

Maria Lis-Turlejska

Konsekwencje psychologiczne traumatycznego stresu — teoria psychoformatywna Roberta J. Liftona

Czy poważnie stresujące zdarzenia — związane z zagrożeniem życia lub fizycznej integralności — wywołują zmiany w psychice i zachowaniu ludzi? Jeżeli tak, to jakiego rodzaju i jak długotrwałe? Jaki jest mechanizm tych zmian?

W ciągu ostatnich dwudziestu lat wyłonił się nowy obszar badań psychiatrii i psychologii, dotyczący wpływu szczególnie nasilonego stresu na ludzką psychikę. Określany jest on mianem badań nad „skrajnym stresem środowiskowym”, „katastroficzną traumą”, „traumatycznym stresem”. Pogląd, że stres, określany obecnie najczęściej jako „traumatyczny”, może powodować głębokie i trwałe zmiany funkcjonowania psychologicznego i fizjologicznego, jest obecnie dobrze ugruntowany przez koncepcje teoretyczne i badania empiryczne prowadzone w tym obszarze (zob. Lis-Turlejska 1998).

Z punktu widzenia rozwoju badań nad psychologicznymi konsekwencjami skrajnie urazowych przeżyć, szczególnie ważnym momentem było ukazanie się w 1980 roku trzeciego wydania *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (w skrócie: DSM-III) — systemu klasyfikacji i diagnozy zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. Do obowiązującego w USA systemu klasyfikacji zaburzeń psychicznych wprowadzono wówczas nową jednostkę chorobową, określoną jako zespół stresu pourazowego (*posttraumatic stress disorder*, w skrócie: PTSD; zob. American Psychiatric Association 1980). Stało się to w związku ze zgromadzonymi już wówczas obserwacjami klinicznymi i wynikami badań, dotyczących zwłaszcza amerykańskich weteranów wojny w Wietnamie i Żydów ocalałych z Holocaustu. Istniejące dane umożliwiły opracowanie kryteriów diagnostycznych — charakterystycznych objawów tego zaburzenia. Przedstawienie wyraźnie określonych objawów, w sposób odnoszący się do zewnętrznych przejawów (zachowań), umożliwiło z kolei opracowywanie narzędzi pomiaru — kwestionariuszy i ustrukturalizowanych wywiadów, pozwalających zarówno na dokonywanie diagnoz, jak też prowadzenie dalszych, bardziej precyzyjnych badań. W DSM-III jako stresory, które mogą prowadzić do PTSD, wymieniano m.in.: gwałt, agresywny napad,

walkę frontową, bombardowanie, tortury, obozy koncentracyjne, terroryzm, klęski żywiołowe (np. powódź, trzęsienie ziemi), katastrofy komunikacyjne i przemyślowe. Oznaczało to uznanie, że w wyniku szerokiego zakresu traumatycznych zdarzeń mogą wystąpić podobne objawy.

Poza wystąpieniem traumatycznego stresora, kryteria diagnostyczne DSM-III obejmują trzy kategorie symptomów. Pierwsza dotyczy ponownego odtwarzania traumy i obejmuje takie objawy, jak powracające sny dotyczące traumy, powtarzające się natrączywe wspomnianie. Grupa druga to objawy związane z uporczywym unikaniem i zmniejszeniem ogólnej reaktywności, takie np. jak unikanie myśli i uczuć związanych z traumą, niemożność przypomnienia sobie ważnego aspektu traumy, uczucie obojętności lub chłodu w kontaktach z ludźmi. W trzeciej grupie uwzględniono utrzymujące się objawy psychofizjologicznego pobudzenia (np. trudności z zasypianiem lub snem, trudności z koncentracją, drażliwość lub wybuchy gniewu). W 1994 roku opublikowano czwartą edycję DSM, ze zmodyfikowanym — w porównaniu z wcześniejszymi ustaleniami — sposobem określania zdarzenia, które może prowadzić do PTSD (traumatyczny stresor). Według DSM-IV (American Psychiatric Association 1994) jest to zdarzenie związane z zagrożeniem życia lub fizycznej integralności, podczas którego dana osoba przeżywa intensywny strach, poczucie bezradności lub makabry.

Obecnie — nie negując stanowiska, że różne rodzaje traumatycznych przeżyć mogą prowadzić do podobnych objawów — podkreśla się potrzebę odrębnego rozpatrywania sytuacji związanych z powtarzającą się traumą w dzieciństwie, w związku z przemocą fizyczną i seksualną. W przypadku długotrwałego stresu, związanego z przemocą wobec dziecka, w ważnym okresie rozwojowym, występuje różna od „prostego” PTSD konstelacja objawów. Przewiduje się, że w następnej, kolejnej edycji DSM znajdą odzwierciedlenie postulaty dotyczące odróżnienia PTSD i tzw. PTSD „złożonego” (por. np. Herman 1998).

Powyższe uwagi traktuję jako wprowadzenie do przedstawienia koncepcji psychoformatywnej R.J. Liftona, dotyczącej wpływu silnie traumatycznych przeżyć na psychikę człowieka. Współczesna problematyka rozwijających się intensywnie badań nad konsekwencjami skrajnego stresu, w Polsce jest prawie nieznaną. Prezentacja koncepcji Liftona, wielkiego klasyka zagadnień traumy i jej wpływu na funkcjonowanie psychiki człowieka, może być traktowana jako wprowadzenie do tej problematyki.

Robert Jay Lifton jest czołową postacią wśród autorów zajmujących się problematyką traumatycznego stresu. Psychiatra, wieloletni profesor Uniwersytetu w Yale, jest autorem kilkunastu książek, w tym: *Death in Life. Survivors of Hiroshima* („Śmierć za życia. Ocalali z Hiroszimy”), opublikowanej w 1967 roku. Inne książki Liftona to m.in. *Thought Reform and the Psychology of Totalism. A Study of „Brain Washing” in China* („Reformowanie myśli i psychologia totalitaryzmu. Studium «prania mózgu» w Chinach”, 1961), *Home from the War. Vietnam Veterans, neither Victims nor Executioners* („Do domu z wojny.

Weterani wietnamscy ani ofiary, ani oprawcy”, 1973); *The Broken Connection. On Death and Continuity of Life* („Zerwane połączenie. Śmierć i ciągłość życia”, 1979), a ostatnio: *The Nazi Doctors* („Nazistowscy lekarze”, 1986). Perspektywa, z jakiej pisze Lifton, mający za sobą zarówno doświadczenia badań, jak i terapii ocalałych ze skrajnie traumatycznych zdarzeń, obejmuje aspekty psychologiczne i psychiatryczne, ale także historyczne, moralne i religijne.

„Obserwując ewolucję prac Liftona można z łatwością spostrzec, że schemat teoretyczny, w jakim opisywany jest zespół stresu pourazowego (PTSD), wywodzi się z prowadzonych przez niego od 30 lat przełomowych badań” — piszą John P. Wilson i Beverley Raphael (1993), redaktorzy najobszerniejszego z dotychczas opublikowanych zbioru prac, poświęconych skutkom traumatycznego stresu, we wprowadzeniu do publikowanego w tym zbiorze artykułu tego autora. W artykule tym Lifton (1993) dokonuje podsumowania swoich badań, między innymi nad ocalałymi po wybuchu bomby atomowej w Hiroszimie, weteranami wietnamskimi i ocalałymi z Holocaustu. W ostatnim okresie prowadzone przez niego badania dotyczyły lekarzy nazistowskich, którzy dokonywali eksperymentów medycznych na więźniach obozów koncentracyjnych.

Dziesięć zasad teorii psychoformatywnej

„Dziesięć zasad psychoformatywnych procesów” Lifton prezentuje w kontekście postulowanego przez niego paradygmatu życia/śmierci, podstawowego — jego zdaniem — dla wielu trumatycznych zdarzeń (Lifton, 1987; 1993). Teoria psychoformatywna jako istotną traktuje tezę o wpływie traumy na poczucie tożsamości — strukturę „ja”. Skutkiem uszkodzenia „ja” może być głębokie odrętwienie psychiczne, poczucie winy ocalałego, różne postacie „rozszerzienia” psychiki, dysocjacja i „podwojenie”. To ostatnie pojęcie zostało wprowadzone przez Liftona w związku z badaniami lekarzy nazistowskich; odnosi się do powstania, w warunkach „zatopienia w śmierci”, odrębnego „ja”. Są to procesy psychologiczne, które służą możliwości zaadaptowania do obezwładniającego i przerażającego doświadczenia. Teoria psychoformatywna wskazuje także, że wszyscy ocalali stają w obliczu zadania transformacji traumatycznego epizodu. Lifton, przywołując mitologię grecką, określa je jako „zadanie Proteusza”, poprzez które „ja” może zostać ponownie zintegrowane w nowych formach skojarzonych z ożywieniem, transcendencją i zwiększoną witalnością *ego*.

A oto bardziej szczegółowa prezentacja koncepcji Liftona, sformułowanej w postaci 10 zasad „psychoformatywnej teorii”.

1. *Paradygmat życia/śmierci i symbolizacji „ja”*. Zdaniem Liftona, zagadnienie śmierci w „ogromnie sztuczny i szkodliwy sposób” jest pomijane w pracach nad potraumatycznym stresem. Mimo że śmierć jest doceniana jako zagadnienie, teoretyczny opór wobec zajmowania się nią połączony jest z ogólnym oporem kultury wobec idei śmierci. Tymczasem zdaniem Liftona, badane przez niego ofiary skrajnych przeżyć (a także oprawcy) doznają „pograż-

zenia w śmierci”. „Z pewnością zagadnienie śmierci jest centralne pojęciowo i w każdy inny sposób i naszym zadaniem jest konfrontowanie się ze śmiercią osobiście i na gruncie teorii. Im bardziej będziemy to robić, tym bardziej efektywna będzie nasza praca” — pisze autor.

2. *Pojęcie bycia ocalałym*. Zasada druga jest bezpośrednio związana z pierwszą. „Znowu — pisze Lifton — kluczem jest śmierć”. Oczywistym punktem odniesienia jest to, że ocalenie jest osiągnięciem. Co więcej, ma ono dialektyczną naturę. „Ocalały ma różne alternatywy. On lub ona może pozostać zamknięty w odrętwieniu lub może wykorzystać ocalenie jako źródło wglądu i rozwoju [...] Wszystkim nam [udzielającym pomocy, pracującym z ocalałymi — *M.L.-T.*] zależy w naszej pracy na drugiej możliwości”.
3. *Ludzkie powiązania ocalałych*. Zasada trzecia mówi równocześnie o dwóch aspektach ocalenia, wynikających z faktu, że trauma dotyka w najgłębszy sposób „wewnątrzpsychiczne «ja», prowadząc do zerwania ciągłości i wysiedlenia go z jego form”. Przewycięzenie skutków tego oddziaływania jest związane z wymiarem ostatecznym i dokonuje się poprzez dążenie do znalezienia (odtworzenia) szerszych ludzkich powiązań, a z drugiej strony — wiąże się z podatnością na stres i dysocjację.

Trzecia zasada dotyczy tego, co Lifton określa jako „ostateczny wymiar”. „Wszyscy wiemy, że trauma obejmuje bardzo bezpośrednie i bolesne przeżycia i znamy niektóre z symptomów zespołu stresu pourazowego. [...] Istnieje jednak także taki wymiar w zespole stresu pourazowego, który obejmuje szersze ludzkie powiązania. Doświadczenie pracy terapeutycznej z weteranami wojny wietnamskiej i z innymi grupami ludzi, którzy przeżyli skrajną traumę (np. z ocalałymi z Holocaustu), ukazuje w każdym wypadku zmagania, zmierzające do odtworzenia «szerszych ludzkich powiązań» lub poczucia «bycia w wielkim łańcuchu istnień»”. Jest to — pisze Lifton — jedno z najbardziej poruszających i trudnych zmagania, jakie towarzyszą procesowi zdrowienia. „Dokonujemy symbolizacji nieśmiertelności — naszego historycznego i biologicznego powiązania z tymi, którzy odeszli, i tymi, którzy — jak sądzimy — nadejdą. Robimy to w ciągu naszego życia albo poprzez dzieci, albo poprzez dokonania, oddziaływania lub przyrodę, albo przez jakąś duchową regułę, albo nawet przez doświadczenie transcendencji” (Lifton 1993, s. 12).

Równocześnie Lifton zwraca uwagę na to, że skrajna trauma wiąże się z „radykałnym przeżyciem zerwania ciągłości, w bezpośredni sposób, w wewnątrzpsychicznym «ja»”. Skutki mogą przejawiać się w postaci dysocjacji i rozszczepienia, czyniąc „ja” podatnym na podwojenie. „Chociaż stopień podatności na zerwanie ciągłości i dysocjację może być różny dla każdego z nas — pisze Lifton — do pewnego stopnia taka podatność jest częścią ludzkiej kondycji” (Lifton 1993, s. 12).

4. *Objawy zespołu stresu potraumatycznego są normalną reakcją na skrajny stres*. Autor określa tę zasadę jako normatywną. Objawy zaburzenia stresowego

wego pourazowego są normalnym adaptacyjnym procesem reakcji na nie-normalną sytuację. Zrozumienie tego — pisze Lifton — prowadzi do większej akceptacji ze strony terapeuty i osoby, która doznaje reakcji stresu pourazowego, jej sytuacji i symptomów.

5. *Poczucie winy ocalałego i potępienie siebie*. Potępienie siebie jest źródłem psychologicznego poczucia winy, którego paradoksalnie doświadczają ocalali. Związane jest ono, zdaniem Liftona, ze skrajnym poczuciem bezradności podczas oddziaływania traumy i ze stanem określanym przez niego jako nie zrealizowane działanie. Podczas traumy jednostka przeżywa bezpośrednie i natychmiastowe poczucie, że powinna zareagować zgodnie ze swoimi zwykłymi standardami, w jakiś konstruktywny sposób, poprzez powstrzymanie traumy lub zła lub poprzez pomoc innym ludziom w konstruktywny sposób. Tymczasem żadna z tych rzeczy mogła nie być możliwa. W najlepszym przypadku, możliwa reakcja jest poniżej idealnych oczekiwań. „Mówię o tym jako o niewykonalnym zadaniu, ponieważ mogły istnieć jakieś początkowe wyobrażenia pozytywnego działania, sprostania zadaniu w sposób, który nigdy nie jest możliwy do osiągnięcia. Można zatem opisać ideę wyobrażenia jako schemat działania, które nigdy nie zostało zakończone. Reakcją na to niedokonane działanie może być ciągle samopotępienie”. „Kiedy mówimy o kimś, kto w przeszłości doznał traumy, że «źle traktuje siebie» — chodzi tu nie tyle o poczucie winy, co właśnie o samopotępienie, które jest związane z przewlekłym poczuciem nie zrealizowanego zamiaru i pozostałego strauumatyzowanego «ja», które wciąż pozostaje w jakimś stopniu w stanie bezradności” (Lifton 1993, s. 12). „Ja” w tym stanie wywołuje samopotępienie. Proces zdrowienia, twierdzi dalej Lifton, obejmuje przekroczenie tego strauumatyzowanego „ja”.
6. *Emocjonalna witalność i fragmentacja „ja”*. Zdaniem Liftona, standardowe psychoanalityczne mechanizmy obronne nie wyodrębniają się tak wyraźnie, jak sądzimy, zachodzą one w dużym stopniu na siebie i dotyczą ogólnie uczucia, przeżywania uczuć *versus* nieuczucia, nieprzeżywania uczuć. Ten rodzaj dysocjacji, opisany pierwotnie przez Pierre’a Janeta, jest centralny dla reakcji stresu potraumatycznego i doświadczenia ocalałego.
7. *Psychiczne odrętwienie; zerwanie ciągłości „ja”*. Psychiczne odrętwienie zatrzymuje proces symbolizacji (lub inaczej: proces formatywny). Umysł — aby dobrze funkcjonować — potrzebuje pokarmu, dostarczanego przez stały proces tworzenia wyobrażeń i form. W skrajnych postaciach psychicznego odrętwienia, takich jak dysocjacja, proces symbolizowania jest przerwany i zakłócony. „W ten sposób psychiczne odrętwienie staje się kluczem do rozumienia zanikania lub zakłócenia procesu psychicznego, radykalnego zerwania ciągłości, który w tak dużym stopniu cechuje PTSD” (Lifton 1993, s. 13). Analizowanie tego procesu formatywnego i odniesienie go do zaburzenia postresowego jest pomocne, ponieważ jest on nieustający. Jeżeli wi-

dzi się ten ciągły proces, można wyjść poza strauumatyzowane „ja” i radykalne zerwanie ciągłości.

8. *Poszukiwanie sensu: paradygmatyczne formy doświadczania „ja”*. Zdaniem Liftona, trzeba odrzucić pogląd, reprezentowany przez niektórych psychiatrów i psychologów, o niemożności posługiwania się pojęciem sensu, ze względu na niemożność zdefiniowania go w sposób naukowy. Trzeba jednak znaleźć ścisły sposób analizowania go, ponieważ bez odniesienia się do pojęcia sensu lub wewnętrznej formy, nie można zrozumieć zaburzenia stresowego pourazowego. I znowu, nadanie sensu musi się dokonywać na dwóch poziomach: bezpośrednim — na którym jednostka zmagą się z zagadnieniami więzi i separacji, ruchu i stagnacji oraz integracji lub integralności *versus* dezintegracji lub braku integralności; drugi — to wspomniany wyżej poziom ostateczny, na którym jednostka próbuje uporać się z szerszymi ludzkimi więziami. Jest on związany z przewartościowaniem sensu takich zjawisk, jak dobro i zło ludzi, tego, czy ludzi naprawdę łączą jakieś więzi i czy można mieć zaufanie do jakichkolwiek związków w naszym życiu. Obserwacja osób wychodzących z silnego stresu umacnia przekonanie autora, że „nie można naprawdę zajmować się zagadnieniami skrajnej traumy bez tego rodzaju rozważań nad sensem” (Lifton 1993, s. 13).
9. *Moralne dylematy traumy*. Lifton powołuje się w tym miejscu na pogląd Freuda dotyczący nerwicy wojennej, jako związanej z „odmową umierania, połączoną z odmową zabijania”. Ten problem podwójnej odmowy stał się stopniowo coraz bardziej widoczny dla wielu weteranów wietnamskich i wskazuje na ważność moralnego kontekstu, w jakim zachodzi zachowanie. Czy żołnierz, który w My Lai trzymał lufę karabinu skierowaną ku ziemi, pokazując w widoczny sposób, że odmawia strzelania, zachował się w sposób wskazujący na zaburzenie psychiczne? Czy był ofiarą nerwicy wojennej? Czy raczej wykazał on godną podziwu formę powstrzymywania się, wymagającą niezwyklej osobistej odwagi? Zdaniem Liftona, miała miejsce druga sytuacja. W tym sensie, kodeks moralny odgrywał tu zasadniczą rolę.
10. *Transformacja „ja”*. Po dokonaniu powyższego przeglądu zagadnień, Lifton wraca do psychologii „ja” — rozumianego w sposób nie tylko związany z pracami Heinza Kohuta, ale raczej dotyczącego ogólnego poczucia „ja” (tożsamości), na które w coraz większym stopniu zwraca uwagę psychoanalityczna psychiatria i psychologia w ostatnich 10–15 latach i który „umożliwia nam połączenie tych różnych wymiarów”. „Taka unifikacja jest zasadnicza dlatego, abyśmy mogli zobaczyć dialektyczną naturę ocalałego i zdolność do pozostawania w odrętwieniu w przeciwieństwie do możliwości nie tylko wglądu, ale nawet specjalnych postaci iluminacji, jakie może mieć ocalały — jak prawdopodobnie nikt inny” (Lifton 1993, s. 13).

Prezentację dziesięciu zasad psychoformatywnej teorii kończy ogólne stwierdzenie, dotyczące „pewnych korzyści płynących ze studiowania syndromu trau-

matycznego”. Zdaniem Liftona „intensywna trauma — być może w ogóle trauma w wieku dorosłym — jest w psychiatrii czymś w rodzaju niechcianego dziecka. Eksplorowanie psychologii ocalałego jest kluczowe dla rozumienia takiej traumy. Badanie traumy dorosłego i ocalenia (*survival*) ma bezpośrednie związki z zagadnieniami związanymi ze śmiercią i wyobrażeniami śmierci, w sposób, który rzuca wiele światła na psychiatryczne zakłócenia, jak również na naszą współczesną historyczną sytuację” (Lifton 1993, s. 13).

Syndrom potraumatyczny według Liftona

Omawiając podstawowe zagadnienia dotyczące „psychologii ocalałego” Lifton wymienia pięć charakterystycznych „tematów” ocalałego, omawianych także w poprzednich pracach. Obejmują one: wdrukowanie śmierci, poczucie winy z powodu śmierci, psychiczne odrętwienie, konflikt między potrzebą bliskości i opieki a podejrzliwością, usiłowanie nadania sensu, przeformułowania i transformacji (Lifton 1979; 1993; Lifton i Olson 1976/1989).

A oto bardziej szczegółowa charakterystyka „syndromu traumatycznego” według Liftona. Po raz pierwszy Lifton przedstawił jej zarys pod koniec lat 60., na podstawie wywiadów z ocalałymi w Hiroszimie. Później — w latach 70. — odnosił ten syndrom do weteranów wietnamskich i ofiar powodzi w górniczej osadzie Buffalo Creek, traktując opisywane objawy — „tematy” ocalałych jako wspólne dla różnego rodzaju traumatycznych przeżyć (Lifton i Olson 1976/1987; Lis-Turlejska 1987). W późniejszych pracach, które doprowadziły do wprowadzenia zespołu stresu pourazowego (PTSD) do klasyfikacji zaburzeń psychicznych, niewątpliwie korzystano także z badań i koncepcji Liftona.

1. *Wdrukowanie śmierci* polega na drastycznym wdarcu się obrazu — uczucia zagrożenia lub utraty życia. To wdarcie się może być nagłe, tak jak w przypadku przeżyć wojennych czy różnego rodzaju wypadków, lub dokonywać się bardziej stopniowo i trwać pewien czas. Ważna jest tutaj nieakceptowalność śmierci zawarta w wyobrażeniu — jej przedwczesność, groteskowość, absurdalność. Doświadczenie wdrukowania śmierci wynika z przywoływania wcześniejszego wyobrażenia rzeczywistej śmierci albo jej ekwiwalentów. W tym sensie, każde zetknięcie się ze śmiercią jest reaktywowaniem wcześniejszych „ocalień”. Istotna jest również jednostkowa podatność — także na separację i dezintegrację — związana z przeszłymi konfliktowymi doświadczeniami. Predyspozycja jest jednak tylko kwestią stopnia. Jeżeli zagrożenie lub trauma są dostatecznie silne, mogą powodować syndrom potraumatyczny u każdego, tak jak to można było obserwować u ocalałych z powodzi w Buffalo Creek (Lifton i Olson 1976/1987). Lifton zwraca uwagę także na możliwe rozwojowe efekty traumy. „Spotkanie ze śmiercią podważa nasze magiczne poczucie odporności na zranienie [...] Zawiera w sobie pouczenie o realności śmierci, o tym, że umrzemy kiedyś sami i że nie ma

potrzeby utrzymywać tej iluzji. Rezultatem może być coś, co przypomina oświecenie” (Lifton 1983, s. 170).

2. *Poczucie winy z powodu śmierci.* Stan ocalałego i stopień przeżywanego przez niego lęku wiąże się z rozmiarami poczucia żałoby i utraty. W silnym doświadczeniu traumatycznym żałoba i poczucie utraty mogą być zbyt obciążające ze względu na swoją nagłość i nieakceptowalność śmierci i sytuacji skrajnych zagrożeń, aby można je było przezwyciężyć. Tak więc wiele symptomów traumatycznego syndromu wiąże się z nieprzepracowaną żałobą. Poczucie winy z powodu śmierci i bolesne samopotępienie, płynące z faktu, że ocalało się samemu, gdy inni zginęli. U badanych przez Liftona weteranów wojny wietnamskiej uczucie to było związane z zabitymi lub wziętymi do niewoli kolegami — towarzyszami broni. Powodzenie — mieszkańcy Buffalo Creek, z którymi przeprowadzono wywiady w trzydzieści miesięcy po katastrofie, wciąż byli prześladowani przez irracjonalne poczucie, że mogli lub powinni byli coś zrobić, aby ratować najbliższych. Osoby, które ocalały, w głębi duszy czują ulgę, że to właśnie one miały szczęście przeżyć, jest to powszechna ludzka reakcja występująca w takich okolicznościach, wzmaga ona jednak poczucie winy wobec zmarłych. To poczucie winy może być tak bolesne, że może być tłumione lub ukrywane pod postacią innych uczuć lub wzorców zachowań, takich jak złość czy apatia.
3. *Psychiczne odrętwienie — zmniejszona zdolność odczuwania* stanowi centralny element syndromu traumatycznego. Istnieje ścisły związek pomiędzy psychicznym odrętwieniem i połączonymi ze śmiercią wyobrażeniami zaprzeczania („nic nie czuję, a więc nie ma śmierci”). Ocalały przechodzi radykalne, ale przejściowe zmniejszenie swego poczucia realności tego, co się aktualnie dzieje, aby uniknąć utraty tego poczucia w pełni i na stałe. Przechodzi on odwracalną formę symbolicznej śmierci fizycznej lub psychicznej. Z punktu widzenia procesu formatywnego, wzorce te można rozumieć jako przejawy wewnętrznej decyzji organizmu dotyczącej lokowania, a co za tym idzie — przeżywania uczuć. W warunkach ostrej traumy tego rodzaju „decyzja” nie jest ani świadoma, ani związana z aktem woli. Psychiczne odrętwienie, będące wynikiem „oszołomienia”, które wystąpiło podczas trwania sytuacji urazowej i które było obroną organizmu przed wstrząsem wywołanym ogromem wszechogarniającej śmierci, stanowi także obronę przed opisanym powyżej lękiem i poczuciem winy. Nawet w intymnych związkach zdolność odczuwania zarówno emocjonalnego, jak fizycznego, wydaje się mocno ograniczona. Zamknięciu się w sobie mogą towarzyszyć różne objawy psychosomatyczne, takie jak zmęczenie, utrata apetytu, zaburzenia funkcjonowania układu pokarmowego, bóle oraz zaburzenia funkcji różnych organów. Ośpienie czy też unikanie odczuć może się również przejawiać w nadmiernej aktywności. Jedna z kobiet w Buffalo Creek powiedziała o swoim straconym mężu: „Cały czas pracuje, przemęcza się. Mówi, że jeśli usiadzie

- bezczylnie, to umrze”. Odrętwienie psychiczne jest blisko związane z obroną psychiczną przez zaprzeczanie („trudno uwierzyć, że to się zdarzyło”).
4. *Podejrzliwość, nieufność i nieukierunkowany gniew*. Ta kategoria dotyczy osłabienia kontaktów z ludźmi. Składa się na nią głównie konflikt pomiędzy — z jednej strony — potrzebą kontaktu, a z drugiej — ciągłym podejrzywaniem fałszu. Ponieważ tak wiele w życiu uratowanych osób zostało nagle zniszczone, mają one ogromną potrzebę miłości i wsparcia, a zarazem nie są w stanie uznać oferowanych im uczuć i opieki za autentyczne. Ocalały przeżywa uczucia słabości i potrzeby opieki jednocześnie z niechęcią z powodu oferowanej opieki jako przypomnienia swojej słabości. Choć część osób, np. w Buffalo Creek, była w stanie pomagać sobie wzajemnie po katastrofie, zdarzały się przypadki zerwania najbliższych więzi. Wzrósł tam również problem nieukierunkowanej złości. Często drażliwość okazywana jest pozostałym uratowanym osobom przybierając formy zawiści, zazdrości i urazy. Zjawisko takie, zdaniem Liftona, obserwowano po różnych kataklizmach i jest ono charakterystyczne dla osób, które czują się słabe i stały się ofiarami. Również deklaracje o chęci pomocy przyjmowane były z nieufnością — ponieważ albo stanowiły przypomnienie o słabości, albo uruchamiały tendencje osób uratowanych (przywiązanych do zmarłych) do postrzegania wszelkich przejawów energii czy witalności ze strony pozostałych powodzian jako zachowań nieodpowiednich i niemoralnych. Wiele osób opowiadało, że od czasu powodzi doświadczało gwałtownych impulsów złości wobec każdego, kto ich zirytował, oraz że trudności w opanowywaniu złości niezwykle wzrosły.
5. *Zadanie przeformułowania: transformacja i reanimacja*. „Być może jest to coś ze sposobu, w jaki żyjemy przez cały czas, ale w wypadku silnej traumy nastąpiło znaczące zerwanie linii życiowej, które na stale angażuje człowieka albo w naprawianie tamtej, albo znalezienie nowej. Tutaj dochodzimy do całościowego zadania ocalałego — sformułowania, stworzenia nowych wewnętrznych form, które obejmą traumatyczne zdarzenie, co z kolei wymaga znalezienia sensu lub znaczenia. Przeformułowanie oznacza ustalenie linii życia na nowej podstawie” (Lifton 1993, s. 20). W Hiroszimie ważne dla wielu ocalałych było zaangażowanie się w działalność w ruchach pokojowych. Jeżeli świat mógłby otrzymać istotny przekaz od mieszkańców Hiroszimy, a oni będą w tym pośredniczyć, wówczas to, co się stało ich udziałem, będzie miało szersze znaczenie. Bardziej typowe jest dążenie do witalności wokół bezpośredniej ciągłości biologicznej — tendencja wielu ocalałych do odtworzenia więzi rodzinnych i posiadania dzieci, a w ten sposób stworzenia biologicznych i biospołecznych sposobów uzyskania symbolicznej nieśmiertelności.

Literatura

- American Psychiatric Association (1980), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, (3rd ed.), [wyd.] Author, Washington DC.
- American Psychiatric Association (1994), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, (4th ed.), [wyd.] Author, Washington DC.
- Herman J.L. (1998), *Przemoc. Uraz psychiczny i powrót do równowagi*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.
- Lifton R.J. (1979), *The Broken Connection. On Death and the Continuity of Life*, Basic Books, New York.
- Lifton R.J. (1993), *From Hiroshima to the Nazi Doctors. The Evolution of Psychoformative Approaches to Understanding Traumatic Stress Syndromes*, w: J.P. Wilson, B. Raphael [red.], *International Handbook of Traumatic Stress Syndromes*, Plenum Press, New York, s. 11-22.
- Lifton R.J., Olson E. (1976/1987), *Ludzki wymiar kataklizmu. Wypadek w Buffalo Creek*, „Nowiny Psychologiczne”, nr 5, s. 86-108.
- Lis-Turlejska M. (1987), *Na marginesie artykułów H. Epstein i R.J. Liftona*, „Nowiny Psychologiczne”, nr 5, s. 108-111.
- Lis-Turlejska M. (1998), *Traumatyczny stres. Koncepcje i badania*, Instytut Psychologii PAN, Warszawa.
- Wilson J.P., Raphael B. (1993) [red.], *International Handbook of Traumatic Stress Syndromes*, Plenum Press, New York.

Psychological consequences of traumatic stress. The psychoformative theory of Robert J. Lifton

What kind of changes are produced in the mind and behavior of a man who has gone through extremely traumatic experiences? The question is addressed by Robert J. Lifton, who laid the foundation of the dynamically developing field of trauma research. In 1980 the American Psychiatric Association introduced a new diagnostic category (PTSD), and ever since the post-trauma stress has been a major subject of psychiatric research. The article discusses ten principles of the „psychoformative theory” of post-trauma stress. R.J. Lifton presents them in the context of the „life-and-death-paradigm”. He claims that stress can affect the deep structure of the ego, and produce such changes as a deep process of numbing, survivor guilt or split personality.