

Anna Zaborowska, Joanna Ruczaj

Received: 11.05.2022

Accepted: 03.08.2022

Published: 30.12.2022

Samobójstwo jako forma ucieczki od traumy? Analiza występowania skłonności samobójczych po doświadczeniu gwałtu – studium przypadku

Suicide as a form of escape from trauma? An analysis of suicidal tendencies after experiencing rape – a case study

Instytut Psychologii, Uniwersytet Jagielloński, Kraków, Polska

Adres do korespondencji: Anna Zaborowska, Instytut Psychologii UJ, ul. Romana Ingardena 6, 33-332 Kraków, e-mail: ania.zaborowska@student.uj.edu.pl

ORCID iDs

1. Anna Zaborowska  <https://orcid.org/0000-0002-0971-7046>

2. Joanna Ruczaj  <https://orcid.org/0000-0002-5723-9130>

Streszczenie

Celem artykułu jest podjęcie namysłu nad znaczeniem skłonności samobójczych u osób, u których po przeżyciu gwałtu wystąpiły objawy zespołu stresu pourazowego. Autorki dokonują analizy studium przypadku kobiety, która wskutek traumy gwałtu podjęła próbę samobójczą. Doświadczenie gwałtu może prowadzić do pojawienia się u ofiary objawów zespołu stresu pourazowego i stanów dysocjacji, zwiększających ryzyko zachowań autodestrukcyjnych i wykształcenia się skłonności samobójczych. W studium przypadku rozważono destrukcyjne oddziaływanie mechanizmów traumatogennych oraz intensywnego stresu, uwzględniając ich krótko- i długofalowy wpływ na życie osoby. Wyniki badania podkreślają znaczenie uwrażliwienia terapeutów na występowanie objawów zespołu stresu pourazowego i stanów dysocjacji u ofiar przemocy seksualnej ze względu na powiązane z nimi ryzyko skłonności samobójczych. Zaakcentowanie długofalowych konsekwencji doświadczenia traumy skłania do tworzenia programów pomocy, które wykraczają poza oferowanie działań o charakterze doraźnym.

Słowa kluczowe: gwałt, samobójstwo, trauma, PTSD

Abstract

The aim of this paper was to reflect on the importance of suicidal tendencies in individuals who developed symptoms of post-traumatic stress disorder after experiencing rape. We present a case report of a rape victim who attempted suicide as a result of her trauma. The experience of rape can lead to post-traumatic stress disorder and dissociative states in the victim, increasing the risk of self-destructive behaviour and suicidal ideation. Analysing the case study we considered the destructive impact of traumatogenic mechanisms and severe stress, including their short- and long-term impact on a person's life. The results of the study highlight the importance of sensitising therapists to the symptoms of post-traumatic stress disorder and dissociative states in sexual violence survivors due to the associated risk of suicidal tendencies. Emphasising the long-term consequences of trauma should prompt the development of assistance programmes that go beyond emergency measures.

Keywords: rape, suicide, trauma, PTSD

WPROWADZENIE

Aby badać zachowania samobójcze będące konsekwencją traumy gwałtu, należy znać specyfikę tego doświadczenia i uwzględnić wpływ poszczególnych związanych z nim czynników.

W literaturze przedmiotu można znaleźć szczegółową analizę związków między doświadczeniem przemocy seksualnej, występowaniem objawów zespołu stresu pourazowego (*post-traumatic stress disorder*, PTSD) powstałych z jej powodu i współwystępujących zachowań samobójczych. Zaobserwowano istotnie zwiększone ryzyko wykształcenia się objawów PTSD u osób, które doświadczyły przemocy seksualnej (Brewin *et al.*, 2000; Dworkin, 2020; Dworkin *et al.*, 2017; Feiring i Cleland, 2007; Feiring *et al.*, 2002, 1998; Kilpatrick *et al.*, 2003; Nöthling *et al.*, 2022). Ponadto stwierdzono wpływ obecności objawów PTSD na wzrost prawdopodobieństwa pojawienia się zachowań suicydalnych (Marshall *et al.*, 2001; Panagioti *et al.*, 2009; Thompson *et al.*, 1999; Ullman i Brecklin, 2002). Co istotne, w grupie osób zgwałconych odnotowuje się wyższe ryzyko skłonności samobójczych (Kilpatrick *et al.*, 1985; Machisa i Shamu, 2022; Stein *et al.*, 2010). Autorzy wymieniają doświadczenie przemocy seksualnej jako ważny czynnik ryzyka zachowań samobójczych zwłaszcza w kontekście kobiet, które zostały ofiarami gwałtu (Dinwiddie *et al.*, 2000; Dube *et al.*, 2001). Powiązanie powyższych czynników ryzyka suicydalnego w grupie ofiar przemocy seksualnej skłania do dokładnej analizy, mogącej służyć tworzeniu adekwatnych programów prewencji samobójstw. Dlatego celem niniejszej pracy jest analiza występowania skłonności samobójczych w grupie osób, u których po gwałcie odnotowano objawy PTSD.

Ryzyko pojawienia się zachowań samobójczych jest większe w przypadku zdarzeń traumatycznych dotyczących bezpośrednio danej osoby lub jej najbliższych, takich jak przemoc fizyczna (również seksualna), przemoc psychiczna, śmierć bliskiej osoby, ciężka choroba, wypadek komunikacyjny (Kielan i Olejniczak, 2018). W niniejszym artykule trauma rozumiana jest jako wystąpienie silnego stresora związanego z narażeniem na utratę życia lub poważne zranienie ciała. Doświadczenie traumatyczne ma najczęściej charakter nagły, pozostaje poza kontrolą jednostki i prowadzi do utraty lub znacznego naruszenia poczucia bezpieczeństwa (Rotter, 2012; Solomon i Heide, 1999; Terr, 1991).

Addytywny wpływ właściwości stresora, indywidualnych predyspozycji osoby [wcześniejsze doświadczenie traumy, zaburzenia psychiczne – szczególnie zaburzenia lękowe, fobie, zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne, PTSD – i aktualnie działające silne stresory (Dudek, 2002)] oraz czynników sytuacyjnych może prowadzić do przeżycia traumy, której skutkiem będzie rozwój objawów PTSD. Do najczęstszych objawów PTSD, wymienionych w DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), należą uciążliwe wspomnienia i sny o przeżytych wydarzeniach, reakcje dysocjacyjne, niepamięć niektórych elementów zdarzenia, reakcje fizjologiczne przypominające o wydarzeniu – czemu towarzyszy

intensywny dystres (Selye, 1977). Nasilenie stresu psychologicznego wzrasta się zwłaszcza w sytuacjach, w których dochodzi do intensyfikacji wpływu zewnętrznych i/lub wewnętrznych aspektów traumatycznych wydarzeń. Osoby doświadczające traumy mogą więc unikać kontaktu z wszelkimi bodźcami, które są z nią związane: rozmów, działań, miejsc, ludzi kojarzonych z traumą; mogą też reagować wzmożonym lękiem na wszelkie inne nieoczekiwane bodźce (niekoniecznie zagrażające). Może się to wiązać z długotrwałym utrzymywaniem się postawy wzmożonej czujności, której towarzyszą trudności w koncentracji i stałe poczucie nieokreślonego niepokoju (wyrażającego się jako poruszenie, złość czy irytacja).

Zalecenia zawarte w indeksach diagnostycznych skłaniają do szczególnej uważności na potrzeby osób dotkniętych traumatycznym doświadczeniem, gdy czas trwania zakłóconego wzorca działania przekracza miesiąc, powoduje znaczne cierpienie i zaburza funkcjonowanie społeczne jednostki (American Psychiatric Association, 2013). Oprócz występowania opisanych objawów PTSD można wówczas zaobserwować nasilenie negatywnych emocji, poczucie oderwania, obcości, zmiany w reaktywności, autodestruktywność i próby samobójcze.

Problem występowania skłonności samobójczych w kontekście doświadczenia traumy związanej z gwałtem omówiony zostanie w odniesieniu do przedstawionego poniżej studium przypadku.

STUDIUM PRZYPADKU

Dwudziestopięcioletnia kobieta została ofiarą napaści seksualnej. W swoich wypowiedziach podkreśla wpływ przemocy seksualnej na późniejszą próbę odebrania sobie życia. Opisując swoje doświadczenie, mówi, że „samobójstwa popełniła dwa, ale tylko jedno było fizyczne”. Rozwijając tę myśl, relacjonuje, iż po początkowej walce z oprawcą poddała się, nie miała siły się ruszyć, zareagować, podjąć jakiegokolwiek działania. Czuliła, jakby jej umysł się od niej odcinał, jakby opuszczała siebie. Opisuje to jako moment rezygnacji, poddania się, jako „samobójstwo umysłowe”, „rezygnację z siebie fizycznej i przede wszystkim duchowej”. Zauważa, że choć „odcięcie” nastąpiło poza jej świadomym wyborem, w tamtym momencie postrzegala to jako „wolę swojego umysłu, odrębnego już elementu, który postanowił zakończyć jej udział w świecie”.

W ciągu pierwszych dni i tygodni po wydarzeniu kobieta obserwowała u siebie powtarzanie się podobnych stanów „odcienienia” (które w świetle nabytej później wiedzy określa jako momenty dysocjacji). Ponadto relacjonuje obecność nawracających wspomnień powiązanych z gwałtem i innych natrętnych myśli odnoszących się do niego. Podkreśla, jakim obciążeniem były dla niej zgłoszenie się do ginekologa w celu zabezpieczenia przed ewentualną ciążą oraz zawiadomienie policji i wynikające z tego dodatkowe zobowiązania (przesłuchanie, rekonstrukcja zdarzeń, procedury sądowe).

Kilka miesięcy po traumatycznym wydarzeniu kobieta uczestniczyła w rozmowie na temat bezpośrednio doświadczanej sytuacji gwałtu. Początkowo wywołało to u niej silne emocje, następnie poczucie nierealności (odczucia zbliżone do przeszłych stanów „odcicia”/dysocjacji). Jak wskazuje, doprowadziło to do „nie do końca świadomie podjętej próby samobójczej, tym razem w sensie fizycznym”.

ANALIZA

Przytoczony opis skłania do pogłębionej analizy, uwzględniającej: 1) psychologiczne aspekty przeżywania gwałtu w kontekście suicydologii; 2) znaczenie stanów dysocjacyjnych dla wystąpienia zachowań autodestrukcyjnych; 3) objawy PTSD i fazy adaptacji do życia po traumie w ocenie ryzyka skłonności samobójczych.

Psychologiczne aspekty przeżywania gwałtu w kontekście suicydologii

Osoba zgwałcona podlega przymusowi fizycznemu lub psychicznemu, przemocy fizycznej i agresji ze strony sprawcy. Dochodzi do naruszenia jej podstawowych praw: zostaje upokorzona przez przemocową ingerencję w przestrzeń osobistą, pozbawiona intymności i szacunku, traci kontrolę nad sobą i sytuacją (Basile *et al.*, 2020). Rozważając wpływ doświadczenia przemocy seksualnej na życie ofiary, Burgess i Holmstrom (1974; za: Zdrojewicz i Lelakowska, 2006) podkreślili znaczenie występowania u pokrzywdzonych specyficznych zaburzeń – syndromu traumy gwałtu, przebiegającego w dwóch fazach: ostrej i długoterminowej. Faza ostra to faza dezorganizacji. Osoba zgwałcona doświadcza w niej zaburzeń fizjologicznych: bólu, pieczenia, infekcji w układzie moczowym i płciowym, krwawień, bólu żołądka, wstrętu do jedzenia, nudności. Współwystępowanie zaburzeń fizjologicznych wynika z faktu, że osoby zgwałcone niejednokrotnie doznają obrażeń miejsc intymnych i całego ciała (Linden, 2011), z czym powiązane jest szczególnie intensywnie przeżywane poczucie wstydu (Basile *et al.*, 2020; Linden, 2011), które utrudnia lub uniemożliwia tym osobom podzielenie się z innymi własnym doświadczeniem. Należy zauważyć, że w fazie ostrej przeżywaniu dezorganizacji towarzyszy zespół reakcji mogący reprezentować dwa odmienne style emocjonalne: ekspresyjny (lęk, złość i strach okazywane przez płacz lub śmiech) oraz kontrolowany, w którym uczucia są ukrywane.

Faza długoterminowa najczęściej zaczyna się 2–3 tygodnie po ataku. Osoby doświadczają pewnego stopnia dezorganizacji życia, przejawiają reakcje lękowe na bodźce lub sytuacje podobne do sytuacji traumatycznej. Mogą poszukiwać wsparcia u członków rodziny lub przyjaciół, jednak otoczenie niekiedy ustosunkowuje się do przemocy seksualnej, obarczając winą ofiarę (Linden, 2011). Ponadto poczucie winy wzmacniane jest przez postawę sprawcy, który często zachowuje się tak, jakby zgwałcona osoba przyczyniła się do zdarzenia (Basile *et al.*, 2020). Lęk przed reakcją

otoczenia może skłaniać osobę zgwałconą do wycofywania się z interakcji z innymi i prowadzić do izolacji społecznej, co stanowi istotny czynnik ryzyka skłonności samobójczych (Nöthling *et al.*, 2022). Osoba nie uzyskuje adekwatnego wsparcia i zostaje sama z powracającym, dotkliwym wspomnieniem traumatycznego doświadczenia. Brak możliwości omówienia przeżycia utrudnia odreagowanie tak złożonych emocji (Linden, 2011). nierozwiązane konflikty mogą narastać, przez co może dojść do nasilenia lęków seksualnych – ograniczających możliwość podjęcia lub kontynuowania współżycia seksualnego. Długoterminowy wpływ gwałtu na życie ofiar podkreślają obserwacje, zgodnie z którymi część negatywnych skutków notowano nawet po dwóch latach od doświadczenia przemocy (zob. Zdrojewicz i Lelakowska, 2006). Najczęstsze konsekwencje o charakterze długoterminowym to trwałe brak akceptacji własnego ciała, zaburzenia odżywiania i problemy ginekologiczne (Cameron, 2000).

Dostrzegając długofalowy wpływ traumy gwałtu na sposób funkcjonowania ofiar napaści, Finkelhor i Browne (1985; za: Gronkowski *et al.*, 2007) stworzyli model mechanizmów traumatogennych odnoszący się do objawów obecnych u ofiar przemocy seksualnej. Elementami modelu są: poczucie zdrady, traumatyczna seksualizacja, poczucie bezsilności oraz stygmatyzacja. Wyodrębnione aspekty wskazują na wpływ gwałtu na kondycję psychiczną osoby, poczucie kontroli, sposób postrzegania siebie i swojej przyszłości. Odnosząc się do zmian w wymienionych sferach funkcjonowania, Ringel (1987) analizuje zniekształcenia percepcji świata u osób o skłonnościach suicydalnych. Wyróżnia następujące etapy syndromu presuicydalnego: 1) zawężenie; 2) agresja hamowana i autoagresja; 3) fantazje samobójcze. W analizie zawężenia badacz opisuje dynamikę postępujących zniekształceń percepcji świata u osób o skłonnościach samobójczych. Wyodrębnia zawężenie sytuacyjne, które cechuje się poczuciem bezsilności, bezradności i osaczenia. Obciążająca sytuacja prowadzi do zniekształconego, demonizowanego i tendencyjnego obrazu świata. Zachwiana zostaje równowaga, czemu towarzyszy doświadczenie dysonansu i niepokoju. Autor zwraca uwagę na ryzyko przekształcenia się zawężenia statycznego w zawężenie dynamiczne oraz podkreśla dwa istotne kryteria: powtarzalność przeżyć i zanik poczucia czasu (Ringel, 1987). Osoba jest przekonana, że wszystko powtórzy się w identyczny sposób i niczego nie da się już zmienić. Doświadcza poczucia braku kontroli nad dynamiką własnej egzystencji. Zjawisko zawężenia dynamicznego rozwija się i osiąga punkt kulminacyjny w momencie samobójstwa.

Dysocjacja a zachowania autodestrukcyjne

Dysocjacja to sposób radzenia sobie organizmu ze skrajnie silną reakcją emocjonalną (Matecka i Wycisk, 2003), forma nieświadomej obrony *self*/Ja. Pojawia się, gdy w przeżyciu osoby dominują poczucie bezradności, utrata kontroli nad sobą i nad aktualną sytuacją. Organizm odcina się wówczas

od przeżywania sytuacji zagrożenia. Wystąpić może niepełną część zdarzenia, brak świadomości, co dokładnie się wydarzyło (Baumeister, 1991, za: Matecka i Wycisk, 2003). Zarysowane wyżej rozumienie działania mechanizmów dysocjacyjnych skłania do myślenia o dysocjacji jako o mechanizmie obronnym służącym radzeniu sobie z traumatycznymi przeżyciami (Breh i Seidler, 2007; Briere *et al.*, 2005). Zgodnie z tym ujęciem stan dysocjacji powstaje w odpowiedzi na silnie stresogenny bodziec i pełni funkcję adaptacyjną: nieświadomie uruchamiane odcięcie od zwykłego sposobu przeżywania pozwala jednostce ograniczyć ból, lęk i napięcie związane z danym stresorem. To ograniczenie zakresu doświadczania podmiotu do przeżywania wąskiego obszaru Ja, który nie wiąże się z trudnościami (Baumeister, 1991; za: Matecka i Wycisk, 2003) – przez chwilową, częściową utratę kontaktu ze sferą własnych emocji i doznań – często bywa strategią umożliwiającą przetrwanie. Okazuje się ona przydatna w chwilach zagrożenia, wobec którego jednostka jest całkowicie bezradna. Jednak stany dysocjacyjne mogą występować również ze znacznym odroczeniem, długo po traumatycznym wydarzeniu – niejednokrotnie wywołane przez inne, nawet znacznie mniej stresujące sytuacje (Briere *et al.*, 2005). Nester i wsp. (2022) w swoich badaniach wykazali związek zaburzeń dysocjacyjnych z zachowaniami autodestrukcyjnymi: dysregulacja emocjonalna i stany dysocjacyjne u badanych wiązały się z częstszym samookaleczeniem. Badań nad wykorzystywaniem seksualnym i dysocjacją oraz ich wpływem na zachowania samobójcze podjęli się także Brokke i wsp. (2022). Dowiedli oni, że istnieje związek między badanymi czynnikami: obecność stanów dysocjacyjnych po przeżytej traumie może się przekładać na większe ryzyko zachowań suicydalnych.

Powracające stany dysocjacyjne skutkują zawężeniami w sferze poznawczej, emocjonalnej i fizjologicznej (Craparo *et al.*, 2014), wywołują poczucie niepewności siebie, odrębnienia, odrętwienia, opisywane też jako poczucie śmierci (Orbach, 1995; za: Matecka i Wycisk, 2003). W momencie doświadczania stanów dysocjacyjnych zmniejsza się samokontrola i poczucie strachu, rośnie natomiast odwaga do podejmowania zachowań autodestrukcyjnych (Brokke *et al.*, 2022), które często poprzedzają skłonności samobójcze lub z nimi współwystępują (Calati *et al.*, 2017; Orbach, 1994; Vine *et al.*, 2020). To obserwacja szczególnie zasadna w kontekście stanów dysocjacyjnych u osób po gwałcie, u których trudności w zakresie integracji siebie, swojej psychiki i ciała (traktowane jako istotny czynnik ryzyka samobójstw – zob. Ringel, 1987; Scioli-Salter *et al.*, 2016) wynikają z charakteru urazu, mogącego skłaniać do odrzucenia własnej cielesności.

Fazy adaptacji do życia po traumie a ryzyko wystąpienia skłonności samobójczych

Rozważając możliwości powrotu od aktywności społecznej po doświadczeniu gwałtu, należy uwzględnić, że 80%

osób zgwałconych cierpi na PTSD (Javidi i Yadollahie, 2012). Według wyników badań Nöthling i wsp. (2022) objawy PTSD mogą się ujawniać po dłuższym czasie: między 3. a 6. miesiącem od gwałtu stwierdzono wzrost skumulowanej częstości występowania objawów PTSD u badanych. Trzeba więc brać pod uwagę możliwość postępowania PTSD po traumatycznym zdarzeniu.

Objawy PTSD znacząco ograniczają działania osoby na wszystkich etapach readaptacji. Utrzymują się niepokój, stany odrętwienia, koszmary sennie, intruzje. Dominują poczucie bezradności i niechęci do siebie, nieufność wobec ludzi, unikanie miejsc i rzeczy kojarzonych z traumatycznym wydarzeniem oraz dolegliwości fizjologiczne (Domanowska, 2014), co skutkuje wycofywaniem się z różnych sfer życia.

Niekiedy osoby reagują zupełnie odmiennie – obserwuje się wtedy nadmierne pobudzenie, nadużywanie alkoholu i środków psychoaktywnych, zachowania ryzykowne i autodestrukcyjne, próby samobójcze. Według modelu Wang i Masona (1996; za: Przybek-Czuchrowska, 2010) osoba po wydarzeniu traumatycznym przechodzi cztery fazy:

1. Faza pierwsza cechuje się stosunkowo naturalnym zachowaniem. Osoba funkcjonuje samodzielnie, odczuwa i wyraża emocje, radzi sobie z codziennością. Ujawniają się – w niewielkim natężeniu – niektóre objawy PTSD.
2. W drugiej fazie dochodzi do przetwarzania zdarzenia traumatycznego. Osoba zawęża swój obszar funkcjonowania, występują flashbaki, wzrasta pobudzenie lub pojawia się odrętwienie i unikanie otoczenia.
3. Faza trzecia to etap dekompensacji, funkcjonowanie zostaje znacznie zaburzone. Osoba ogranicza wszelkie aktywności, traci poczucie kontroli i rzeczywistości. Dochodzi też do całkowitej izolacji lub przeciwnie – do wzmożonej aktywności i ryzykownych zachowań.
4. Ostatnią fazę charakteryzują bezradność i złe funkcjonowanie. Narastają wstyd, poczucie winy, niechęć do siebie i swojego ciała. Istnieje duże ryzyko próby samobójczej.

Osoby, które doświadczyły przemocy seksualnej (około 56% ofiar), częściej przejawiają skłonności samobójcze (Basile *et al.*, 2020) i dokonują samookaleczeń, dążąc do odzyskania poczucia kontroli i zmiany bólu psychicznego (zob. Shneidman, 2004) na ból fizyczny czy oszpeccenia nieakceptowanego już ciała. Działania te mogą być podejmowane w stanie odrętwienia, nierealności i braku spójności (Radziwiłłowicz i Lewandowska, 2017). Intencje samobójcze wraz z intruzjami, nadmierną czujnością na bodźce przypominające zdarzenie, derealizacją, dysocjacją oraz innymi czynnikami mogą doprowadzić do próby zakończenia własnego życia.

WNIOSKI

W rozważaniach poświęconych specyfice występowania skłonności samobójczych u osób, u których zaobserwowano objawy PTSD po doświadczeniu gwałtu, dostrzeżono

możliwy adaptacyjny, korzystny wpływ stanów dysocjacji (zob. Matecka i Wycisk, 2003). Jednocześnie zauważono ryzyko, że skłonność do reagowania dysocjacją na uraz może ulec generalizacji na sytuacje trudne o znacznie niższym poziomie zagrożenia. Dysocjacja staje się wówczas automatyczną odpowiedzią na lęk (rzeczywisty lub przewidywany) – nawet w sytuacjach, które nie są niebezpieczne. Częste i nieadekwatne uciekanie się do stanów dysocjacji może prowadzić do innych zaburzeń, a także do zachowań autodestrukcyjnych.

Orbach (1995; za: Matecka i Wycisk, 2003) dostrzega powiązanie między obecnością stanów dysocjacji a podejmowaniem zachowań autodestrukcyjnych. Analizując doświadczenie osób po próbach samobójczych, autor ukazuje, jak pierwotnie adaptacyjny mechanizm dysocjacji staje się – w wyniku automatycznego, nawykowego stosowania – elementem trwale ograniczającym (samo)świadomość podmiotu. Prowadzi wówczas do zawężenia spostrzegania i doświadczania rzeczywistości zewnętrznej i stanów wewnętrznych, poczucia dezintegracji, odrętwienia, depersonalizacji i derealizacji. Na podstawie relacji osób podejmujących zachowania samobójcze Orbach zauważa, że akt autodestrukcji często jest poprzedzony przeżyciem stanu dysocjacji. Doświadczenie dysocjacji okazuje się tak trudne, że osoba – powodowana pragnieniem przywrócenia zwykłej wyrazistości swoich doznań – dokonuje aktu autoagresji. Stan dysocjacji, który pierwotnie miał wspierać przetrwanie jednostki w sytuacji stresu przekraczającego jej możliwości radzenia sobie, prowadzi do zachowań autodestrukcyjnych. Z kolei eskalacja czynów autodestrukcyjnych zwiększa ryzyko zachowań samobójczych.

Podsumowując: indywidualność reakcji i sposobów przeżywania traumy warunkuje występowanie objawów różnych zaburzeń psychicznych, stanów dysocjacyjnych, skłonności autodestrukcyjnych itp. Początkowo stabilny stan osoby może prowadzić do mylnych wniosków odnośnie do jej kondycji psychicznej. Nieuwzględnienie ryzyka progresji PTSD może skutkować pominięciami w diagnozie i błędnym ukierunkowaniem terapii, co zagraża nierozpoznaniam kryzysu suicydalnego.

Konflikt interesów

Autorki nie zgłaszają żadnych finansowych ani osobistych powiązań z innymi osobami lub organizacjami, które mogłyby negatywnie wpłynąć na treść publikacji oraz rościć sobie prawo do tej publikacji.

Piśmiennictwo

- American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®). American Psychiatric Publishing, Washington 2013.
- Basile KC, Clayton HB, Rostad WL et al.: Sexual violence victimization of youth and health risk behaviors. *Am J Prev Med* 2020; 58: 570–579.
- Breh DC, Seidler GH: Is peritraumatic dissociation a risk factor for PTSD? *J Trauma Dissociation* 2007; 8: 53–69.
- Brewin CR, Andrews B, Valentine JD: Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *J Consult Clin Psychol* 2000; 68: 748–766.
- Briere J, Scott C, Weathers F: Peritraumatic and persistent dissociation in the presumed etiology of PTSD. *Am J Psychiatry* 2005; 162: 2295–2301.
- Brokke SS, Bertelsen TB, Landrø NI et al.: The effect of sexual abuse and dissociation on suicide attempt. *BMC Psychiatry* 2022; 22: 29.
- Calati R, Bensassi J, Courtet P: The link between dissociation and both suicide attempts and non-suicidal self-injury: meta-analyses. *Psychiatry Res* 2017; 251: 103–114.
- Cameron C: Resolving Childhood Trauma: A Long-Term Study of Abuse Survivors. Sage Publications, Inc., Thousand Oaks, London, New Delhi 2000.
- Craparo G, Gori A, Petruccioli I et al.: Intimate partner violence: relationships between alexithymia, depression, attachment styles, and coping strategies of battered women. *J Sex Med* 2014; 11: 1484–1494.
- Dinwiddie S, Heath AC, Dunne MP et al.: Early sexual abuse and lifetime psychopathology: a co-twin-control study. *Psychol Med* 2000; 30: 41–52.
- Domanowska G: Zespół stresu pourazowego w wyniku gwałtu – opis przypadku. In: Derbis R, Baka Ł (eds.): *Oblicza jakości życia*. Wydawnictwo im. Stanisława Podobińskiego Akademii im. Jana Długosza w Częstochowie, Częstochowa 2014: 157–177.
- Dube SR, Anda RF, Felitti VJ et al.: Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the life span: findings from the Adverse Childhood Experiences Study. *JAMA* 2001; 286: 3089–3096.
- Dudek B: Stres traumatyczny związany z pracą – skutki, czynniki ryzyka, zapobieganie. *Bezpieczeństwo Pracy: Nauka i Praktyka* 2002; 11: 2–4.
- Dworkin ER: Risk for mental disorders associated with sexual assault: a meta-analysis. *Trauma Violence Abuse* 2020; 21: 1011–1028.
- Dworkin ER, Menon SV, Bystrynski J et al.: Sexual assault victimization and psychopathology: a review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2017; 56: 65–81.
- Feiring C, Cleland C: Childhood sexual abuse and abuse-specific attributions of blame over 6 years following discovery. *Child Abuse Negl* 2007; 31: 1169–1186.
- Feiring C, Taska L, Chen K: Trying to understand why horrible things happen: Attribution, shame, and symptom development following sexual abuse. *Child Maltreat* 2002; 7: 25–41.
- Feiring C, Taska L, Lewis M: The role of shame and attributional style in children's and adolescents' adaptation to sexual abuse. *Child Maltreat* 1998; 3: 129–142.
- Gronkowski M, Śpila B, Gronkowska E et al.: Zaburzenia psychiczne u pacjentki wykorzystywanej seksualnie w dzieciństwie – schizofrenia czy objawy złożonego PTSD (CPTSD). *Psychiatr Pol* 2007; 41: 561–570.
- Javidi H, Yadollahie M: Post-traumatic stress disorder. *Int J Occup Environ Med*. 2012; 3: 2–9.
- Kielan A, Olejniczak D: Czynniki ryzyka oraz konsekwencje zachowań samobójczych z uwzględnieniem problematyki samobójstw dzieci i młodzieży. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka* 2018; 17: 9–26.
- Kilpatrick DG, Best CL, Veronen LJ et al.: Mental health correlates of criminal victimization: a random community survey. *J Consult Clin Psychol* 1985; 53: 866–873.

- Kilpatrick DG, Ruggiero KJ, Acierno R et al.: Violence and risk of PTSD, major depression, substance abuse/dependence, and comorbidity: results from the National Survey of Adolescents. *J Consult Clin Psychol* 2003; 71: 692–700.
- Linden JA: Clinical practice. Care of the adult patient after sexual assault. *N Engl J Med* 2011; 365: 834–841.
- Machisa M, Shamu S: Associations between depressive symptoms, socio-economic factors, traumatic exposure and recent intimate partner violence experiences among women in Zimbabwe: a cross-sectional study. *BMC Womens Health* 2022; 22: 248.
- Marshall RD, Olfson M, Hellman F et al.: Comorbidity, impairment, and suicidality in subthreshold PTSD. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 1467–1473.
- Matecka M, Wycisk J: Dysocjacja: różnorodność kontekstów i znaczeń. *Czasopismo Psychologiczne* 2003; 9: 199–205.
- Nester MS, Brand BL, Schielke HJ et al.: An examination of the relations between emotion dysregulation, dissociation, and self-injury among dissociative disorder patients. *Eur J Psychotraumatol* 2022; 13: 2031592.
- Nöthling J, Abrahams N, Jewkes R et al.: Risk and protective factors affecting the symptom trajectory of posttraumatic stress disorder post-rape. *J Affect Disord* 2022; 309: 151–164.
- Orbach I: Dissociation, physical pain, and suicide: a hypothesis. *Suicide Life Threat Behav* 1994; 24: 68–79.
- Panagiotti M, Gooding P, Tarrier N: Post-traumatic stress disorder and suicidal behavior: a narrative review. *Clin Psychol Rev* 2009; 29: 471–482.
- Przybek-Czuchrowska I: Psychologiczne konsekwencje traumy i PTSD. In: Cybulski M, Strzelecki W (eds.): *Psychologia w naukach medycznych*. Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań 2010: 78–96.
- Radziwiłłowicz W, Lewandowska M: Od traumatycznych wydarzeń i dysocjacji do Ja cielesnego i objawów depresji – w poszukiwaniu syndromu autodestruktywności u młodzieży dokonującej zamierzonych samookaleceń. *Psychiatr Pol* 2017; 51: 283–301.
- Ringel E: *Gdy życie traci sens: rozważania o samobójstwie*. Glob, Szczecin 1987.
- Rotter T: Psychologiczne aspekty katastrof i kataklizmów. In: Popiołek K, Bańka A, Balawajder K (eds.): *Spoleczna Psychologia Stosowana. Tom 1. Człowiek w obliczu kryzysów, katastrof i kataklizmów*. Stowarzyszenie Psychologia i Architektura, Katowice 2012: 13–20.
- Scioli-Salter ER, Johnides BD, Mitchell KS et al.: Depression and dissociation as predictors of physical health symptoms among female rape survivors with posttraumatic stress disorder. *Psychol Trauma* 2016; 8: 585–591.
- Selye H: Stress without distress. *School Guidance Worker* 1977; 32: 5–13.
- Shneidman ES: *Autopsy of a Suicidal Mind*. Oxford University Press, New York 2004.
- Solomon EP, Heide KM: Type III trauma: toward a more effective conceptualization of psychological trauma. *Int J Offender Ther Comp Criminol* 1999; 43: 202–210.
- Stein DJ, Chiu WT, Hwang I et al.: Cross-national analysis of the associations between traumatic events and suicidal behavior: findings from the WHO World Mental Health Surveys. *PLoS One* 2010; 5: e10574.
- Terr LC: Acute responses to external events and posttraumatic stress disorders. In: Lewis M (ed.): *Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook*. Williams & Wilkins Co., 1991: 755–763.
- Thompson MP, Kaslow NJ, Kingree JB et al.: Partner abuse and post-traumatic stress disorder as risk factors for suicide attempts in a sample of low-income, inner-city women. *J Trauma Stress* 1999; 12: 59–72.
- Ullman SE, Brecklin LR: Sexual assault history and suicidal behavior in a national sample of women. *Suicide Life Threat Behav* 2002; 32: 117–130.
- Vine V, Victor SE, Mohr H et al.: Adolescent suicide risk and experiences of dissociation in daily life. *Psychiatry Res* 2020; 287: 112870.
- Zdrojewicz Z, Lelakowska K: Rola stresu w problemach, zaburzeniach i preferencjach seksualnych. *Seksuol Pol* 2006; 4: 69–79.