio i in., 2007; Zanarini i in., 1999). Osobowość jest konstruktem bardzo złożonym, na który składają się zarówno cechy uformowane w wyniku wczesnych doświadczeń,

tj. kontaktu z opiekunami, wychowania oraz uczenia się, jak i predyspozycje wrodzone. Trudno jest zatem wskazać w badaniach empirycznych związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy występowaniem zaburzeń osobowości a wydarzeniami traumatycznymi. Czy jest tak, że osoby cierpiące na zaburzenia osobowości prezentują większą tendencję do doświadczania wydarzeń traumatycznych? Czy może jednak to wydarzenia traumatyczne, szczególnie te wczesne, zwiększają ryzyko nieprawidłowego rozwoju osobowości? Podejrzewamy, że oba wspomniane kierunki mogą być prawdziwe. Wyniki wiarygodnych badań wskazują na istnienie związku między doświadczaniem wczesnych wydarzeń traumatycznych a rozwojem poważnych zaburzeń osobowości, m.in. zaburzenia osobowości typu borderline (Ball i Links, 2009; Cierpiałkowska i Pasikowski, 2013; Widom i in., 2009). Jednakże obserwacje kliniczne dostarczają również argumentów za drugą hipotezą. Pacjenci cierpiący na poważne zaburzenia osobowości częściej niż inni mogą doświadczać sytuacji ryzykownych, w tym związanych z przemocą fizyczną i seksualną, jak również wypadkami komunikacyjnymi (Arntz, van Genderen, 2016).

Zmiany w centralnym układzie nerwowym na skutek wcześniej doświadczonych wydarzeń traumatycznych. Badania nad osobami, które doświadczyły poważnych wydarzeń traumatycznych, ujawniły, że długotrwałe doświadczanie sytuacji zagrożenia zdrowia i życia znacząco wpływa na przebieg procesów neurobiochemicznych zachodzących w mózgu. Ponadto mózg, który doświadczył wydarzenia traumatycznego, może przejawiać tendencje do reagowania w odmienny sposób na stres, utrudniając tym samym integrowanie doświadczeń i przyczyniając się do zaistnienia nowych doświadczeń dysocjacyjnych.

Zasadniczo specjaliści przypisują kluczową rolę w wyjaśnianiu konsekwencji traumy psychicznej dla pracy mózgu neurohormonom, których stężenie zmienia się w sytuacji doświadczania stresu. Istotne w tym procesie są: kortyzol, epinefryna, norepinefryna, wazopresyna, oksytocyna, jak również endogenne substancje znieczulające, takie jak opioidy i kannabinoidy. Szczególnie funkcja tych ostatnich wydaje się ważna dla omawianych zjawisk, ponieważ ich rosnące stężenie pojawiające się w mózgu w trakcie doświadczania sytuacji traumatycznej poważnie zakłóca procesy integracji doświadczeń. Ponadto uwagę specjalistów zwróciły procesy zachodzące w układzie limbicznym. Tu podstawowym zagadnieniem jest to, jak długotrwały stres, głównie za sprawą kortykosteroidów, wpływa na funkcjonowanie poszczególnych jego części, w szczególności hipokampa (Corrigan, 2014).

Rola endogennych substancji znieczulających. W momencie doświadczania wydarzenia traumatycznego pobudzenie emocjonalne bywa tak wysokie, że mózg zaczyna funkcjonować w trybie awaryjnym. Zakłócone zostają normalne sposoby opracowywania doznań. Drastycznie zwiększa się stężenie opioidów i kannabinoidów. Substancje te zmieniają komunikację między niższymi (podkorowymi) oraz wyższymi (korowymi) strukturami mózgu. Proces ten szczególnie jest widoczny we wpływie endogennych opioidów na pracę wzgórza, co skutkuje zaburzeniami połączenia kory limbicznej i kory nowej z pniem mózgu. Wraz z zakłóceniami przekazywania impulsów do kory mózgowej pojawiają się trudności integracji pomiędzy półkulami przez ciało modzelowate. Uważa się, że brak integracji pomiędzy częściami mózgu zarówno na linii struktury korowe vs podkorowe, jak i między półkulami przez ciało modzelowate odpowiada za trudności w integracji psychicznej doświadczeń traumatycznych. W tym wypadku uznaje się, że trudność w łączeniu zdysocjowanych aspektów doświadczenia odzwierciedla się w zaburzeniu integracji pomiędzy częściami mózgu (Lanius, 2014).

Ponadto uważa się, że opioidy i kannabinoidy mogą w jeszcze jeden sposób odgrywać rolę w pojawianiu się stanów dysocjacyjnych. W wysokim stężeniu prowadzą do fizjologicznego odcięcia dopływu impulsów do różnych obszarów korowych, w tym przedniego zakrętu kory obręczy. Wspomniane substancje wpływają na zmiany w funkcjonalności w obszarach mózgu biorących udział w reakcjach emocjonalnych, m.in. w pracy wzgórza. Bezpośrednia reakcja neurochemiczna w odpowiedzi na doświadczenie zagrożenia zdrowia i życia ma zasadniczo na celu zmniejszenie głównie uczuć strachu i bólu, które mogą się wtedy pojawić. Reakcja ta dodatkowo sprzyja adaptacyjnym zmianom w mózgu. Może dochodzić do zmiany plastyczności połączeń między neuronami i tworzenia się nowych sieci, w których zawarty będzie „zapis" o sposobie funkcjonowania centralnego układu nerwowego w trybie awaryjnym (Lanius i in., 2014). Prawdopodobnie, jeżeli doświadczenia tego typu będą wystarczająco silne, nawracające lub pojawią się w okresie zwiększonej wrażliwości (np. w okresie niemowlęctwa bądź we wczesnym dzieciństwie), może następować aktywizowanie sieci neuronalnych, które zostały wytworzone w czasie doświadczania traumy, nawet w okolicznościach, które nie wywołują już takiego pobudzenia jak pierwotny uraz. W takim scenariuszu, gdy pojawi się bodziec, z którym kora mózgowa nie będzie w stanie sobie poradzić, może dochodzić do wzbudzenia stanów funkcjonowania podobnego jak w przypadku pierwotnego doświadczenia

traumatycznego. Część struktur mózgowych zaczyna się dezaktywować w odpowiedzi na stres, m.in. zostają poważnie ograniczone funkcje niektórych obszarów korowych (Su i in., 2012).

Rola układu limbicznego. Układ limbiczny stanowi część ośrodkowego układu nerwowego, która przetwarza emocje i zachowanie niezbędne do osobniczego przetrwania. Ponadto pełni kluczową rolę zarówno w przechowywaniu, jak i wydobywaniu wspomnień. W normalnej sytuacji bodźce ciągle rejestrowane przez narządy zmysłu kierowane są do wzgórza i stąd wędrują do kory mózgowej oraz układu limbicznego. Nowe doświadczenia oraz informacje wymagające interpretacji przekazywane są do kory mózgowej. Gwarantuje to ich zaistnienie w świadomości, jak również ich symboliczne opracowanie. Z kolei większość procesów, szczególnie tych rutynowych, a także nagłych, jest przetwarzana poza świadomością przez układ limbiczny (Shin i in., 2006). Okazuje się, że długotrwały stres wpływa na funkcjonowanie dwóch kluczowych elementów tego układu: ciała migdałowatego i hipokampa. Główną rolę w tym procesie przypisuje się wysokiemu stężeniu kortykosteroidów, które pojawia się w trakcie doświadczania silnego stresu. Wpływa to na pracę hipokampa, szczególnie na jego funkcje związane z przechowywaniem wspomnień i ich kategoryzacją. Samo doświadczenie afektywne zostanie w takiej sytuacji zarejestrowane, ale zaburzeniu ulega zdolność do przetwarzania symbolicznego, jak również umieszczenia wspomnienia w czasie i w przestrzeni (van der Kolk, 1994). Wyniki badań na zwierzętach wskazują, że intensywnie stymulowane ciało migdałowate dezorganizuje pracę hipokampa. Jeżeli doświadczenie było jednorazowe, ale wystarczająco intensywne, obserwuje się stałe zmiany zarówno behawioralne, jak i w pobudliwości neuronów. W zależności od predyspozycji temperamentalnych u części badanych przypadków zaobserwowano wzrost agresywnych zachowań. Z kolei u innych nasilenie procesów hamowania zachowania (Adamec i in., 1980; Adamec, 1991).

Wyniki analiz opartych na neuroobrazowaniu mózgów pacjentów, którzy doświadczyli wydarzeń traumatycznych, wskazują na znaczący spadek masy, a co za tym idzie, spadek aktywności hipokampów, szczególnie jeśli sytuacja była długotrwała. Mogłoby to tłumaczyć trudności zarówno w zapamiętywaniu doświadczanych sytuacji, umieszczaniu ich w odpowiednim kontekście, jak i ich adekwatnym odtworzeniu. Podejrzewa się, że uszkodzenie hipokampów może leżeć u podłoża zjawiska typu *flashback*, kiedy to traumatyczne

wspomnienia mogą pojawić się nie w sposób zniekształcony, jak w przypadku zwykłego przypominania sobie, ale jako stany afektywne, odczucia somatyczne lub obrazy wizualne, które są ponadczasowe i niezmodyfikowane przez dalsze doświadczenia (Woon i in., 2010).

Analiza dostępnej wiedzy naukowej pozwala przychylić się do stanowiska, że wystąpienie sytuacji zagrożenia zdrowia i życia nie jest wystarczającym kryterium do stwierdzenia, że u danej osoby doszło do powstania urazu psychicznego, czyli że dane doświadczenie miało charakter traumatyczny (tj. urazowy). O tym, czy uraz psychiczny powstał, możemy jedynie stwierdzić *post factum*, tj. po obserwacji skutków, jakie wydarzenie miało dla osobowości danego pacjenta. Wystąpienie zaburzenia funkcjonowania, w tym objawów psychopatologicznych, może przekonywać, że przeżyte doświadczanie miało charakter traumatyczny. Obserwacje pacjentów doświadczających potencjalnie traumatycznych sytuacji obrazują, że samo wystąpienie zagrożenia zdrowia i życia nie prowadziło u wszystkich do istotnego zachwiania stabilności psychicznej. U większości osób badanych doświadczenie stresu powodowało nieprzyjemne odczucia, ale nie wywoływało symptomów zaburzeń emocjonalnych. W części przypadków nawet jeśli doszło do destabilizacji, objawy ustępowały w krótkim czasie od zniknięcia stresora. Tylko w pewnej stosunkowo nielicznej grupie przypadków (zazwyczaj w ok. 1/3 grupy osób z rozwijającymi się objawami zaburzeń w wyniku doświadczonego stresu) symptomy przyjmowały charakter uporczywy i utrzymywały się niezależnie od obecności stresora, który je wywołał (m.in. Horwitz, 2018; Mehnert i Koch, 2007; Raphael, 1995; Strelau, 2004). Z tego powodu trudno jest jednoznacznie przewidzieć, który bodziec doprowadzi u konkretnej osoby do powstania urazu psychicznego, tj. będzie bodźcem traumatycznym. Przyjmuje się zatem, że do wystąpienia urazu psychicznego przyczyniają się zróżnicowane czynniki związane zarówno z samym wydarzeniem (np. rodzaj i siła stresora), okolicznościami wystąpienia, jak i z cechami podmiotowymi jednostki (np. wyposażenie genetyczne, temperament, wcześniejsza historia życia, cechy osobowości i współwystępujące zaburzenia). Uraz psychiczny nastąpi w sytuacji niekorzystnej konfiguracji wymienionych czynników i będzie objawiać się m.in. wystąpieniem symptomów psychopatologicznych. Dlatego też należy mieć na uwadze, że mówiąc o doświadczeniach życiowych zwiększających ryzyko pojawienia się urazu psychicznego, najczęściej mówimy *de facto* o wydarzeniach potencjalnie traumatycznych, a nie o wydarzeniach traumatycznych.

2.2 SPECYFICZNE KONSEKWENCJE WYDARZEŃ POTENCJALNIE TRAUMATYCZNYCH A REWIKTYMIZACJA

Z oczywistych względów nie prowadzi się badań eksperymentalnych dotyczących konsekwencji wydarzeń traumatycznych na ludziach. Większość z dostępnych wyników badań ma charakter korelacyjny bądź regresyjny. Prześledzenie licznych doniesień na temat wpływu wydarzeń traumatycznych na funkcjonowanie psychiczne człowieka pozwala stworzyć obraz bardzo zróżnicowanych symptomów i zaburzeń. Część z nich ma charakter trudności definiowanych klinicznie i są to: wysokie ryzyko rozwoju uzależnienia od substancji psychoaktywnych (Danielson i in., 1998), chroniczne zaburzenia nastroju (Estefan i in., 2016), zaburzenia zachowania (w tym zachowania agresywne, skierowane na siebie bądź na otoczenie; m.in. Hillis i in., 2000; National Research Council, 1993), zaburzenia osobowości, w tym osobowości histrionicznej, typu borderline (Fossati i in., 1999), i zaburzenia dysocjacyjne, w tym zaburzenia po stresie traumatycznym (Mertin i Mohr, 2001). W prezentowanym rozdziale opisane zostały konsekwencje doświadczania wydarzeń potencjalnie traumatycznych, którym przypisuje się szczególną rolę w powstawaniu zjawiska rewiktymizacji.

2.2.1 Dysocjacja i PTSD – informacje ogólne

Spośród zróżnicowanych konsekwencji wydarzeń traumatycznych zaburzenia dysocjacyjne i PTSD zajmują szczególne miejsce w publikacjach naukowych. Głównym powodem tego zainteresowania badaczy jest fakt, że w wielu przypadkach ich objawy stanowią bezpośrednie, ew. obserwowane w stosunkowo krótkim czasie konsekwencje psychiczne wydarzenia traumatycznego. Ponadto leczenie symptomów tych zaburzeń było i pozostaje poważnym wyzwaniem dla klinicystów.

Dysocjacja. To zjawisko, na które składają się brak lub trudności w integracji głównie procesów świadomości, postrzegania, pamięci, emocji i tożsamości. Można ją obserwować w różnym nasileniu zarówno w sytuacjach codziennych, jak i w odpowiedzi na doświadczanie zagrażającego życiu wydarzenia czy w wyniku procesów psychopatologicznych. W niskim natężeniu dysocjacja występuje w postaci chwilowych stanów utraty ciągłości subiektywnego doświadczenia w trakcie wykonywania codziennych zadań.

Jej przykładem może być brak zapamiętywania rutynowych czynności (np. zamykania drzwi na klucz) czy tak zwana hipnoza autostradowa. Jest to zmieniony stan świadomości opisywany głównie w publikacjach amerykańskich, polegający na poprawnym prowadzeniu pojazdu, wykonywaniu manewrów z uwzględnieniem zmieniających się warunków na drodze bez umiejętności przypomnienia sobie tych czynności. Innymi słowy, kierowca doznający hipnozy autostradowej może zupełnie nie pamiętać bądź mieć poważne trudności z przypomnieniem sobie, jak dotarł do punktu docelowego. Zjawisko to obserwowane jest szczególnie u kierowców na długodystansowych trasach, których pokonywanie przebiega monotonnie (Williams, 1963).

Podobnego typu objawy, gdy ich nasilenie jest odpowiednio duże i poważnie zakłóca codzienne funkcjonowanie, pozwalają na postawienie diagnozy wystąpienia zaburzeń dysocjacyjnych. Może ona zostać postawiona, jeżeli wskazane poniżej fenomeny nie wynikają z uszkodzenia układu nerwowego lub działania środków psychoaktywnych, lecz mają podłoże psychologiczne. Zaburzenia dysocjacyjne występują w postaci symptomów, skategoryzowanych w pięciu grupach (za: American Psychiatric Association, 2013):

- **depersonalizacja –** doświadczenie nierealności bądź oderwania od własnego ciała, umysłu lub innego ważnego aspektu własnej osoby. W niskim natężeniu będzie przybierać formę poczucia obcości własnego ciała, obcości myśli bądź oderwania od własnych stanów emocjonalnych, obcości pobudzenia pochodzącego z ciała (np. popędu seksualnego czy głodu) lub trudności w kontroli własnych ruchów czy wypowiadanych słów. W wysokim natężeniu może przybierać formę doświadczenia eksterioryzacji, tj. postrzegania zdarzeń spoza własnego ciała;
- **derealizacja –** doświadczenie nierealności lub niebrania udziału w toczących się wydarzeniach. W lekkich stanach osoby przeżywające derealizację postrzegają otaczający świat jako sztuczny, pozbawiony koloru i życia. Możliwe jest również poczucie, że śnią lub widzą świat przez mgłę, czemu mogą towarzyszyć subiektywne zmiany w widzeniu, np. utrata ostrości obrazu;
- **zaburzenia tożsamości –** charakteryzują się obecnością dwóch lub więcej osobowości. Mogą występować: specyficzna nieciągłość w zakresie tożsamości i pamięci, nawracające, niewytłumaczalne wtargnięcia obrazów, głosów, myśli oraz emocji, drastyczne zmiany w postawach i preferencjach. W tej kategorii wyróżnia się także objawy przejęcia władzy nad ciałem, w tym stany opętania;

- **amnezja –** niezdolność przypomnienia sobie wydarzeń, które powinny zostać zapamiętane i w normalnej sytuacji łatwo byłoby je sobie przypomnieć. W ramach amnezji dysocjacyjnych mogą występować trudności z przypomnieniem sobie pojedynczych wydarzeń, zdolności (np. kierowania pojazdami) czy znacznych okresów życia, w tym własnej tożsamości. Osoba cierpiąca na amnezję może nie zdawać sobie sprawy ze swoich problemów z pamięcią;
- **somatyzacja –** nieuzasadnione neurologicznie drgawki bądź objawy konwersyjne, które mogą przyjmować postać m.in. stuporów, paraliżów, mutyzmu.

Zaburzenia dysocjacyjne występują często jako bezpośrednia konsekwencja udziału w wydarzeniu budzącym duży lęk bądź obserwacji takiego zdarzenia, jak katastrofy naturalne, wypadki czy konflikty zbrojne (Bremner i in., 1992; Cardeña i Spiegel, 1993; Classen i in., 1993). Wyniki badań wskazują, że zróżnicowane objawy z tej grupy zaburzeń pojawiają się u ok. 25–50% osób doświadczających zagrożenia zdrowia i życia (Spiegel, 1991). Jednak tylko w stosunkowo niewielkiej grupie ok. 10% osób objawy te mają charakter uporczywy i prowadzą do wystąpienia symptomów, jakie niezbędne są do postawienia diagnozy zaburzeń po stresie traumatycznym (Breslau, 2009).

Nie ma pełnej jasności, czy dysocjacja stanowi zjawisko psychiczne o funkcjach adaptacyjnych, czy jest jedynie skutkiem ubocznym pracy osobowości w sytuacji bardzo wysokiego (np. w trakcie wydarzeń traumatycznych) lub nienaturalnie niskiego pobudzenia (np. w trakcie wykonywania rutynowych czynności). Część specjalistów wspierających pierwsze stanowisko uważa, że w sytuacji zagrożenia zdrowia i życia odczuwanie bardzo wysokiego lęku mogłoby uniemożliwić podjęcie czynności w celu zapewnienia sobie bezpieczeństwa. Dysocjacja prowadzi do oddzielenia pewnej części bądź całości wydarzenia od świadomości i umożliwia funkcjonowanie, jakby wydarzenie traumatyczne nie miało miejsca. Odracza więc konieczność myślenia o traumie oraz przeżywania emocji z nią związanych, dając możliwość podjęcia niezakłóconych czynności zaradczych (Gabbard, 2014). Aktualne pozostaje jednak pytanie, dlaczego tylko część osób przeżywa epizody dysocjacyjne pod wpływem stresu? Badacze prezentujący stanowisko przeciwne uznają, że dysocjacja jest objawem dysfunkcji psychicznej. Wskazują oni na wyniki badań nad czynnikami zwiększającymi ryzyko pojawienia się tego typu symptomów. Okazuje się, że wcześniejsze doświadczenie sytuacji zagrożenia życia może znacząco zwiększać ryzyko pojawienia się objawów dysocjacyjnych w reakcji na stres w przyszłości. Oznaczałoby to, że tendencja

do reagowania dysocjacją w sytuacji wysokiego lęku może być zakorzeniona w uprzednio warunkowanej podatności osobowości, tj. nie być przejawem jej normalnego funkcjonowania (Morgan i in., 2001).

Jak wcześniej wspomniano, objawy dysocjacyjne są częstym następstwem doświadczenia wydarzenia traumatycznego. W podręcznikach diagnostycznych, np. DSM-5, zaburzenia dysocjacyjne wymieniono zaraz po zaburzeniach powstałych w wyniku stresu i traumy. Zaburzenie po stresie traumatycznym obejmuje objawy dysocjacyjne, które stanowią jego główną i najbardziej charakterystyczną część, m.in. amnezję, wtargnięcia retrospektywne typu *flashback*, odrętwienie, derealizację czy depersonalizację. PTSD stanowi mimo wszystko osobną jednostkę diagnostyczną.

Zespół stresu pourazowego. Jest to zaburzenie diagnozowane w następstwie doświadczenia sytuacji zagrożenia zdrowia lub życia, zarówno bezpośrednio w roli ofiary, jak i pośrednio, jako świadek zdarzenia. Kluczowe dla tego zaburzenia pozostają następujące objawy (za: American Psychiatric Association, 2013):

- ponowne przeżywanie wydarzenia traumatycznego – m.in. samowolne występowanie inwazyjnych wspomnień bądź snów związanych z traumatycznym wydarzeniem, również wystąpienie dysocjacyjnych reakcji typu *flashback*, polegających na niekorespondującym z realnością poczuciu, że traumatyczne wydarzenie ponownie ma miejsce; epizody tego typu mogą znacznie różnić się intensywnością: od chwilowego, ulotnego poczucia, że wydarzenie odbywa się ponownie, do pełnej utraty poczucia realności, orientacji w przestrzeni i oderwania od aktualnych wydarzeń. Występowanie tego typu objawów wiąże się z dużą wrażliwością na bodźce, które mogłyby przypominać traumatyczne wydarzenie, co wiąże się ze stanami stale podwyższonego niepokoju;
- unikanie – podejmowanie prób uniknięcia bodźców związanych z wydarzeniem traumatycznym, zarówno bodźców wewnętrznych (np. niepokojących wspomnień, myśli, uczuć), jak i zewnętrznych, które mogłyby prowadzić do przypomnienia sobie wydarzenia (np. osób, miejsc, wykonywanych czynności);
- zmiany w procesach poznawczych i zaburzenia nastroju – psychologicznie uwarunkowana niezdolność do przypomnienia sobie ważnych aspektów wydarzenia traumatycznego, jak również trudności z przypomnieniem sobie codziennych wydarzeń czy wykonywaniem powszednich czynności

(np. utrzymaniem wątku w trakcie rozmowy); negatywne myśli i przekonania na temat siebie; obwinianie siebie za skutki wydarzenia; uporczywie utrzymujące się nieprzyjemne stany emocjonalne (w tym przerażenie, złość, poczucie winy); niezdolność odczuwania pozytywnych emocji; znacząca zmiana w wykonywanych dotąd aktywnościach;

- pobudzenie i reaktywność emocjonalna – znaczna zmiana w funkcjonowaniu emocjonalnym w zakresie przeżywania i wyrażania emocji, w tym wybuch agresji, zachowania autoagresywne, nadpobudliwość, nadmierna reakcja przestrachu nawet w obliczu słabych bodźców, zaburzenia snu i czuwania;
- inne objawy dysocjacyjne – możliwe wystąpienie psychologicznie uwarunkowanych objawów depersonalizacji i derealizacji.

Współcześnie część specjalistów wskazuje, że pojawienie się PTSD jako osobnego zaburzenia było w dużej mierze motywowane czynnikami społecznymi, takimi jak wzrost znaczenia politycznego organizacji związanych z weteranami i ich rodzinami w Stanach Zjednoczonych (Duckworth i Follette, 2012). Wyróżnienie tej diagnozy doprowadziło do tworzenia specjalistycznych ośrodków zajmujących się leczeniem weteranów, jak również organizowania pomocy społecznej w postaci rent i odszkodowań (Friedman i in., 2007).

2.2.2 Rola symptomów dysocjacji i PTSD w występowaniu podatności na doświadczanie rewiktymizacji

Pomimo pewnych podstawowych podobieństw pacjenci cierpiący, w wyniku doświadczenia wydarzeń potencjalnie traumatycznych, na zaburzenia dysocjacyjne, w tym PTSD, stanowią zróżnicowaną wewnętrznie grupę. Podstawowe różnice dotyczą siły i intensywności doznawanych symptomów oraz tego, jak zmaganie się z zaburzeniami wpływa na ich codzienne funkcjonowanie (Friedman, 2015). Prowadząc leczenie osób doświadczających rewiktymizacji, klinicyści zwrócili uwagę, że u części z tych pacjentów niektóre symptomy zaburzeń są bardziej dotkliwe niż u innych. Takie doniesienia rzucają pewne światło na to, dlaczego tylko część pacjentów cierpiących na m.in. PTSD może być narażona na powtarzanie wydarzeń urazowych (m.in. Acierno i in., 1999; Chu, 1992; Kluft, 1989; Risser i in., 2006).

Odrętwienie i nadpobudliwość. Objawy dysocjacyjne, które składają się na zespół stresu pourazowego, mogą odgrywać istotną rolę w procesie rewiktymizacji. Kluczowy wydaje się tutaj sam charakter zaburzeń dysocjacyjnych, które prowadzą do trudności w postrzeganiu, ocenie, przeżywaniu

emocjonalnym, zapamiętywaniu i integracji wydarzeń w ramach własnej tożsamości. Objawy te mogą w poważny sposób upośledzać adekwatną ocenę realności, w tym potencjalnego ryzyka codziennych sytuacji (Risser i in., 2006).

Część specjalistów zauważa, że wśród pacjentów z pełnoobjawowym PTSD występują naprzemiennie fazy silnego zaangażowania w sytuację traumatyczną i jej unikania. Faza pierwsza może polegać na intruzji myśli i wspomnień związanych z traumą, tj. na mimowolnym ponownym przeżywaniu wydarzenia traumatycznego lub jego elementów zarówno w snach, jak i w trakcie epizodów typu *flashback* (Chu, 1992). Pacjent w trakcie codziennych czynności może przeżywać nagłe przerwanie ciągu świadomości i być przekonanym, że wydarzenie traumatyczne ponownie ma miejsce. W tych sytuacjach zniesiony zostaje symboliczny dystans, jaki zdrowi ludzie mają do swoich wspomnień. Tutaj wspomnienie nie jest obrazem wydarzenia historycznego, ale odegraniem go na nowo wraz z towarzyszącymi mu emocjami i zachowaniem. Często czynnikami wywołującymi tego typu intruzje są doznania związane z traumą, np. zapach charakterystycznych perfum, których używał sprawca napadu, przywołuje intruzję wspomnień agresji seksualnej. Pacjent jednak świadomie może nie kojarzyć zapachu danych perfum z nagłym przypomnieniem sobie traumy. Zazwyczaj jest przekonany, że do intruzji doszło spontanicznie bez wyraźnego powodu (Newirth, 2016). Fazie pierwszej towarzyszy również wysokie pobudzenie emocjonalne w postaci wzmożonej czujności, lęku, zniecierpliwienia i trudności w koncentracji uwagi.

Fazą drugą jest odrętwienie emocjonalne. Polega ono na dysocjacji traumatycznych aspektów doświadczenia, które przestają być obecne w świadomości, a wraz z nimi wypchnięte poza świadomość zostają także wzbudzane przez nie emocje. Pacjenci w tym stanie zachowują się, jakby nie odczuwali lęku i mieli utrudnioną sytuacyjną antycypację emocji. Niektórzy z nich opisują, że podejmowane wówczas potencjalnie niebezpieczne czynności, np. samotne wędrówki po zmroku w lesie lub angażowanie się w znajomości z osobami jawnie agresywnymi i nieprzewidywalnymi (np. osobami pod wpływem substancji psychoaktywnych), nie budzą w nich myśli o potencjalnym niebezpieczeństwie lub uczuć niepokoju. Przeciwnie, część z nich opowiada o tym, że tego typu sytuacje działają na nich uspokajająco. Podejrzewa się, że w tym przypadku może dochodzić do paradoksalnej reakcji osobowości, w której sytuacja potencjalnie wysokiego pobudzenia emocjonalnego (np. angażowanie się w zachowania ryzykowne) będzie wzmacniała siłę odczuwanego odrętwienia emocjonalnego (Chu, 1992).

Takie działanie tego mechanizmu będzie wtenczas odbierane przez pacjenta jako zwiększające poczucie ulgi, gdyż występujące odrętwienie będzie go izolować nie tylko od przeżywanego aktualnie lęku, ale również od innych trudności i rozterek emocjonalnych. Wśród tych pacjentów zdarzają się nasilone stany derealizacji, które często przypominają śnienie lub bycie pod wpływem zmieniających świadomość środków psychoaktywnych. Jest to czynnik dodatkowo utrudniający realistyczną ocenę potencjalnego ryzyka. Naraża to pacjentów na znacznie większą liczbę sytuacji niebezpiecznych, w jakich mogą się znaleźć, niż osoby, które nie cierpią na tego typu objawy (Kluft, 1989).

Wyniki badań naukowych w zasadzie potwierdzają obserwacje kliniczne, wskazując na rolę objawów dysocjacji w procesie ponownego doświadczania wydarzeń traumatycznych (np. Acierno i in., 1999). Specjaliści mają jednak różne zdania co do roli poszczególnych grup objawów w tym procesie. Zazwyczaj w publikacjach badawczych objawy zaburzeń dysocjacyjnych lub PTSD przedstawia się jako predyktor bezpośredni lub pośredni, tj. wpływający na wystąpienie innych zaburzeń (np. nadużywania substancji psychoaktywnych) oraz w ten sposób zwiększający ryzyko pojawienia się rewiktymizacji (Ghimire i Follette, 2011). Istnieją również nieliczne doniesienia wskazujące, że objawy tego typu pełnią istotną funkcję w mechanizmie rewiktymizacji (tj. stanowią mediator pomiędzy pierwotną traumą a jej ponownym doświadczeniem na innym etapie życia). W badaniu podłużnym prowadzonym na grupie 555 amerykańskich kobiet potwierdzono mediującą rolę objawów PTSD pomiędzy doświadczaniem wykorzystania seksualnego w dzieciństwie a przemocą seksualną w dorosłości. Natężenie objawów PTSD wyjaśniało, dlaczego część badanej grupy doświadczała ponownego wykorzystania seksualnego później. Szczególnie ważne były takie objawy zespołu stresu pourazowego, jak odrętwienie emocjonalne, które stanowiło bezpośredni predyktor rewiktymizacji. Natomiast pozostałe grupy objawów, takie jak ponowne doświadczanie, unikanie i pobudzenie, były czynnikami zwiększającymi ryzyko nadużywania alkoholu oraz pośrednio przyczyniały się do rozwoju rewiktymizacji (Ullman i in., 2009). Wyniki tych badań potwierdzają wcześniej przytoczoną hipotezę dotyczącą znaczenia objawów odrętwienia emocjonalnego w procesie rewiktymizacji. Jednak kwestia roli pojedynczych grup symptomów w tym procesie nie jest jednoznaczna.

Inne wnioski z badań, w przeciwieństwie do przywołanych wcześniej, wskazują na istotną funkcję głównie objawów nadpobudliwości emocjonalnej.

Badacze podejrzewają, że to nadmierna pobudliwość emocjonalna, która stanowi jeden z dominujących objawów zespołu stresu pourazowego, występuje często nieadekwatnie do okoliczności, tj. nieadekwatnie do występujących w otoczeniu bodźców. Możliwe, że wysokie pobudzenie emocjonalne poważnie zakłóca adekwatną ocenę ryzyka. W sytuacji, gdy doświadczane bodźce są niezróżnicowane i każdy nawet obiektywnie neutralny może zwiastować wystąpienie poważnego zagrożenia, żaden bodziec nie jest istotny dla pacjenta w oszacowaniu realnego ryzyka. Przypuszcza się, że z tego powodu osoby cierpiące na PTSD mogą przejawiać dużą nieostrożność wobec sytuacji powszechnie uważanych za ryzykowne czy niebezpieczne (Risser i in., 2006).

Zaburzenie tożsamości. Zwraca się również uwagę na poważne dysocjacyjne zmiany w zakresie tożsamości wśród pacjentów, którzy doświadczyli wydarzeń traumatycznych, szczególnie na wczesnym etapie życia. Zmiany te mogą być znaczące, gdy krzywda była wyrządzona wielokrotnie z ręki tej samej osoby bądź grupy osób. W tego typu przypadkach czasami obserwuje się upodobnienie ofiary do sprawcy, m.in. w zakresie wyznawanych wartości, wyglądu czy zachowania, tj. identyfikację ze sprawcą. Po pewnym czasie ofiara przemocy może usprawiedliwiać bądź pochwalać postępowanie sprawcy, uznając je za uzasadnione, np. tłumacząc nadużycie seksualne swoim złym, wyzywającym zachowaniem. Zdarzają się również przypadki, gdy wcześniejsza ofiara zostaje wspólnikiem sprawcy w dalszych krzywdach, np. poprzez nagabywanie i umożliwianie dostępu do nowych ofiar. Przypuszczamy, że pozostawanie w częstej obecności oraz bliskiej relacji ze sprawcą może wywoływać skrajne emocje – zarówno negatywne, jak i pozytywne – zwłaszcza gdy osoba zadająca krzywdę postrzegana jest przez ofiarę jako wszechmocna w kontroli i zadawaniu krzywdy. Nieświadomie dla krzywdzonego, w celu zachowania poczucia kontroli nad sytuacją i poradzenia sobie z doświadczaną krzywdą, może dochodzić do idealizacji sprawcy. W zachowaniu ofiar przemocy przejawia się to odczuwaniem sympatii i bliskości z nim, a nawet udzielaniem mu pomocy w uniknięciu konsekwencji. Przedstawione zjawisko identyfikacji ze sprawcą przemocy bywa w publikacjach nazywane syndromem sztokholmskim (Cantor i Price, 2007). Możliwe, że opisywany tutaj proces wyjaśnia obserwowany w wynikach badań fenomen specyficznych reakcji na przemoc w dzieciństwie ze względu na płeć, tj. większe ryzyko stania się sprawcą przemocy przez dziecko płci męskiej, a przyszłą ofiarą – przez dziecko płci żeńskiej (np. Tjaden i Thoennes, 2000; Widom, 1989).

Wśród części pacjentów zaburzenia dysocjacyjne tożsamości przybierają mocno rozbudowaną formę, która objawia się wystąpieniem kilku równolegle istniejących „osobowości". Współistniejące jaźnie (zdysocjowane stany *self*) mogą dominować zamiennie w funkcjonowaniu pacjenta. Zazwyczaj występuje przynajmniej częściowa amnezja dotycząca zachowań i wydarzeń związanych z innymi istniejącymi jaźniami. Każdy ze stanów jest złożony z własnych typowych zachowań, gustów czy poglądów. Nawiązane w jednej jaźni relacje społeczne nie istnieją w odmiennej bądź mają zupełnie inny charakter. Niektórzy specjaliści uznają, że taka forma zaburzenia dysocjacyjnego tożsamości jest rezultatem doznania poważnej krzywdy we wczesnym dzieciństwie. Pierwotnie współistniejące jaźnie miały pomóc w poradzeniu sobie z traumatycznymi wydarzeniami (Gabbard, 2014). Mechanizmy dysocjacyjne dystansują osobę od doznawanej krzywdy, prowadząc do wytworzenia alternatywnej tożsamości. Dany stan świadomości organizuje się wokół dominującego afektu, poczucia siebie, obrazu ciała, zachowania, przekonań, jak również wspomnień wydarzeń, z którymi dany afekt był związany. Przy wystąpieniu niekorzystnych okoliczności, w tym istnieniu predyspozycji wrodzonej i braku odpowiedniego wsparcia ze strony bliskich, alternatywna tożsamość zaczyna być autonomiczna, czego zwiastunem jest przekonanie pacjenta o własnej drugiej, ukrytej i odrębnej osobowości. Należy podkreślić, że na osobowość pacjenta składają się wszystkie zdysocjowane jaźnie. Mnogość stanów jaźni skrywa deficyt w postaci braku nawet jednej skonsolidowanej osobowości. Z tego powodu zaniechano używania dawnej nomenklatury klinicznej, która nazywała to zaburzenie osobowością mnogą (Kluft, 1996).

Wiele z opisanych przypadków klinicznych pacjentów z zaburzeniem dysocjacyjnym tożsamości dotyczy osób, które doznały w dzieciństwie przemocy i zostały wykorzystane seksualnie. Podejrzewa się, że grupa ta, podobnie jak inne osoby z zaburzeniami rozwiniętymi na skutek wydarzeń traumatycznych, jest poważnie narażona na rewiktymizację. Tego typu tendencje sugerują opisy przypadków klinicznych, w których pacjenci cierpiący na zaburzenia powstałe w następstwie wydarzenia traumatycznego zgłaszają powtarzające się krzywdy, często podobne do pierwotnej traumy, np. krzywdy natury seksualnej. Obserwacje kliniczne znajdują pewne potwierdzenie w pojedynczych doniesieniach z niezbyt rozbudowanych badań nad osobami świadczącymi płatne usługi seksualne. W tej grupie występuje duża częstotliwość doświadczeń przemocy w okresie dzieciństwa (np. Farley i Barkan, 1998; Medrano i in., 2003) oraz objawów zaburzeń dysocjacyjnych, w tym

zaburzenia dysocjacyjnego tożsamości (Ross i in., 1990; Ross i in., 2004). Rzadko jednak w tego typu badaniach podejmuje się trud wyróżnienia podgrupy spełniającej wszystkie kryteria diagnozy tej jednostki nozologicznej. Zazwyczaj badacze ograniczają się do pomiaru ogólnego natężenia objawów PTSD lub nasilenia dysocjacji, co poważnie ogranicza możliwość trafnej generalizacji wyników.

Analiza dostępnych badań i reelekcji teoretycznej wskazuje, że wśród zróżnicowanych konsekwencji psychicznych, jakie mogą wystąpić w sytuacji doświadczania wydarzeń traumatycznych, centralną rolę pełnią zaburzenia dysocjacyjne. Wystąpienie tego typu objawów bezpośrednio po obciążającej emocjonalnie sytuacji zazwyczaj wskazuje na zachwianie stabilności w funkcjonowaniu osobowości. Od wielu czynników, zarówno środowiskowych, jak i podmiotowych, zależy, czy symptomy te znikną krótko po zakończeniu obciążającej emocjonalnie sytuacji, czy też rozwiną się w kierunku uporczywych zaburzeń dysocjacyjnych jak np. wśród pacjentów cierpiących na PTSD. Często jest to początek długofalowych trudności w funkcjonowaniu psychicznym. Kliniczne charakterystyki pacjentów, którzy wielokrotnie doświadczyli wydarzeń traumatycznych, przekonują, że symptomy dysocjacyjne mogą odgrywać ważną rolę w mechanizmie rewiktymizacji. Niemniej jednak na podstawie wyników badań trudno jednoznacznie wskazać konkretny objaw dysocjacyjny, którego wysokie natężenie może zwiększać ryzyko powtórnego doświadczenia urazu psychicznego. Wydaje się, że wystąpienie tego typu zaburzeń może na ogólnym poziomie zmniejszać zdolność korzystania przez pacjenta z własnych procesów emocjonalnych w poprawnym rozeznaniu zagrożeń, jakie płyną ze świata zewnętrznego, a tym samym przyczyniać się do zwiększonego ryzyka znalezienia się w niebezpiecznej sytuacji. W szczególnych przypadkach wystąpienie zaburzeń dysocjacyjnych w następstwie doznania urazu psychicznego może wyznaczyć niekorzystny kierunek dalszego rozwoju osobowości i stanowić zwiastun długofalowych negatywnych konsekwencji psychicznych. W tej grupie pacjentów pojawiać się mogą różne trudności emocjonalne i społeczne, które związane są z wysokim ryzykiem dalszego doznawania urazów psychicznych, jak np. zaburzenia osobowości, nadużywanie i uzależnienia od substancji psychoaktywnych, ryzykowne zachowania seksualne czy tendencje do uszkadzania swojego ciała.

Należy zaznaczyć, że większość przytoczonych wyżej wyników badań z oczywistych względów nie ma charakteru eksperymentalnego. Najbardziej rozpowszechnionym modelem prowadzenia badań w tym obszarze jest model

ex post facto. Dlatego częściej możemy mówić o współwystępowaniu danych zjawisk (np. wczesnej traumy, dysocjacji i rewiktymizacji), niż precyzyjnie wskazywać na proces przyczynowo-skutkowy. Zasadniczo z tego powodu w psychologii klinicznej nieodzowne są modele teoretyczne. Za ich pomocą możliwe jest połączenie współwystępujących zjawisk tak, że składają się one na mechanizm psychologiczny. W kolejnym rozdziale opisano, jak wydarzenia traumatyczne mogą prowadzić do psychicznych konsekwencji, w tym rewiktymizacji w perspektywie psychoanalitycznej.

3 PSYCHOANALITYCZNE KONCEPCJE TRAUMY PSYCHICZNEJ I REWIKTYMIZACJI

Przegląd publikacji na temat traumy psychicznej i rewiktymizacji pozwala odnaleźć paradygmat, w ramach którego po raz pierwszy podjęto próby systematycznej analizy różnych psychologicznych konsekwencji wydarzeń traumatycznych. Wśród wspomnianych opisów pojawiają się takie, które czasami wprost, a czasami pośrednio odnoszą się do tego, co w prezentowanej książce nazywane jest rewiktymizacją. Wspomniana tradycja teoretyczna to paradygmat psychoanalityczny. Ustalenia poczynione w ramach tej perspektywy zarówno historycznie, jak i współcześnie mają znaczący wkład nie tylko w wiedzę na temat umysłu i jego reakcji na doświadczenia traumatyczne, lecz także w praktykę kliniczną. Istnieją również inne podejścia służące do opisu zjawisk o podobnej naturze, takie jak np. koncepcje poznawczo-behawioralne czy podejścia społeczno-kulturowe. Z uwagi jednak na obszerność tematu, która każdorazowo wymaga odpowiedniego teoretycznego wprowadzenia, zjawisko rewiktymizacji w ujęciu pozostałych koncepcji zostanie przedstawione w osobnych publikacjach. W prezentowanej książce podjęta zostanie próba wyjaśnienia rewiktymizacji w ramach teorii psychoanalitycznych.

3.1 TRAUMA I REWIKTYMIZACJA W PARADYGMACIE PSYCHOANALITYCZNYM

Współcześnie praktyka zarówno medyczna, jak i psychologiczna używają pojęcia traumy (z gr. *rana*) nie tylko w klasycznym kontekście, tj. do opisu uszkodzenia ciała, ale również w sensie metaforycznym – do opisu reakcji osobowości na zewnętrzne doświadczenie, które w znaczący sposób przekracza zdolności osoby do poradzenia sobie z nim (Markowski, 2002). Rany, o których tutaj mowa, choć mogą przejawiać się w subiektywnych, trudnych do obiektywnej weryfikacji odczuciach, przeżywane są tak samo realnie jak somatyczne rany ciała. Niemniej uznanie, że istnieje przyczynowo-skutkowy

związek pomiędzy doświadczeniem emocjonalnie bolesnego wydarzenia a pojawieniem się symptomów psychopatologicznych w przeszłości, nie było oczywiste. Powszechne założenie, że doświadczenia życiowe mogą powodować realne cierpienie psychiczne, było poprzedzone wieloletnimi badaniami i obserwacjami klinicznymi, którym towarzyszyła ożywiona debata akademicka.

Przed drugą połową XIX wieku praktyka lekarska nie wyróżniała diagnostycznie schorzeń nerwowych występujących w konsekwencji doświadczenia stresu. W tamtym okresie w ramach głównego dyskursu środowisk medycznych przyjmowano, że choroby psychiczne i zaburzenia emocjonalne mogą być wrodzone lub stanowią bezpośredni przejaw uszkodzenia układu nerwowego. Obserwacje osób poszkodowanych w wypadkach kolejowych podważyły te redukcjonistyczne przekonania. Budowa sieci kolei żelaznej spowodowała pojawienie się na szeroką skalę wypadków komunikacyjnych. To skierowało uwagę specjalistów na problem dolegliwości, na które skarżyły się osoby poszkodowane. Odnotowano, że część z nich miała objawy paraliżu, doznała utraty słuchu, wzroku lub występował mutyzm, mimo tego, że osoby te nie odniosły w wypadkach widocznych ran fizycznych uzasadniających taki stan. Zespół tego typu symptomów pojawiających się z niejasnych przyczyn na skutek wypadków nazywano *kręgosłupem kolejowym* (*railway spine*). Nazwa syndromu wynikła z przekonania części brytyjskich lekarzy, którzy uważali, że podczas wypadku u pacjentów musiało dochodzić do ukrytych, wewnętrznych uszkodzeń układu nerwowego, innych niż znane wtedy m.in. objawy wstrząśnień mózgu czy wylewów. Ukryte uszkodzenia miały wyjaśniać pojawianie się objawów zaburzeń nerwowych (por. Erichsen, 1867/2011). Założenie to zostało podane w wątpliwość, ponieważ w wielu przypadkach do pojawienia się skarg u pacjentów dochodziło po kilku dniach od zajścia wypadku bez innych towarzyszących objawów neurologicznych i somatycznych. Skłoniło to lekarzy do rozważenia możliwości, że natura symptomów mogła być odmienna niż biologiczna, tj. wynikać z emocjonalnych konsekwencji samego faktu doświadczenia wypadku (Shorter, 2005). Rozwój refleksji naukowej na temat psychologicznych konsekwencji wypadków nabrał rozpędu w wyniku sądowych procesów o odszkodowanie, jakie brytyjscy pasażerowie wytaczali kompaniom kolejowym, skarżąc się, że pomimo braku uszkodzenia ciała po doświadczonym wypadku nie mogą wrócić do wykonywanej wcześniej pracy zawodowej. Sceptyczna część opinii publicznej uważała, że nieweryfikowalne skargi na objawy natury nerwowej są rodzajem

oszustwa, jakiego się dopuszczano, by bezprawnie wyłudzić odszkodowanie (Horwitz, 2018).

Podobne rozumienie zaburzeń emocjonalnych wywołanych przerażającymi doświadczeniami można odnaleźć w źródłach dotyczących wojny secesyjnej w Stanach Zjednoczonych (1861–1865). Był to jeden z pierwszych konfliktów zbrojnych, w którym wykorzystano nowoczesną broń palną i artyleryjską na masową skalę bez konieczności długotrwałego szkolenia z jej obsługi. Umożliwiło to włączenie do walki dużej liczby młodych ludzi nawet bez wcześniejszego przygotowania wojskowego. Uważa się, że te dwa czynniki, tj. brak długotrwałego przygotowania i niespotykana do tej pory brutalność wojny, przyczyniły się do powszechnego występowania u żołnierzy zaburzeń emocjonalnych. Oficjalnie stosunkowo rzadko rozpoznawano wśród żołnierzy objawy zaburzeń psychicznych. Dane szpitali Unii stanów północnych walczącej z Konfederacją wskazują, że rozpoznanie choroby psychicznej pojawiło się u mniej niż 1% spośród około miliona żołnierzy. W tej grupie rozpoznawano najczęściej *szaleństwo* lub *nostalgię*. Znacznie częściej stawiano diagnozy *porażenia słoneczne*. W tej kategorii mieściły się różne zaburzenia psychiczne o niewyjaśnionej wtedy etiologii. Medycy, widząc niezrozumiałe symptomy u somatycznie zdrowych ludzi, podejrzewali, że musi u nich dochodzić do zmian w układzie nerwowym, które są niewidoczne i trudne do diagnozy. Podobnie jak w wypadku neurologicznych konsekwencji współcześnie rozumianego udaru słonecznego. Używany wtedy język diagnostyczny nie zawierał kategorii schorzeń wywołanych na skutek doświadczeń zagrażających życiu. Z tego powodu używano diagnoz, które swoją ogólnością mogłyby opisać i wyjaśnić obserwowane schorzenia (por. Leese, 2002).

Przytoczone doniesienia stoją w sprzeczności z relacjami dowódców i lekarzy polowych, którzy w listach i raportach wskazywali na powszechnie występującą wśród żołnierzy niezdolność do walki. Relacje zawierały bardzo zróżnicowane opisy bezsenności, odmawiania posiłków, drgawek, paraliżu części ciała, utraty wzroku, omdleń, urojeń, halucynacji czy innych stanów dysocjacyjnych. Zgłaszane przez żołnierzy objawy zaburzeń nerwowych były odbierane głównie jako symulowanie choroby. Do opisu zachowań żołnierzy nie używano języka medycznego, ale pojęć i kategorii społecznych. W tamtym czasie powszechnie nazywano tego typu objawy lenistwem, zepsuciem moralnym, tchórzostwem czy brakiem patriotyzmu. Wyjątek stanowiły sytuacje, w których symptom można było powiązać z somatycznym uszkodzeniem ciała lub dysfunkcją narządów. Powrót weteranów do domów

po zakończeniu działań zbrojnych ujawnił wieloaspektowe trudności z ich adaptacją do codziennego funkcjonowania, szczególnie w radzeniu sobie z bolesnymi wspomnieniami i stanami emocjonalnymi, które te wspomnienia wywoływały. Powszechna wśród byłych żołnierzy stała się niezdolność do pracy. Brak rozwiązań społecznych i pomocy medycznej przyczynił się do tego, że weterani często nadużywali alkoholu czy laudanum. Środki psychoaktywne pomagały radzić sobie z dotkliwymi symptomami, jednakże w długofalowym rozrachunku przyczyniały się do pogorszenia funkcjonowania społecznego i ogólnego stanu zdrowia (Horwitz, 2018).

Doświadczenia społeczne związane z rewolucją przemysłową, jak również konsekwencjami konfliktów zbrojnych ujawniły słabość ówczesnej nauki, w tym medycyny, wobec niedomagań związanych z funkcjonowaniem psychiki ludzkiej. Bezradność wobec tej problematyki wymusiła rozwój badań i refleksji teoretycznych, szczególnie widocznych w ostatnim trzydziestoleciu XIX wieku. To z kolei zaowocowało zmianami w społecznym rozumieniu wpływu stresu traumatycznego na psychikę człowieka. Należy podkreślić, że pomimo wzrostu zainteresowania tą problematyką podstawowe pytania pozostawały wówczas bez odpowiedzi: 1) Dlaczego u części osób nie rozwijały się charakterystyczne symptomy, pomimo doświadczenia tego samego zdarzenia? 2) Co zrobić z ranami, które są niewidoczne dla oka, same się nie goją i powodują realne cierpienie?

Przełomowe dla powstania koncepcji wyjaśniających konsekwencje traumatycznych doświadczeń było dostrzeżenie przez specjalistów podobieństwa w symptomatologii między objawami zgłaszanymi przez ofiary wypadków i wojen a pacjentami leczonymi na nerwicę histeryczną. Należy przy tym zaznaczyć, że na przestrzeni wieków rozumienie histerii znacząco się zmieniało. W drugiej połowie XIX wieku pod tą nazwą mieściło się wiele bardzo zróżnicowanych objawów m.in. zaburzeń emocjonalnych i psychofizjologicznych, często o gwałtownym, scenicznym charakterze, obejmujących również zaburzenia konwersyjne, stany dysocjacyjne, paraliże i omdlenia (Shorter, 2005).

Zjawisko urazu psychicznego i jego konsekwencji stanowiło jedno z pierwszych zagadnień, z którego opisaniem oraz wyjaśnieniem mierzyli się psychoanalitycy. Wyniki ich obserwacji przyczyniły się do gwałtownego rozwoju i wzrostu popularności psychoanalizy w środowiskach medycznych. Z biegiem czasu zmieniał się zarówno sposób teoretycznej konceptualizacji urazu psychicznego, jak i wynikająca z niej technika leczenia (Laplanche i Pontalis, 1996). Współcześnie w psychoanalizie dostrzegamy kilka odmiennych

podejść teoretycznych, opisujących mechanizmy psychopatologiczne związane z doświadczeniem traumy psychicznej. W związku z tym w kolejnym podrozdziale przedstawiony został jedynie ogólny zarys podstawowej wiedzy psychoanalitycznej na ten temat wraz z historycznymi początkami tych koncepcji.

3.2 WCZESNE OBSERWACJE KLINICZNE – OD ŚWIADOMEGO DO NIEŚWIADOMEGO

W drugiej połowie XIX wieku, odkąd systematycznie zajęto się chorobami psychicznymi, uznawano, że schorzenia tego typu rozwijają się głównie u osób biologicznie do nich predysponowanych. Umniejszano tym samym znaczenie czynników środowiskowych w ich etiologii. Jean-Martin Charcot, prowadząc intensywne studia nad pacjentami cierpiącymi na objawy histeryczne, zarówno kobietami, jak i mężczyznami (głównie ofiarami wypadków i doświadczeń wojennych), jako jeden z pierwszych specjalistów uznał znaczenie wydarzeń traumatycznych w powstawaniu zaburzeń histerycznych. Zakładał on, że uraz psychiczny może stanowić czynnik wyzwalający ukryte, tj. biologiczne predyspozycje do rozwoju nerwic. Podejrzewał, że trauma w pewnych okolicznościach może zostać zapomniana, co blokuje naturalną ekspresję towarzyszącego jej pobudzenia emocjonalnego. Zahamowanie wyrażenia emocji związanych z trudnym przeżyciem miało obciążać umysł pacjenta, a sama trauma mogła manifestować się pośrednio w postaci uciążliwych symptomów (Bogousslavsky, 2014).

Studia Charcota były kontynuowane przez jego współpracownika, Pierre'a Janeta. Rozwinął on teorię wpływu wczesnych urazów emocjonalnych na rozwój zaburzeń psychicznych na dalszych etapach życia. Studia nad histerią doprowadziły Janeta do wniosku, że psychika człowieka dysponuje możliwością przetwarzania wydarzeń w sposób świadomy i nieświadomy. Jedynie część doświadczeń człowieka zostaje zapisana w formie świadomych śladów pamięciowych. W codziennych warunkach dochodzi do integracji wielu informacji płynących z otoczenia z pominięciem refleksji o nich. Właśnie takie doświadczenia Janet nazywał nieświadomymi. Ponadto podejrzewał on, że w normalnych warunkach psychika prowadzi bezustannie dwa rodzaje procesów nieświadomego opracowywania doświadczeń. Z jednej strony przetwarza i przechowuje wszystkie doświadczenia zmysłowe, z drugiej kategoryzuje i organizuje przyjmowane informacje w kontekście poprzednich zintegrowanych doświadczeń, tworzących schematy znaczeniowe. Bezustanne

przetwarzanie, syntezowanie i włączanie w istniejące schematy nowych doświadczeń powoduje, że osobowość człowieka ciągle się zmienia. Zakończona sukcesem integracja danego wspomnienia w istniejące schematy umożliwia odkodowanie go po jakimś czasie, jednak już w odmiennej formie do tej pierwotnie zarejestrowanej. Należy zaznaczyć, że w tej koncepcji ślady pamięciowe ciągle oddziałują na siebie wzajemnie, czyli nowe wspomnienie zostaje nieco zmienione przez już istniejące; jednocześnie pojawienie się nowego wspomnienia może wpłynąć na treść tych wcześniej istniejących. Z kolei świadoma część umysłu składa się z zapisu uogólnionych cech doświadczeń, w tym wspomnień psychologicznych aspektów danego wydarzenia, np. doświadczeń zmysłowych, myśli, emocji i zachowań. W normalnych warunkach pojawienie się wspomnienia w świadomości, np. przez intencjonalne wspominanie, umożliwia doświadczenie tego wspomnienia w kontekście innych, wcześniej zarejestrowanych przez psychikę przeżyć. Daje to subiektywne przekonanie pewnej ciągłości pamięci, w której wspomnienia nie są wyrwanymi z kontekstu obrazami, lecz są ze sobą powiązane i niczym klisza filmowa razem tworzą pewną nierozerwalną całość (Ross, 1996; van der Kolk i van der Hart, 1989).

Janet przypuszczał, że doświadczenie wydarzenia zagrażającego życiu wywołuje przerażenie, a wraz z nim bardzo wysokie pobudzenie emocjonalne. W pewnych niekorzystnych okolicznościach jednostka nie będzie w stanie włączyć doświadczonego wydarzenia w istniejące schematy poznawcze. Proces ten może doprowadzić do tego, że zajście lub znaczna jego część nie będą dostępne świadomej części umysłu z powodu zakłócenia przetwarzania wspomnienia – dysocjacji wspomnienia (tj. odszczepienia go od świadomości i intencjonalnej kontroli). Brak integracji sprawia, że wspomnienie zostaje przechowane w postaci niezmienionej przez procesy przetwarzania, oryginalnej. Utrzymywanie afektywnie naładowanych wspomnień poza świadomością wymaga bezustannego wysiłku psychicznego, co znacząco zakłóca normalne funkcjonowanie (Janet, 1907/1965; Janet, 1894/1977).

Rozpoczętą przez Janeta konceptualizację zaburzeń wywołanych doświadczeniami traumatycznymi kontynuowali badacze o orientacji psychoanalitycznej. Jedną z głównych kwestii, jaką starano się zrozumieć, było to, dlaczego u części osób ten sam bodziec zaburzał normalne funkcjonowanie osobowości, a u innych w wyniku jego działania nie dochodziło do żadnych nieprawidłowości. Współcześnie uznaje się, że zależy to od interakcji wielu czynników sytuacyjnych i podmiotowych. W analizie genezy tego typu zaburzeń należy uwzględnić zarówno cechy związane z siłą stresora, jego jakością,

jak i te dotyczące podmiotu. Obserwacje kliniczne przekonują, że możliwe jest wystąpienie bodźców o takim charakterze, które u większości osób będą prowadzić do zaburzenia normalnego funkcjonowania psychiki. Przykładem takiego bodźca może być długotrwałe przebywanie na froncie wojennym. Obserwacje lekarzy polowych wskazują, że po pewnym czasie u większości żołnierzy dochodziło do zmian w funkcjonowaniu emocjonalnym, prowadzących do rozwoju charakterystycznych symptomów dysocjacyjnych. Najczęściej były to paraliże, koszmary czy stany odrętwienia wraz z ogólną niezdolnością do walki (Friedman i in., 2007). Jednakże nie we wszystkich przypadkach objawy te utrzymywały się po zakończeniu działań wojennych. Znane są także przypadki przeciwnych reakcji, np. większość uczestników wypadku komunikacyjnego nie wykazywała objawów urazu psychicznego poza pojedynczą osobą. Obserwacje tego typu doprowadziły do konkluzji, że istnieją dwie grupy bodźców: 1) odznaczające się możliwością powodowania lęku o wysokim nasileniu, który u większości osób skutkuje konsekwencjami psychologicznymi, niezależnie od indywidualnej podatności; 2) odznaczające się możliwością powodowania lęku o niższym nasileniu, który jedynie w interakcji z indywidualną podatnością będzie doprowadzał do negatywnych następstw emocjonalnych.

Indywidualna wrażliwość, o której tutaj mowa, może wiązać się zarówno z konstytucyjnymi cechami układu nerwowego, jak i z czynnikami osobowościowymi, wiekiem, poziomem dojrzałości osobowości, predyspozycją dnia czy wcześniejszą neurotyczną strukturą charakteru (Fenichel, 2014). Kwestie, jak kształtuje się podatność jednostki na rozwój zaburzeń związanych z doświadczaniem stresu traumatycznego oraz jak leczyć tego typu zaburzenia, stały się przedmiotem zainteresowania głównie badaczy o orientacji psychoanalitycznej.

4 REWIKTYMIZACJA W KONCEPCJACH PSYCHOANALITYCZNYCH

Koncepcje Charcota i Janeta dały podstawy dla rozwoju studiów na temat psychologicznych następstw doświadczania wydarzeń traumatycznych. Warto podkreślić, że całościowo ustalenia psychoanalityczne na ten temat są bardzo rozległe i ich wyczerpujące przedstawienie wymagałoby prześledzenia ewolucji psychoanalizy od jej początku do czasów współczesnych. Z tego powodu, w niniejszym rozdziale, wiedza ta jest przedstawiona wybiórczo i syntetycznie.

Należy odnotować, że w literaturze psychoanalitycznej nie spotykamy wprost pojęcia rewiktymizacji. Nie wspominają o niej również dostępne słowniki pojęć psychoanalitycznych (m.in. Laplanche i Pontalis, 1996). Ten termin odwołuje się głównie do zjawiska obserwowanego na poziomie zachowania społecznego. Z kolei w psychoanalizie uważa się, że do jednego zachowania czy symptomu może prowadzić wiele odmiennych czynników. W takim ujęciu ważniejsza wydaje się analiza procesów intrapsychicznych, gdyż ogólny fenomen sam z siebie nie wskazuje jeszcze, jaki mechanizm psychopatologiczny leży u jego podłoża. Jest to częste ujęcie zjawisk psychicznych w literaturze psychoanalitycznej. To, jaki proces stoi za danym zjawiskiem, możliwe jest do precyzyjnego rozstrzygnięcia jedynie na poziomie diagnozy indywidualnej, która uwzględnia jednostkową specyfikę danego pacjenta. Dobrym przykładem tego typu rozumowania może być porównanie patomechanizmu depresji u różnych pacjentów. Zwykle pomimo podobieństwa na poziomie symptomu w postaci m.in. przygnębienia, anhedonii, braku nadziei i charakterystycznych zmian psychofizjologicznych (np. zaburzenia snu, łaknienia itp.) podłoże depresji jest odmienne u pacjenta cierpiącego na nerwicę, zaburzenie osobowości czy psychozę. Sytuacja komplikuje się jeszcze bardziej, gdy pod uwagę weźmie się specyficzne kategorie zaburzeń, tj. typ nerwicy, osobowości itp. Skarga pacjenta i obserwowane symptomy mogą pozostawać podobne, pomimo zupełnie odmiennego patomechanizmu (Gabbard, 2014).

Podobnie, jak w opisywanym przykładzie depresji, sprawa ma się z rewiktymizacją. Samo wystąpienie powtórzenia wydarzenia traumatycznego nie musi mówić wiele o jego etiologii. Czy do powtórzenia doszło przypadkiem? Czy istnieje związek przyczynowo-skutkowy łączący doświadczone wydarzenia? Czy za związkiem tym stoi psychopatologiczny mechanizm? Pytania te każdorazowo wymagają rozstrzygnięcia poprzez indywidualne badanie. Precyzyjne wskazanie uniwersalnego psychopatologicznego mechanizmu prowadzącego do rewiktymizacji nie jest wykonalne. Na ogólnym poziomie możliwe jest jedynie zarysowanie przebiegu i kierunku procesów intrapsychicznych, których natura sugeruje, że mogą brać udział w etiologii danego zjawiska, tu rewiktymizacji.

Uznano, że dla zrozumienia zjawiska rewiktymizacji kluczowe jest wyjaśnienie uzasadnionego procesami psychologicznymi i psychopatologicznymi faktu powtarzania doświadczeń. Powtórzenia mogą pojawiać się w zachowaniu, jak również w procesach psychicznych z różnych powodów. Mogą mieć one różne podłoże i odmienne funkcje. Niekiedy stanowią przejaw pracy umysłu nad opracowaniem trudnego emocjonalnie doświadczenia, jak w przypadku często obserwowanych powtórzeń w zachowaniu dzieci na skutek obciążającego wydarzenia, czy intruzji pojawiających się w następstwie doświadczania traumy. Możliwy jest też scenariusz, w którym wystąpienie powtórzenia w wyniku traumatycznego doświadczenia może wskazywać na ogólny poziom dysfunkcji osobowości. Zjawisko tego typu obserwujemy np. w przypadku powtarzania wzorców relacji z rodziny pochodzenia z innymi ludźmi.

W tym rozdziale zostały rozpatrzone procesy psychiczne, które mogą brać udział w powstawaniu zjawiska rewiktymizacji. Szczególną uwagę poświęcono powtarzaniu w kontekście normalnych i psychopatologicznych procesów umysłowych. W próbie wyjaśnienia opisywanego zjawiska sięgnięto po inspiracje zarówno koncepcjami przedpsychoanalitycznymi (Charcota i Janeta), jak i przynajmniej dwoma koncepcjami psychoanalitycznymi, tj. przymusem powtarzania (często wiązanym z nerwicami), a także teorią relacji z obiektem, która zazwyczaj jest używana do wyjaśniania stanów pozaneurotycznych.

4.1 POWTARZANIE A NORMALNE I PSYCHOPATOLOGICZNE PROCESY UMYSŁOWE

Mechanizm powtarzania uważany jest w psychoanalizie za jeden z podstawowych procesów psychologicznego opracowywania doświadczeń. Obserwuje się go zarówno jako normalny przejaw działania psychiki, jak i zjawisko

występujące w procesach psychopatologicznych, np. w nerwicach. W sytuacji normalnej osobowość ma za zadanie przetwarzać bodźce pochodzące ze świata zewnętrznego, a także pobudzenia płynące z ciała, w tym z własnego umysłu. Nie jest to zadanie łatwe z uwagi na dużą ilość informacji, doznań i przeżyć emocjonalnych, których dostarcza każda chwila, nawet w czasie wykonywania prozaicznych czynności. Celem pracy osobowości jest umożliwienie funkcjonowania i adaptowanie się do zmieniających się zdarzeń oraz wymagań poprzez integrowanie, a także przetwarzanie procesów psychicznych związanych ze świadomością, w tym postrzeganiem, emocjami, pamięcią i tożsamością. Procesy te kończą się sukcesem, gdy doświadczenie w swojej konkretnej formie zostaje odpowiednio opracowane i zapisane w umyśle w postaci symbolicznej (S. Freud, 1920/2012).

Procesy, o których tutaj mowa, stanowią podstawowe funkcje osobowości i biorą udział w każdym aspekcie działania człowieka. W normalnej sytuacji osobowość umożliwia przeżywanie różnych aspektów danego wydarzenia jako spójnej całości. Przykładem może być wspomnienie sytuacji rozstania matki z małym dzieckiem w czasie jej wyjazdu. Z perspektywy dziecka we wspomnieniu takiej sytuacji okoliczności związane z wyjazdem zostają połączone z kontekstem sytuacji (powód jej wyjścia z domu i poprzednie wyjścia/powroty), uczuciami i przemyśleniami na ten temat, indywidualną predyspozycją dnia, jak również z doświadczeniami związanymi z miejscem pozostawienia, dominującym zapachem, słońcem padającym przez szybę, odgłosami zabawy na podwórku, rozmowami z opiekunką, muzyką słyszaną przez radio itd. Zróżnicowane wrażenia emocjonalne, sensoryczne czy poznawcze nie funkcjonują w umyśle w izolacji, ale zostają połączone ze sobą, osadzone w odpowiednim kontekście i włączone do puli poprzednich przeżyć. Część peryferycznych aspektów doświadczenia nie będzie podlegała świadomemu odnotowaniu i będzie stanowiła wolicjonalnie niedostępne aspekty przeżycia. Dzięki wspomnianym procesom w trakcie przypominania sobie wydarzeń z przeszłości człowiek może zobaczyć je w swoim umyśle w podobny sposób, jak podczas oglądania sceny filmowej, która posiada swoje charakterystyczne szczegóły, wzbudza pewne uczucia, jak również jest osadzona w kontekście innych, tj. poprzednich i następnych scen. Bezustanne przetwarzanie, syntezowanie i włączanie w istniejące wspomnienia nowych doświadczeń powoduje, że osobowość ciągle się zmienia. Zakończona sukcesem integracja danego przeżycia prowadzi do zapisania go w pamięci w formie symbolicznej i umożliwia odkodowanie go po jakimś czasie, jednak już w odmiennej formie

od tej pierwotnie zarejestrowanej. Procesy syntezy i integracji doświadczeń z przechowywanymi informacjami będą bezpowrotnie zmieniały przetwarzane doświadczenie w kontekście istniejących wcześniej wspomnień. Oddziaływanie jest dwukierunkowe, nowe doświadczenie zmienia się w kontekście istniejącego, a istniejące w kontekście nowego przeżycia (Janet, 1907/1965; van der Kolk i van der Hart, 1989).

Podstawowymi sposobami opracowywania pobudzenia, które są dostępne dojrzałej osobie, jest przetworzenie go w taki sposób, żeby przyjęło formę symboliczną, np. było dostępne w pamięci w formie wspomnienia, które można wyrazić np. w języku. Czasami, gdy wydarzenie budzi wysokie pobudzenie afektywne, jego przetwarzanie musi odbywać się wielokrotnie. Ponowne wracanie do przeszłego wydarzenia, potrzeba mówienia o nim, śnienia, wspominania, podejmowania prób nadania znaczenia, jest powszechne i szczególnie widoczne w następstwie mierzenia się z sytuacjami nietypowymi, które naruszają emocjonalny status quo (S. Freud, 1920/2012). Może tego doświadczyć każdy, kto przeżył poważny zawód, trząsł się z lęku, rozpaczał bądź nie mógł opanować wściekłości.

W tym miejscu zauważamy adaptacyjną rolę powtarzania doświadczeń. Wielokrotne powtarzanie szczególnie trudnych sytuacji pozwala na opanowanie afektu, który ta sytuacja wzbudza. Zazwyczaj takie wysiłki zmierzające do opracowania doświadczenia powinny doprowadzić do integracji głównie w ramach procesów świadomości, postrzegania, emocji, pamięci i tożsamości (Janet, 1907/1965). To powoduje, że wspomnienie, nawet bolesne, traci swoje afektywne znaczenie. Po skutecznym przetworzeniu, po pewnym czasie, wspominając przeszłe, nawet dobrze pamiętane sytuacje, ciągle ma się przekonanie, że wydarzenia te należą do przeszłości, a doznania emocjonalne towarzyszące wspominaniu są pewnym bladym i odległym odbiciem pierwotnych przeżyć.

Procesy, które są tak normalne i adaptacyjne, że pozostają niemal niezauważone w czasie codziennego funkcjonowania, mogą stać się uciążliwym symptomem w następstwie doświadczenia traumy psychicznej. Stanowi to wyraźny sygnał, że normalna praca umysłu została zakłócona. W takim wypadku silnie afektywnie naładowane doświadczenie, bądź jego aspekt, wymyka się procesom symbolizacji. Nieobecność w myślach, pamięci czy fantazjach nie oznacza jego nieobecności w psychice w ogóle. Nieusymbolizowana treść doświadczenia może być utrzymywana poza świadomością pacjenta. W takiej sytuacji pacjent, który doświadczył traumatycznego

wydarzenia, może o nim nie myśleć ani go nie pamiętać, lecz pomimo tego jego psychika będzie podejmować, często nieskuteczne, próby opracowania zaistniałego zdarzenia. Najczęściej objawy tego procesu są widoczne poprzez uporczywe powtórzenia. Mogą one przybierać wiele form, jednak te najczęściej obserwowane polegają na występowaniu: (1) odegrania sytuacji w zachowaniu czy (2) intruzji (wtargnięcia typu *flashback*, nawracających doznań cielesnych i snów traumatycznych).

4.1.1 Odegranie sytuacji w zachowaniu

Doświadczenie traumy wiąże się nie tylko z poczuciem przerażenia, ale również olbrzymiej bezradności. Uważa się, że dążenie do powtórzenia wcześniej doświadczonego wydarzenia może stanowić próbę poradzenia sobie z uczuciami, które ono wzbudziło. W takiej sytuacji przeżycie pacjenta bycia biernym i bezradnym wobec przerażającej sytuacji może zostać zamienione na subiektywne poczucie aktywnego kierowania oraz wpływania na nią. Nawet jeśli poczucie to jest czysto fantazyjne, może rozładowywać silny afekt związany z traumą (S. Freud, 1920/2012). Wspomniany przymus powtarzania w odsłonie normatywnej może obrazować szeroko opisywany w literaturze psychoanalitycznej przypadek chłopca bawiącego się szpulą włóczki.

Chłopiec ten zdawał się nie reagować na wyjścia matki z domu, która, gdy ten skończył półtora roku, musiała pozostawiać go pod opieką obcej osoby nawet na wiele godzin. Do tej pory to głównie matka się nim opiekowała. Chłopiec ten wymyślił osobliwą zabawę, jak podejrzewano, w odpowiedzi na jej wyjścia z domu. Otóż miał dużą przyjemność z odrzucania od siebie zabawek i wrzucania ich w najdalsze zakamarki mieszkania. Przy tym chłopiec ten wydawał z siebie przeciągły dźwięk, który przypominał słowo *precz*. Zabawa ta dotyczyła wszystkich jego zabawek. Innego razu zaobserwowano, że gdy miał do dyspozycji sznurek ze szpulką, zmienił i rozwinął swoją zabawę. Wrzucał szpulę do osłoniętego łóżeczka, czemu towarzyszył przeciągły dźwięk, po czym z zadowoleniem przyciągał ją do siebie, wołając radośnie: *Tu!* Zabawa ta mogła być powtarzana wielokrotnie, przy czym większą radość przynosiła dziecku druga jej część, w której przyciągał zabawkę do siebie. Z czasem zabawa dalej ewoluowała i chłopiec zaczął do niej używać lustra. W tym wariancie powtarzał wcześniejszy schemat. Jedyna różnica dotyczyła tego, że tym razem to on sam znikał i pojawiał się w zwierciadle. Moment pojawienia się dostarczał mu większej przyjemności, lecz pomimo tego częściej powtarzał sekwencję zniknięcia (S. Freud, 1920/2012).

Opisana scena bywa interpretowana jako próba opracowania w działaniu emocjonalnie trudnej sytuacji. Wyjście matki, gdy obok nie ma drugiego opiekuna, do którego dziecko byłoby przywiązane, nie może być dla niego emocjonalnie obojętne. Podejrzewa się, że zaangażowanie w zabawę, która odzwierciedlała realną, bolesną sytuację, pomagało dziecku uporać się z uczuciami związanymi z wyjściem matki z domu. Szczegółowa interpretacja zabawy może być trudna bez szerokiego kontekstu i poznania dziecka. Czy dziecko odrzucało zabawkę, wyładowując swoją złość na matkę? Czy był to akt zemsty za porzucenie? Jakie znaczenie miało odgrywanie sceny powrotu? Czy chodziło o fantazyjne zaspokojenie potrzeby, sprawiając sobie zastępczą radość? Trudno tutaj o jedną interpretację bez szczegółowego badania. Uwagę jednak zwraca to, że dziecko czerpało przyjemność z uzyskania kontroli nad całą sytuacją. Pierwotnie w doświadczeniu opuszczenia dziecko pozostawało bierne. W zabawie pozostawało czynne – miało pełną kontrolę zarówno nad momentem opuszczenia, jak i powrotu zabawki. Podejrzewa się, że powtórzenie w takiej formie pomogło dziecku poradzić sobie z emocjonalnym przeżyciem wzbudzonym przez realną sytuację.

Dokładne przyjrzenie się tej zabawie sugeruje, że chłopiec nie tylko odreagowywał trudne przeżycie w zainscenizowanej zabawie. Widać w niej początki symbolicznego opracowania doświadczonej sytuacji poprzez próby wyrażenia swojego przeżycia w formie języka. Od tej pory moment opuszczenia przez matkę nie był jedynie przytłaczającym doświadczeniem emocjonalnym, ale stał się czymś bardziej abstrakcyjnym, co mogło być wyrażone w myśli, wspomnieniu i słowie. Z tego powodu uważa się, że jest to przykład, w którym nie doszło do wystąpienia traumy, gdyż podstawowe funkcje osobowości pracowały normalnie, skutecznie przetwarzając trudne doświadczenie emocjonalne.

Opisany proces odegrania trudnej sytuacji w zachowaniu można często zaobserwować w wielu zabawach dziecięcych o podobnym scenariuszu, tj. wydarzenie, wcześniej doświadczone w formie pasywnej, zostaje powtórzone wielokrotnie w formie aktywnej. Bywa to zauważone, gdy dziecko zostało boleśnie upomniane bądź uderzone, np. w tym wypadku w celu opracowania bolesnego doświadczenia może przejawiać potrzebę psucia swoich zabawek czy bicia innych osób.

Zamiana roli pasywnej w aktywną nie jest jedynym sposobem próby opracowania trudnego doświadczenia w działaniu. Form może być wiele i to, jaka zostanie użyta, zależy od wielu czynników oraz okoliczności. Szczególnie jest

to widoczne na przykładzie doświadczeń traumatycznych. Przykładem tego, jak różne mogą być sposoby opracowania doświadczenia traumatycznego, jest opis pacjentów przedstawiony przez Terr (1990). Opisała ona przypadek leczenia dzieci, które doświadczyły wyjątkowo dramatycznej sytuacji. Otóż autobus, którym podróżowały, został porwany i w wyniku serii wydarzeń doświadczyły również zakopania żywcem. Dzieci finalnie zostały ocalone, niemniej jednak doświadczenie to odcisnęło na ich psychice wyraźne piętno. Po tym wydarzeniu jedna z dziewczynek stworzyła i żywo angażowała się w zabawę, którą nazwała *kierowca autobusu*. W zabawie tej wielokrotnie wcielała się w rolę kierowcy bezpiecznego autobusu. Wszyscy pasażerowie mieli się czuć bezpiecznie i nic złego nie mogło im się wydarzyć. Mała pacjentka była bardzo zdeterminowana do tego, żeby sztywno trzymać się wymyślonego scenariusza. Sytuację tę rozumie się jako próbę opracowania wydarzenia traumatycznego poprzez jego zaprzeczenie i uporczywe odgrywanie w odwróconej, a tym samym bezpiecznej formie. Co ważne, w tej sytuacji nie obserwowano tego, żeby powtarzanie zabawy tak blisko związanej z wydarzeniem traumatycznym prowadziło do trwałej ulgi i uspokojenia u bawiących się dzieci, nawet przy wielokrotnym powtarzaniu.

Należy podkreślić, że mechanizm powtarzania pierwotnie ma za zadanie pomóc w psychologicznej integracji trudnego doświadczenia. Niemniej jednak w sytuacji, gdy w następstwie traumatycznego wydarzenia powstanie uraz psychiczny, powtarzanie go traci swoje adaptacyjne właściwości i może samo w sobie mieć charakter urazowy. Kluczową kwestią jest to, czy osobowość zdoła opracować doświadczoną sytuację tak, by ta zaistniała w umyśle w formie symbolicznej.

4.1.2 Intruzje potraumatyczne

W przypadku wystąpienia urazu psychicznego doświadczenie, bądź jego aspekt, zostaje wyizolowane od innych procesów umysłowych, które w normalnej sytuacji działają w powiązaniu ze sobą. Proces ten może doprowadzić do tego, że część doświadczenia nie będzie dostępna świadomości, a tym samym utracona zostanie intencjonalna kontrola nad nim. Brak integracji sprawia, że część doświadczenia zostaje przechowana w postaci oryginalnej, czyli niezmienionej przez procesy przetwarzania. Podejrzewa się, że utrzymywanie afektywnie naładowanych wspomnień poza świadomością wymaga bezustannego wysiłku psychicznego, co znacząco zmniejsza zdolność człowieka do integracji nowych doświadczeń, w tym uczenia się, wykonywania

celowych czynności czy angażowania się w relacje z ludźmi (van der Kolk i van der Hart, 1989).

W sytuacji napotkania bodźca, który w pewien, nawet odległy sposób może przypominać jeden z aspektów wydarzenia traumatycznego lub okoliczności jego zajścia, może pojawić się nagły powrót zdysocjowanych treści do świadomości. Sprawia to, że pacjent nie może odróżnić wspomnienia od aktualnych doświadczeń. W tej sytuacji aspekt traumatycznego wspomnienia z przeszłości właśnie odgrywa się na nowo w umyśle pacjenta, w swojej oryginalnej, budzącej przerażenie formie. Będzie to skutkować objawami somatycznymi, wystąpieniem doznań zmysłowych, w tym obrazów, wspomnień, jak również odtworzeniem pewnych elementów doświadczenia traumatycznego w zachowaniu (Craparo i in., 2019). W tym przypadku spontaniczne pojawienie się wspomnienia w świadomości uniemożliwia zachowanie symbolicznego dystansu, jaki ludzie mają do swoich dawnych przeżyć. Tego typu doświadczenia współcześnie rozpoznaje się jako *flashback* – jeden z kluczowych objawów PTSD.

Przykładem tego typu powtórzenia może być reakcja pacjenta Pana T., ofiary wypadku samochodowego, na różne głośne dźwięki, jak również zapach wnętrza samochodu. Mężczyzna brał udział w wypadku samochodowym, w trakcie którego uderzył w bok auta, które wymusiło pierwszeństwo na skrzyżowaniu. Pomimo przepisowej jazdy pacjenta uderzenie jego samochodu spowodowało śmierć drugiego kierowcy. Pan T. cierpiał na częściową niepamięć wypadku, którą przypisywano lekkiemu wstrząśnieniu mózgu, którego doznał. Po tym wydarzeniu nie przejawiał awersji do samochodów czy jazdy nimi, ale bywało, że głośny dźwięk przypominający uderzenie bądź specyficzny zapach wnętrza starego samochodu powodowały u niego obezwładniający lęk. Przytłaczającym uczuciom towarzyszyła utrata orientacji w przestrzeni, która utrzymywała się przez dłuższy czas. Podejrzewano, że pacjent ten, gdy napotkał bodziec, który nieznacznie przypominał utrzymywane poza świadomością aspekty doświadczenia traumatycznego, doznawał nagłego powrotu nieopracowanego symbolicznie przeżycia emocjonalnego. Niemniej jednak, nawet wielokrotne przeżycie takiego powtórzenia nie zmniejszało uciążliwości kolejnych. Sugeruje to, że mechanizm powtarzania stracił swoje adaptacyjne właściwości. Doszło do wystąpienia urazu psychicznego.

Niepowodzenie w procesie symbolizacji doświadczeń, w następstwie doświadczenia traumy psychicznej, wraz z naturalną tendencją umysłu do wielokrotnych prób opracowywania doświadczeń trudnych może finalnie prowadzić do zwiększonego ryzyka ponownego doświadczenia sytuacji

traumatycznej, w tym brać udział w zjawisku rewiktymizacji. Opisy kliniczne wskazują, że w niektórych przypadkach u pacjentów, którzy doświadczyli traumy, obserwuje się nieintencjonalne angażowanie się w kolejne sytuacje potencjalnie traumatyczne. W świetle przedstawionej wiedzy te nieintencjonalne zabiegi mogą mieć na celu stworzenie okoliczności do opracowania doświadczeń związanych z pierwotną traumą poprzez aktywne zaangażowanie się w inną ryzykowną sytuację. Niemniej jednak, jak sugerują doświadczenia kliniczne, próby te są zasadniczo skazane na porażkę i mogą narazić pacjenta na dodatkowe, powtarzające się cierpienie.

4.2 INNE PSYCHOANALITYCZNE KONCEPCJE WYJAŚNIAJĄCE REWIKTYMIZACJĘ – TEORIA RELACJI Z OBIEKTEM

Odmienny od omówionych wcześniej proces mogący wyjaśniać rewiktymizację można zaobserwować wśród pacjentów, którzy doświadczyli przemocy, gwałtu lub poważnego zaniedbania na wczesnym etapie życia. Często okazuje się, że osoby z takimi traumatycznymi przeżyciami tworzą relacje o podobnym charakterze do tych, których doświadczyli we wczesnym dzieciństwie. W takim przypadku, odmiennie od rozpatrywanych poprzednio, powtarzanie w zakresie doboru partnerów nie musi mieć za zadanie symbolicznego opracowania doświadczenia, ale może stanowić przejaw wieloaspektowych psychopatologicznych zmian w osobowości.

We współczesnych publikacjach psychoanalitycznych, w wyjaśnianiu tego typu fenomenów, podkreśla się rolę nieświadomych procesów psychicznych, które manifestują się w postaci przeniesienia. Należy pamiętać, że natura przeniesienia jest wysoce złożona. Pełne jej przedstawienie, w tym jaką rolę mają realne wydarzenia w formowaniu się osobowości i jak to finalnie rzutuje na treść obserwowanego przeniesienia, wymagałoby omówienia w osobnej rozprawie. Z tego powodu przedstawione informacje mają jedynie charakter poglądowy.

Przeniesienie w psychoanalizie stanowi wieloaspektowe zjawisko, które bywa rozumiane jako przejaw urzeczywistnienia nieświadomych pragnień oraz tendencji człowieka. Może to dziać się zarówno na płaszczyźnie myśli, uczuć, jak i zachowania. W teorii relacji z obiektem bywa traktowane jako wyraz szczególnych modalności relacji podmiotu z różnymi typami intrapsychicznych obiektów (częściowych lub całościowych). Jest to fundamentalny aspekt życia psychicznego każdego człowieka. To właśnie przeniesienie wskazuje na sposób, w jaki dany człowiek przeżywa siebie, innych, relacje

z nimi i świat jako taki. Rolę przeniesienia dostrzega się szczególnie wyraźnie w sytuacjach społecznych, ponieważ charakteryzują się one wysoką złożonością, jak również pewną naturalną niejasnością (Laplanche i Pontalis, 1996; Kernberg, 1995). Współcześnie uważa się, że treść przeniesienia, w niektórych przypadkach, może wskazywać na pewien dalece przetworzony zapis przeżyć doświadczonych na wczesnych etapach życia. Aspekt ten jest kluczowy, szczególnie z perspektywy klinicznej.

W dużym uproszczeniu, świat ludzi i relacji z nimi, w których rozwija się dziecko, w miarę wzrastania buduje jego sposób przeżywania, w tym stosunek, oczekiwania, pragnienia i uczucia względem siebie oraz innych. Procesy te same w sobie nie mogą wskazać na przyszłą treść i jakość funkcjonowania psychicznego, gdyż zostają przetwarzane przez bardzo archaiczne struktury rodzącej się osobowości małego dziecka. Analiza przeniesienia rzuca światło na część nieświadomych zjawisk psychicznych, które powstały w wyniku tego procesu. Jeżeli osoba doświadczyła troski i miłości, zwiększa to szansę, że odbicie tych doświadczeń zostanie przez nią uwewnętrznione, stanie się immanentnym aspektem jej osobowości. Finalnie doprowadzając do tego, że będzie wiązać się emocjonalnie w podobny sposób, jak tego doświadczyła w przeszłości. Niemniej jednak, jeżeli doświadczenia te będą skrajnie niekorzystne, będą one również mogły brać udział w wyznaczaniu kierunku i jakości emocjonalnego funkcjonowania z innymi osobami. Potwierdzają to badania i obserwacje kliniczne pacjentów cierpiących na poważne zaburzenia osobowości (np. w tym osobowości typu borderline). Wśród nich częściej niż w innych grupach występuje doznawanie przemocy lub poważnego zaniedbania w rodzinie pochodzenia (m.in. Carmen i in., 1984; Mauricio i in., 2007; Zanarini i in., 1999). Związek doznawania przemocy i nieprawidłowego rozwoju osobowości potwierdzają wyniki badań empirycznych (Izdebska i Beisert, 2021; Ørke i in., 2018).

W praktyce obserwujemy, że osoby, które doświadczyły na wczesnych etapach życia gwałtów, przemocy i poważnego zaniedbania, mogą nieintencjonalnie powtarzać pewne aspekty relacji doświadczonych w przeszłości, np. tworząc relacje, w których pojawia się podział na rolę oprawcy i jego ofiary. Wzorzec ten może zostać zauważony albo retrospektywnie poprzez analizę poprzednich relacji, albo na żywo, w trakcie analizy przeniesienia rodzącego się w sytuacji analitycznej. Wspomniane doświadczenia mogą mieć wiele następstw psychologicznych, jednak poniższe wydają się najistotniejsze z perspektywy analizowanego zjawiska powtarzania wydarzeń traumatycznych:

1. pacjenci mogą rozwijać względnie stałe, nieuzasadnione faktami, subiektywne przekonanie, że doświadczają złego traktowania i są ofiarą agresji innych osób;
2. pacjenci mogą intencjonalnie, bądź nieintencjonalnie prowokować konflikty z innymi osobami, co daje poczucie doświadczenia złego traktowania ze strony innych;
3. wśród tych pacjentów można zaobserwować tendencję do angażowania się w sytuacje interpersonalne i związki z innymi osobami, które dają możliwość odtworzenia uwewnętrznionego wzorca relacji o zasadniczo agresywnym charakterze, np. osobami cierpiącymi na poważne zaburzenia psychiczne i zachowania, w tym osobami impulsywnymi, skorymi do agresji, nieuczciwymi, uzależnionymi od środków psychoaktywnych itp.
4. obserwuje się brak lub trudności w rozeznaniu zachowania i intencji innych osób (zarówno tych wrogich, jak i opiekuńczych). Zagrożenie, które dla osób z otoczenia tych pacjentów może być ewidentne, dla nich pozostaje niewidoczne.

Pewnym przykładem opisywanych tu mechanizmów może być pacjentka Pani A. Doświadczyła ona poważnej przemocy fizycznej w dzieciństwie ze strony swojego uzależnionego od alkoholu ojca. Sytuacja uległa pogorszeniu po śmierci matki na chorobę nowotworową, gdy pacjentka miała pięć lat. Przez całe dorosłe życie Pani A. angażowała się w związki, w których doznawała krzywdy lub wykorzystania. Każda jej bliższa relacja okazywała się dla niej niekorzystna. Pierwszy partner był uzależniony od substancji psychoaktywnych, kolejny oszustem, który ukrywał swoją prawdziwą tożsamość, inny pomimo powierzchownej łagodności bił ją i poniżał. W jej życiu zawodowym również panowała podobna dynamika – została oszukana przez pracodawcę, jak również doświadczyła mobbingu. Pacjentka była za każdym razem zaskoczona, że dochodzi do danej dramatycznej sytuacji. Działo się to także wtedy, gdy osoby z otoczenia wskazywały jej możliwe zagrożenie, sugerowane przez np. zachowanie i styl życia jej partnerów. Pacjentka nie potrafiła skorzystać z ich ostrzeżeń, często nie rozumiejąc, dlaczego inne osoby mówią w ten sposób o jej partnerach. Wielokrotnie miała poczucie, że inni chcą jej odebrać to, co dla niej najcenniejsze. W takich wypadkach zrywała bądź ograniczała kontakt z tymi, którzy chcieli ją ochronić. W jej funkcjonowaniu emocjonalnym dominowało poczucie krzywdy, które stanowiło stały element jej relacji z ludźmi i dotyczyło również kontaktu z lekarzami, jak i z psychoterapeutą, który miał nie zajmować się nią właściwie oraz nie chciał radzić jej,

jak powinna zachowywać się w swoich związkach. Oskarżała go o pogorszenie jej stanu psychicznego, podobnie jak poprzedniego psychologa. Co ważne, Pani A. nie była w stanie uznać własnej odpowiedzialności nawet za małe wydarzenia w swoim życiu, przeżywając je tak, jakby były zrządzeniem przypadku lub wynikały z winy innych ludzi. Pacjentka z zaskoczeniem odkrywała, że jej życie wygląda zupełnie nie tak, jak tego chciała. Świadomie pragnęła, by jej relacje nie przypominały doświadczeń z domu pochodzenia, jednak nieświadomie angażowała się w związki z otwarcie agresywnymi osobami bądź przeżywała innych, w taki sposób, jakby krzywda miała realnie miejsce.

W opisanym przypadku można dostrzec, jak doświadczenie wydarzenia traumatycznego, poprzez niekorzystne konsekwencje dla funkcjonowania osobowości, prowadzi do wystąpienia powtórzenia w związkach z innymi osobami. Teoria relacji z obiektem wskazuje na hipotetyczny psychopatologiczny mechanizm wyjaśniający etiologię tego zjawiska.

Jeśli osobowość, w czasie mierzenia się z rozwojowymi problemami emocjonalnymi wczesnych faz życia, mogąc korzystać jedynie z prymitywnych mechanizmów obronnych, zostanie dodatkowo obciążona koniecznością radzenia sobie z traumatyzującymi doświadczeniami ze strony ważnych innych, może zwiększać to ryzyko zatrzymania się jej rozwoju na wczesnych etapach, a co z tym się wiąże, utrwalenia w niej prymitywnych wzorców relacji *self--obiekt* (Kernberg, 1994). Oznacza to dominację w psychice człowieka pofragmentowanych, rozszczepionych obiektów i prymitywnych nieprzetworzonych afektów, w których dominuje wściekłość, nienawiść oraz zawiść. Zatrzymanie rozwoju osobowości na wczesnym preedypalnym etapie będzie wiązało się również z dominacją takich form przeniesienia aktywizowanego w kontekście relacji społecznych.

Pomimo doświadczanej krzywdy ze strony rodzica pozostaje on podstawową figurą przywiązania dziecka. W takiej sytuacji przerażenie będzie współwystępować z głębokim pragnieniem pozostawania w bliskiej relacji, nawet jeśli będzie oznaczało to doświadczanie dalszych krzywd. W takim przypadku może dojść do zinternalizowania wzorca relacji, w którym zależne i potrzebujące opieki dziecko pozostaje w relacji z sadystycznym i zaniedbującym rodzicem (Gleiser, 2003). Może to prowadzić do dominującej identyfikacji z kruchym, wadliwym oraz zależnym *self* pozostającym w relacji z potężnym, okrutnym i bezwzględnym obiektem. Jest to okoliczność bardzo niekorzystna psychologicznie, w której miłość i troska zostają perwersyjnie zamienione na przerażenie i wrogość (Kernberg, 1975).

Wskazane okoliczności psychologiczne oznaczają również stosowanie wczesnych rozwojowo mechanizmów obronnych, głównie rozszczepienia oraz identyfikacji projekcyjnej. Mechanizmy te będą prowadzić do zniekształcenia w przeżywaniu siebie i rzeczywistości, w celu prób stabilizowania kruchej osobowości. Niemniej jednak kosztem ich działania jest finalne uniemożliwienie jej rozwoju oraz stabilnej integracji. Próby kompensacji osobowości w takich przypadkach można odnaleźć również w zmieniającej się w przeniesieniu identyfikacji, raz ze słabym i wadliwym aspektem *self*, innym razem z obiektem wrogim i omnipotentnym obiektem częściowym (Roth, 2020). Wspomniana zamiana identyfikacji odbywa się poza świadomym rozeznaniem pacjenta. Pomimo swojej osadzonej w mechanizmie rozszczepienia natury, identyfikacja raz z ofiarą, innym razem ze sprawcą chroni osobowość przed dekompensacją. Osobowość, której struktury są wczesne rozwojowo, a przez to tak kruche, że nie są w stanie znieść konfrontacji z silnymi afektami, jak również niespójności własnych przekonań z rzeczywistością. Wśród tych pacjentów obserwuje się wyraźnie nie w pełni rozwinięte i skonsolidowane superego, które nie zakończyło całkowicie procesu internalizacji introjektów. Skutkuje to agresywną reakcją w momentach konfrontacji z własną winą czy odpowiedzialnością (A. Freud, 1936/2012). Opracowanie konfliktowych przeżyć musi więc zachodzić poprzez ich zaprzeczenie, przypisanie innym osobom i mierzenie się z nimi, jakby stanowiły element sytuacji społecznej, a nie aspekt świata wewnętrznych przeżyć pacjenta.

W świadomym przeżyciu pacjenta często dominuje jedynie identyfikacja z ofiarą, której towarzyszy duże poczucie krzywdy w czasie tworzenia i utrzymywania relacji z innymi ludźmi. Rola sprawcy zostaje nieświadomie przypisana innym osobom, często niezależnie od tego, jak faktycznie zachowują się wobec pacjenta. Pewnym obronnym rozwiązaniem jest również tworzenie relacji z niestabilnymi emocjonalnie osobami, które są impulsywne bądź cierpią na poważne zaburzenia psychiczne. Pomimo przeżywanego cierpienia spełnienie się scenariusza zapisanego w przeniesieniu może dawać poczucie ulgi i zrozumiałości świata – nie mam nierealistycznych przekonań / nie odczuwam nieadekwatnych do realności emocji, obawiając się wrogości innych, gdyż sytuacja zewnętrzna uzasadnia przekonania i uczucia. W takim wypadku pacjent może dążyć do urzeczywistnienia swojego świata intrapsychicznego w funkcjonowaniu z innymi ludźmi. Oczywiście takie postawienie sprawy stanowi dramatyczną pułapkę. Obserwowany mechanizm pomaga chronić kruchą osobowość przed dekompensacją, niemniej jednak prowadzi do bezustannego, powtarzającego się cierpienia.

BIBLIOGRAFIA

Acierno, R., Resnick, H., Kilpatrick, D., Saunders, B., Best, C. (1999). Risk Factors for Rape, Physical Assault, and Posttraumatic Stress Disorder in Women: Examination of Differential Multivariate Relationships. *Journal of Anxiety Disorders*, *13*(6), 541–564. *American Journal of Orthopsychiatry*, *55*, 530–541. https://doi.org/10.1016/s0887-6185(99)00030-4

Adamec, R.E. (1991). Partial kindling of the ventral hippocampus: identification of changes in limbic physiology which accompany changes in feline aggression and defense. *Physiology & Behavior*, *49*(3), 443–453. https://doi.org/10.1016/0031-9384(91)90263-n

Adamec, R.E., Stark-Adamec, C., Livingston, K.E. (1980). The development of predatory aggression and defense in the domestic cat (Felis catus): I. Effects of early experience on adult patterns of aggression and defense. *Behavioral and Neural Biology*, *30*(4), 389–409. https://doi.org/10.1016/s0163-1047(80)91256-x

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th edition). https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596

Arntz, A., Genderen, H. van (2016). *Terapia schematów w zaburzeniu osobowości typu borderline*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Ball, J.S., Links, P.S. (2009). Borderline personality disorder and childhood trauma: evidence for a causal relationship. *Current Psychiatry Reports*, *11*(1), 63–68. https://doi.org/10.1007/s11920-009-0010-4

Bennett, A.J., Lesch, K.P., Heils, A., Long, J.C., Lorenz, J.G., Shoaf, S.E., Champoux, M., Suomi, S.J., Higley, J.D. (2002). Early experience and serotonin transporter gene variation interact to influence primate CNS function. *Molecular Psychiatry*, *7*(1), 118–122. https://doi.org/10.1038/sj.mp.4000949

Bogousslavsky, J. (2014). Jean-Martin Charcot and his legacy. W: J. Bogousslavsky, (red.), *Hysteria: The rise of an enigma* (s. 44–55). Karger Publishers.

Bremner, J.D., Southwick, S., Brett, E., Fontana, A., Rosenheck, R., Charney, D.S. (1992). Dissociation and posttraumatic stress disorder in Vietnam combat veterans. *The American Journal of Psychiatry*, *149*(3), 328–332. https://doi.org/10.1176/ajp.149.3.328

Breslau, N. (2009). The epidemiology of trauma, PTSD, and other posttrauma disorders. *Trauma, Violence, & Abuse*, *10*(3), 198–210. https://doi.org/10.1177/1524838009334448

Breslau, N., Schultz, L. (2013). Neuroticism and post-traumatic stress disorder: a prospective investigation. *Psychological Medicine*, *43*(8), 1697–1702. https://doi.org/10.1017/s0033291712002632

Brewin, C.R., Andrews, B., Valentine, J.D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *68*(5), 748–766. https://doi.org/10.1037/0022-006x.68.5.748

Broekman, B.F., Olff, M., Boer, F. (2007). The genetic background to PTSD. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, *31*(3), 348–362. https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2006.10.001

Buzawa, E.S., Buzawa, C.G. (1992). *Domestic violence: The changing criminal justice response*. Auburn House.

Cantor, C., Price, J. (2007). Traumatic entrapment, appeasement and complex post-traumatic stress disorder: evolutionary perspectives of hostage reactions, domestic abuse and the Stockholm syndrome. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, *41*(5), 377–384. https://doi.org/10.1080/00048670701261178

Cardeña, E., Spiegel, D. (1993). Dissociative reactions to the San Francisco Bay Area earthquake of 1989. *American Journal of Psychiatry*, *150*(3), 474–478. https://doi.org/10.1176/ajp.150.3.474

Carmen, E., Rieker, P.P., Mills T. (1984). Victims of Violence and Psychiatric Illness. W: P.P. Rieker, E. Carmen (red.), *The Gender Gap in Psychotherapy* (s. 199–211). Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4684-4754-5_14

Casey, E.A., Nurius, P.S. (2005). Trauma exposure and sexual revictimization risk: Comparisons across single, multiple incident, and multiple perpetrator victimizations. *Violence Against Women*, *11*(4), 505–530. https://doi.org/10.1177/1077801204274339

Cattaneo, L.B., Goodman, L.A. (2005). Risk factors for reabuse in intimate partner violence: A cross-disciplinary critical review. *Trauma, Violence, & Abuse*, *6*(2), 141–175. https://doi.org/10.1177/1524838005275088

Chu, J.A. (1992). The revictimization of adult women with histories of childhood abuse. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, *1*(3), 259–269.

Cierpiałkowska, L., Pasikowski, T. (2013). Traumatic events and personality features in borderline personality disorder. *Acta Neuropsychologica*, *11*(2), 127–141.

Classen, C.C., Palesh, O.G., Aggarwal, R. (2005). Sexual revictimization: A review of the empirical literature. *Trauma, Violence, & Abuse*, *6*(2), 103–129. https://doi.org/10.1177/1524838005275087

Classen, C.C., Koopman, C., Spiegel, D. (1993). Trauma and dissociation. *Bulletin of the Menninger Clinic*, *57*(2), 178.

Cloitre, M., Rosenberg, A. (2006). Sexual revictimization. Risk Factors and Prevention. W: V.M. Follette, J.I. Ruzek (red.), *Cognitive-Behavioral Therapies for Trauma* (s. 321–361). Guilford Press.

Cloitre, M., Tardiff, K., Marzuk, P.M., Leon, A.C., Portera, L. (1996). Childhood abuse and subsequent sexual assault among female inpatients. *Journal of Traumatic Stress*, *9*(3), 473–482. https://doi.org/10.1002/jts.2490090306

Corrigan, F.M. (2014). Threat and Safety: The Neurobiology of Active and Passive Defense Responses. W: U.F. Lanius, S.L. Paulsen, F.M. Corrigan (red.), *Neurobiology*

and treatment of traumatic dissociation: Toward an embodied self (s. 29–50). Springer Publishing Company.

Courtois, C.A. (2004). Complex trauma, complex reactions: Assessment and treatment. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, *41*(4), 412–425. https://doi.org/10.1037/0033-3204.41.4.412

Crandall, M.L., Nathens, A.B., Kernic, M.A., Holt, V.L., Rivara, F.P. (2004). Predicting future injury among women in abusive relationships. *Journal of Trauma*, *56*, 906–912. https://doi.org/10.1097/01.ta.0000111753.45748.e8

Craparo, G.E., Ortu, F.E., Hart, O.E. van der (2019). *Rediscovering Pierre Janet: Trauma, dissociation, and a new context for psychoanalysis*. Routledge/Taylor & Francis Group. https://doi.org/10.4324/9780429201875

Daems, T. (2005). Repeat victimisation and the study of social control. *International Journal of the Sociology of Law*, *33*(2), 85–100. https://doi.org/10.1016/j.ijsl.2005.03.001

Danielson, K.K., Moffitt, T.E., Caspi, A., Silva, P.A. (1998). Comorbidity between abuse of an adult and DSM-III-R mental disorders: Evidence from an epidemiological study. *The American Journal of Psychiatry*, *155*(1), 131–133. https://doi.org/10.1176/ajp.155.1.131

DePrince, A.P., Freyd, J.J. (2007). Trauma-induced dissociation. W: M.J. Friedman, T.M. Keane, P.A. Resick (red.), *Handbook of PTSD: Science and Practice* (s. 135–150). Guilford Press.

Desai, S., Arias, I., Thompson, M.P., Basile, K.C. (2002). Childhood victimization and subsequent adult revictimization assessed in a nationally representative sample of women and men. *Violence and Victims*, *17*(6), 639–653. https://doi.org/10.1891/vivi.17.6.639.33725

Duckworth, M.P., Follette, V.M. (2012). *Retraumatization: Assessment, treatment, and prevention*. Routledge.

Dunford, F.W. (2000). The San Diego Navy Experiment: An assessment of interventions for men who assault their wives. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *68*(3), 468–476. https://doi.org/10.1037/0022-006x.68.3.468

Dutton, D.G. (1994). Patriarchy and wife assault: The ecological fallacy. *Violence and Victims*, *9*(2), 167–182. https://doi.org/10.1891/0886-6708.9.2.167

Edwards, K.M., Desai, A.D., Gidycz, C.A., Vanwynsberghe, A. (2009). College women's aggression in relationships: The role of childhood and adolescent victimization. *Psychology of Women Quarterly*, *33*(3), 255–265. https://doi.org/10.1177/036168430903300301

Erichsen, J.E. (1867/2011). *On railway and other injuries of the nervous system*. Nabu Press.

Estefan, L.F., Coulter, M.L., Van de Weerd, C. (2016). Depression in Women Who Have Left Violent Relationships. The Unique Impact of Frequent Emotional Abuse. *Violence Against Women*, *22*(11), 1397–1413. https://doi.org/10.1177/1077801215624792

Farley, M., Barkan, H. (1998). Prostitution, violence, and posttraumatic stress disorder. *Women & Health*, *27*(3), 37–49. https://doi.org/10.1300/j013v27n03_03

Fenichel, O. (2014). *The psychoanalytic theory of neurosis*. Routledge. https://doi.org/10.4324/9780203754436

Finkelhor, D., Ormrod, R., Turner, H., Hamby, S.L. (2005). The victimization of children and youth: A comprehensive, national survey. *Child Maltreatment*, *10*(1), 5–25. https://doi.org/10.1177/1077559504271287

Foa, E.B., Cascardi, M., Zoellner, L.A., Feeny, N.C. (2000). Psychological and environmental factors associated with partner violence. *Trauma, Violence, & Abuse*, *1*(1), 67–91. https://doi.org/10.1177/1524838000001001005

Ford, D.A., Regoli, M.J. (1992). The Preventive Impacts of Policies for Prosecuting Wife Batterers. W: E.S. Buzawa, C.G. Buzawa (red.), *Domestic Violence: The Changing Criminal Justice Response* (s. 181–207). Auburn House.

Fossati, A., Madeddu, F., Maffei, C. (1999). Borderline personality disorder and childhood sexual abuse: a meta-analytic study. *Journal of Personality Disorders*, *13*(3), 268–280. https://doi.org/10.1521/pedi.1999.13.3.268

Freud, A. (1936/2012). *Ego i mechanizmy obronne*. Wydawnictwo Naukowe PWN.

Freud, S. (1920/2012). *Poza zasadą przyjemności*. Wydawnictwo Naukowe PWN.

Friedman, M. (2015). *Posttraumatic and acute stress disorders*. Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-319-15066-6

Friedman, M., Keane, T., Resick, P.A. (2007). *Handbook of PTSD: Science and Practice*. Guilford Press.

Gabbard, G.O. (2014). *Psychodynamic psychiatry in clinical practice*. American Psychiatric Pub.

Gay, L.E., Harding, H.G., Jackson, J.L., Burns, E.E., Baker, B.D. (2013). Attachment style and early maladaptive schemas as mediators of the relationship between childhood emotional abuse and intimate partner violence. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, *22*(4), 408–424. https://doi.org/10.1080/10926771.2013.775982

Ghimire, D., Follette, V.M. (2011). Revictimization: Experiences related to child, adolescent, and adult sexual trauma. W: M.D. Duckworth, V.M. Follette (red.), *Retraumatization: Assessment, Treatment, and Prevention* (s. 317–344). Routledge.

Gleiser, K.A. (2003). Psychoanalytic perspectives on traumatic repetition. *Journal of Trauma & Dissociation*, *4*(2), 27–47. https://doi.org/10.1300/j229v04n02_03

Główny Urząd Statystyczny. (2020). *Polska w liczbach 2020*. https://stat.gov.pl/download/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5501/14/13/1/polska_w_liczbach_2020_pl.pdf.

Herman, J.L. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, *5*(3), 377–391. https://doi.org/10.1002/jts.2490050305

Hillis, S.D., Anda, R.F., Felitti, V.J., Nordenberg, D., Marchbanks, P.A. (2000). Adverse childhood experiences and sexually transmitted diseases in men and women: a retrospective study. *Pediatrics*, *106*(1), 1–8. https://doi.org/10.1542/peds.106.1.e11

Horwitz, A.V. (2018). *PTSD: A Short History*. Johns Hopkins University Press.

Izdebska, A., Beisert, M. (2021). The level of personality organization and revictimization in lives of child sexual abuse survivors. *Journal of Interpersonal Violence*, *36*(5–6), 2199–2226. https://doi.org/10.1177/0886260518759061

Jacobson, N.S., Gottman, J.M., Gortner, E., Berns, S., Shortt, J.W. (1996). Psychological factors in the longitudinal course of battering: When do the couples split up? When does the abuse decrease? *Violence and Victims*, *11*(4), 371–392. https://doi.org/10.1891/0886-6708.11.4.371

Janet, P. (1894/1977). *The Mental State of Hystericals*. University Publications of America.
Janet, P. (1907/1965). *The Major Symptoms of Hysteria*. Hafner.
Janis, I.L. (1958). *Psychological Stress: Psychoanalytic and Behavioral Studies of Surgical Patients*. Wiley.
Kalia, M. (2005). Neurobiological basis of depression: an update. *Metabolism*, *54*, 24–27. https://doi.org/10.1016/j.metabol.2005.01.009
Kernberg, O.F. (1975). Transference and countertransference in the treatment of borderline patients. *Journal of the National Association of Private Psychiatric Hospitals*, *7*(2), 14–24.
Kernberg, O.F. (1994). Aggression, trauma, and hatred in the treatment of borderline patients. *Psychiatric Clinics of North America*, *17*(4), 701–714.
Kernberg, O.F. (1995). *Object relations theory and clinical psychoanalysis*. Jason Aronson.
Kimerling, R., Alvarez, J., Pavao, J., Kaminski, A., Baumrind, N. (2007). Epidemiology and consequences of women's revictimization. *Women's Health Issues*, *17*(2), 101–106. https://doi.org/10.1016/j.whi.2006.12.002
Kluft, R.P. (1989). Treating the patient who has been sexually exploited by a previous therapist. *Psychiatric Clinics*, *12*(2), 483–500.
Kluft, R.P. (1996). Dissociative identity disorder. W: L.K. Michelson, W.J. Ray (red.), *Handbook of dissociation: Theoretical, empirical, and clinical perspectives* (s. 337–366). Plenum Press.
Knežević, G., Opačić, G., Savić, D., Priebe, S. (2005). Do personality traits predict post-traumatic stress? A prospective study in civilians experiencing air attacks. *Psychological Medicine*, *35*(5), 659–663. https://doi.org/10.1017/s0033291704004131
Kolk, B.A. van der (1989). The compulsion to repeat the trauma: Re-enactment, revictimization, and masochism. *Psychiatric Clinics of North America*, *12*(2), 389–411.
Kolk, B.A. van der (1994). The body keeps the score: Memory and the evolving psychobiology of posttraumatic stress. *Harvard Review of Psychiatry*, *1*(5), 253–265. https://doi.org/10.3109/10673229409017088
Kolk, B.A. van der, Hart, O. van der (1989). Pierre Janet and the breakdown of adaptation. *American Journal of Psychiatry*, *146*, 1530–1540.
Kuijpers, K.F., Knaap, L.M. van der, Lodewijks, I.A. (2011). Victims' influence on intimate partner violence revictimization: A systematic review of prospective evidence. *Trauma, Violence, & Abuse*, *12*(4), 198–219. https://doi.org/10.1177/1524838011416378
Lanius, U.F. (2014). Dissociation and endogenous opioids: A foundational role. W: U.F. Lanius, S.L. Paulsen, F.M. Corrigan (red.), *Neurobiology and treatment of traumatic dissociation: Toward an embodied self* (s. 81–104). Springer Publishing Company.
Lanius, U.F., Paulsen, S.L., Corrigan, F.M. (2014). Dissociation: Cortical deafferentation and the loss of self. *Neurobiology and Treatment of Traumatic Dissociation: Toward an Embodied Self*, 5–28.
Laplanche, J., Pontalis, J.B. (1996). *Słownik psychoanalizy*. Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
Lazarus, R.S., Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer.
Leese, P. (2002). *Shell shock: traumatic neurosis and the British soldiers of the First World War*. Springer.
Lis-Turlejska, M. (2005). *Traumatyczne zdarzenia i ich skutki psychiczne*. Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN.

Markowski, A. (2002). *Wielki słownik wyrazów obcych i trudnych*. Wilga.

Mauricio, A.M., Tein, J.Y., Lopez, F.G. (2007). Borderline and antisocial personality scores as mediators between attachment and intimate partner violence. *Violence and Victims*, *22*(2), 139–157. https://doi.org/10.1891/088667007780477339

McFarlane, A.C. (1986). Posttraumatic morbidity of a disaster: a study of cases presenting for psychiatric treatment. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *174*, 4–14.

Medrano, M.A., Hatch, J.P., Zule, W.A., Desmond, D.P. (2003). Childhood trauma and adult prostitution behavior in a multiethnic heterosexual drug-using population. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, *29*(2), 463–486. https://doi.org/10.1081/ada-120020527

Mehnert, A., Koch, U. (2007). Prevalence of acute and post-traumatic stress disorder and comorbid mental disorders in breast cancer patients during primary cancer care: a prospective study. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, *16*(3), 181–188. https://doi.org/10.1002/pon.1057

Mendlewicz, J., Massat, I., Souery, D., Del-Favero, J., Oruč, L., Nöthen, M.M., Blackwood, D., Muir, W., Battersby, S., Lerer, B., Segman, R.H., Kaneva, R., Serretti, A., Lilli, R., Lorenzi, C., Jakovljevic, M., Ivezic, S., Rietschel, M., Milanova, V. (2004). Serotonin transporter 5HTTLPR polymorphism and affective disorders: no evidence of association in a large European multicenter study. *European Journal of Human Genetics*, *12*(5), 377–382. https://doi.org/10.1038/sj.ejhg.5201149

Mertin, P., Mohr, P.B. (2001). A follow-up study of posttraumatic stress disorder, anxiety, and depression in Australian victims of domestic violence. *Violence and Victims*, *16*(6), 645–654.

Miller, J.L., Krull, A.C. (1997). *Controlling Domestic Violence: Victim Resources and Police Intervention.* W: G.K. Kantor, J.L. Jasinski (red.), *Out of Darkness: Contemporary Perspectives on Family Violence* (s. 235–254). Sage Publications.

Morgan, C.A., Hazlett, G., Wang, S., Richardson, E.G., Schnurr, P., Southwick, S.M. (2001). Symptoms of dissociation in humans experiencing acute, uncontrollable stress: a prospective investigation. *American Journal of Psychiatry*, *158*(8), 1239–1247. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.8.1239

National Research Council. (1993). *Understanding and preventing violence*. National Academy Press.

Nelson, E.C., Heath, A.C., Madden, P.A., Cooper, M.L., Dinwiddie, S.H., Bucholz, K.K., Martin, N.G. (2002). Association between self-reported childhood sexual abuse and adverse psychosocial outcomes: results from a twin study. *Archives of General Psychiatry*, *59*(2), 139–145. https://doi.org/10.1001/archpsyc.59.2.139

Newirth, J. (2016). A Kleinian Perspective on Dissociation and Trauma. W: E. Howell, S. Itzkowitz (red.), *The dissociative mind in psychoanalysis: Understanding and working with traumas* (s. 107–117). Routledge.

Ørke, E.C., Vatnar, S.K.B., Bjørkly, S. (2018). Risk for revictimization of intimate partner violence by multiple partners: A systematic review. *Journal of Family Violence*, *33*(5), 325–339. https://doi.org/10.1007/s10896-018-9952-9

Parks, S.E., Kim, K.H., Day, N.L., Garza, M.A., Larkby, C.A. (2011). Lifetime self-reported victimization among low-income, urban women: The relationship between childhood maltreatment and adult violent victimization. *Journal of Interpersonal Violence*, *26*(6), 1111–1128. https://doi.org/10.1177/0886260510368158

Raphael, B. (1995). *Individual and Community Responses to Trauma and Disaster: The Structure of Human Chaos*. Cambridge University Press.

Risser, H.J., Hetzel-Riggin, M.D., Thomsen, C.J., McCanne, T.R. (2006). PTSD as a mediator of sexual revictimization: The role of reexperiencing, avoidance, and arousal symptoms. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*, *19*(5), 687–698. https://doi.org/10.1002/jts.20156

Ross, C.A. (1996). History, phenomenology, and epidemiology of dissociation. W: K. Michelson, J. Ray (red.), *Handbook of dissociation* (s. 3–24). Springer.

Ross, C.A., Anderson, G., Heber, S., Norton, G.R. (1990). Dissociation and abuse among multiple-personality patients, prostitutes, and exotic dancers. *Psychiatric Services*, *41*(3), 328–330. https://doi.org/10.1176/ps.41.3.328

Ross, C.A., Farley, M., Schwartz, H.L. (2004). Dissociation among women in prostitution. *Journal of Trauma Practice*, *2*(3–4), 199–212. https://doi.org/10.1300/j189v02n03_11

Roth, P. (2020). Identyfikacja projekcyjna. W: S. Budd, R. Rusbridger (red.), *Współczesna psychoanaliza brytyjska: Podstawowe zagadnienia* (s. 200–210). Ingenium.

Selye, H. (1956/1960). *Stres życia*. PZWL.

Shin, L.M., Rauch, S.L., Pitman, R.K. (2006). Amygdala, medial prefrontal cortex, and hippocampal function in PTSD. *Annals of the New York Academy of Sciences*, *1071*(1), 67–79. https://doi.org/10.1196/annals.1364.007

Shorter, E. (2005). *A Historical Dictionary of Psychiatry*. Oxford University Press.

Spence, A. (2014). Threat and Safety: The Neurobiology of Active and Passive Defense Responses. *Neurobiology and Treatment of Traumatic Dissociation: Towards an Embodied Self*, *29*.

Spiegel, D. (1991). Dissociation and Trauma. W: A. Tasman, S.M. Goldfinger (red.), *American Psychiatric Press Annual Review of Psychiatry* (s. 261–276). American Psychiatric Press.

Steuden, S., Janowski, K. (2016). Trauma – kontrowersje wokół pojęcia, diagnoza, następstwa, implikacje praktyczne. *Roczniki Psychologiczne*, *19*(3), 549–565.

Strelau, J. (2004). *Osobowość, a ekstremalny stres*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Strelau, J., Zawadzki, B. (2005). Trauma and temperament as predictors of intensity of posttraumatic stress disorder symptoms after disaster. *European Psychologist*, *10*(2), 124–135. https://doi.org/10.1027/1016-9040.10.2.124

Su, Y.L., Huang, J., Wang, N., Wang, J.Y., Luo, F. (2012). The effects of morphine on basal neuronal activities in the lateral and medial pain pathways. *Neuroscience Letters*, *525*(2), 173–178. https://doi.org/10.1016/j.neulet.2012.07.032

Terr, L. (1990). *Too scared to cry.* Basic Books.

Tjaden, P.G., Thoennes, N. (2000). *Extent, nature, and consequences of intimate partner violence: Findings from the National Violence Against Women Survey*. National Institute of Justice.

Ullman, S.E. (2016). Sexual revictimization, PTSD, and problem drinking in sexual assault survivors. *Addictive Behaviors*, *53*, 7–10. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2015.09.010

Ullman, S.E., Najdowski, C.J., Filipas, H.H. (2009). Child sexual abuse, post-traumatic stress disorder, and substance use: Predictors of revictimization in adult sexual assault survivors. *Journal of Child Sexual Abuse: Research, Treatment, & Program Innovations for Victims, Survivors, & Offenders*, *18*(4), 367–385. https://doi.org/10.1080/10538710903035263

Vrana, S., Lauterbach, D. (1994). Prevalence of traumatic events and post-traumatic psychological symptoms in a nonclinical sample of college students. *Journal of Traumatic Stress*, *7*(2), 289–302. https://doi.org/10.1002/jts.2490070209

Walby, S., Allen, J. (2004). *Domestic Violence, Sexual Assault and Stalking: Findings from the British Crime Survey*. Home Office.

Widom, C.S. (1989). Does violence breed violence? A critical examination of the literature. *Psychological Bulletin*, *106*, 3–28. https://doi.org/10.1037/0033-2909.106.1.3

Widom, C.S., Czaja, S.J., Dutton, M.A. (2008). Childhood victimization and lifetime revictimization. *Child Abuse & Neglect*, *32*(8), 785–796. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2007.12.006

Widom, C.S., Czaja, S.J., Paris, J. (2009). A prospective investigation of borderline personality disorder in abused and neglected children followed up into adulthood. *Journal of Personality Disorders*, *23*(5), 433–446. https://doi.org/10.1521/pedi.2009.23.5.433

Williams, G.W. (1963). Highway hypnosis: An hypothesis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, *11*(3), 143–151.

Wolhuter, L., Olley, N., Denham, D. (2008). *Victimology: Victimisation and Victims' Rights*. Routledge.

Woon, F.L., Sood, S., Hedges, D.W. (2010). Hippocampal volume deficits associated with exposure to psychological trauma and posttraumatic stress disorder in adults: a meta-analysis. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, *34*(7), 1181–1188. https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2010.06.016

Wójcik, S. (2013). Przemoc w rodzinie, zaniedbanie, wiktymizacja pośrednia. Wyniki Ogólnopolskiej diagnozy problemu przemocy wobec dzieci. *Dziecko krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, *12*(3), 40–62.

Wyatt, G.E., Guthrie, D., Notgrass, C.M. (1992). Differential effects of women's child sexual abuse and subsequent sexual revictimization. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *60*(2), 167–173. https://doi.org/10.1037/0022-006x.60.2.167

Zanarini, M.C., Frankenburg, F.R., Reich, D.B., Marino, M.F., Haynes, M.C., Gunderson, J.G. (1999). Violence in the lives of adult borderline patients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *187*(2), 65–71. https://doi.org/10.1097/00005053-199902000-00001



Michał Sieński — doktor nauk społecznych, psychoterapeuta zatrudniony na stanowisku adiunkta w Zakładzie Psychologii Zdrowia i Psychologii Klinicznej Wydziału Psychologii i Kognitywistyki Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu. Jego zainteresowania badawcze skupiają się wokół psychologii klinicznej, w szczególności powtarzania wydarzeń traumatycznych wśród osób doznających przemocy w rodzinie.



Michał Ziarko — profesor w Zakładzie Psychologii Zdrowia i Psychologii Klinicznej Wydziału Psychologii i Kognitywistyki Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu. Autor licznych artykułów i książek z obszaru psychologii zdrowia. Przedmiotem jego badań są między innymi: stres psychologiczny, radzenie sobie z chorobą przewlekłą, zachowania prozdrowotne oraz tematyka uzależnień. Członek zarządu Sekcji Psychologii Zdrowia Polskiego Towarzystwa Psychologicznego. Certyfikowany psychoterapeuta z zakresu Analizy Transakcyjnej.

Doświadczenie wydarzeń traumatycznych na wczesnych etapach życia może wieloaspektowo wpływać na funkcjonowanie psychiczne człowieka nawet przez całe jego życie. Jedną z najbardziej niepokojących konsekwencji obserwowanych u części osób, które doświadczyły traumy w dzieciństwie, jest wielokrotnie wyższe niż wśród reszty społeczeństwa ryzyko ponownego doświadczania urazu psychicznego. Opisywane zjawisko powtarzania wydarzeń traumatycznych określane jest jako rewiktymizacja. W prezentowanej publikacji podejmujemy próbę przedstawienia istoty tego zjawiska z perspektywy psychologii klinicznej, posiłkując się w jego opisie wyjaśnieniami zaczerpniętymi z teorii psychoanalitycznych.

ISBN 978-83-66983-28-1 (numer tomu 19)
ISBN 978-83-66983-22-9 (numer kolekcji)