

UNIwersYTET ŁÓDZKI
WYDZIAŁ NAUK O WYCHOWANIU
INSTYTUT PSYCHOLOGII
ZAKŁAD PSYCHOLOGII ZDROWIA

mgr Magdalena Kobylarczyk-Kaczmarek

**Psychospołeczne uwarunkowania negatywnych
i pozytywnych skutków zdarzeń traumatycznych
doświadczonych przez młodzież**

**(Psychosocial determinants of negative and positive effects of
traumatic events experienced by adolescents)**

Rozprawa doktorska napisana pod kierunkiem:

prof. dr hab. Niny Ogińskiej-Bulik

Promotor pomocniczy:

dr Magdalena Zadworna

Spis treści

Streszczenie	4
Abstract	5
Wstęp	6
ROZDZIAŁ 1. Wprowadzenie	8
1.1. Trauma i jej konsekwencje	8
1.1.1. Definicje i klasyfikacje zdarzeń traumatycznych	8
1.1.2. Rozpowszechnienie i rodzaje zdarzeń traumatycznych	12
1.1.3. Negatywne skutki ekspozycji na traumę	20
1.1.3.1. Zespół stresu pourazowego – charakterystyka i klasyfikacje	21
1.1.3.2. Rozpowszechnienie i modele PTSD	25
1.1.3.3. Leczenie i zapobieganie PTSD	32
1.1.3.4. Inne zaburzenia potraumatyczne	34
1.1.4. Pozytywne następstwa ekspozycji na traumę	36
1.1.4.1. Potraumatyczny wzrost – charakterystyka zjawiska	37
1.1.4.2. Rozpowszechnienie i modele potraumatycznego wzrostu	38
1.1.4.3. Wspieranie wzrostu po traumie	50
1.1.5. Współwystępowanie negatywnych i pozytywnych następstw traumy ..	53
1.2. Doświadczenia zdarzeń traumatycznych przez dzieci i młodzież	57
1.2.1. Rozumienie i typy traumy u dzieci i młodzieży	57
1.2.2. Rozpowszechnienie i rodzaje doświadczanych zdarzeń traumatycznych u dzieci i młodzieży	64
1.2.3. Negatywne skutki ekspozycji na traumę u dzieci i młodzieży	71
1.2.3.1. Zespół stresu pourazowego	71
1.2.3.2. Rozpowszechnienie PTSD	76
1.2.3.3. Inne zaburzenia potraumatyczne	78
1.2.4. Pozytywne następstwa ekspozycji na traumę u dzieci i młodzieży	80
1.2.4.1. Potraumatyczny wzrost	80
1.2.4.2. Występowanie potraumatycznego wzrostu	82
1.2.4.3. Modele wzrostu po traumie	85
1.2.5. Współwystępowanie negatywnych i pozytywnych następstw traumy u dzieci i młodzieży	92
1.2.6. Zapobieganie PTSD i wspieranie wzrostu po traumie u dzieci i młodzieży	94
1.3. Uwarunkowania negatywnych i pozytywnych skutków doświadczonej traumy	101
1.3.1. Czynniki sytuacyjne	102
1.3.2. Czynniki podmiotowe	110
1.3.3. Cel i podstawy teoretyczne oraz model badań własnych	133
1.3.4. Pytania i hipotezy badawcze	135
ROZDZIAŁ 2. Metoda badań	137
2.1. Charakterystyka osób badanych i procedura prowadzonych badań	137
2.2. Narzędzie badawcze	139
2.2.1. Zrewidowana Skala Wpływu Zdarzeń dla Młodzieży (CRIES-13)	139

2.2.2. Kwestionariusz Osobowego Wzrostu (KOW-27)	139
2.2.3. Skala Pomiaru Prężności (SPP-18)	140
2.2.4. Skala Wsparcia Społecznego (SWS)	140
2.2.5. Inwentarz Ruminacji o Negatywnym Zdarzeniu (IRONZ)	141
2.2.6. Inwentarz Strategii Zaradczych (CRI-Y)	141
ROZDZIAŁ 3. Analiza wyników badań	143
3.1. Zastosowane metody analiz	143
3.2. Statystyki opisowe	144
3.3. Związki między zmiennymi	153
3.4. Mediacyjna rola ruminacji i strategii radzenia sobie w relacji między negatywnymi i pozytywnymi konsekwencjami ekspozycji na traumę	174
ROZDZIAŁ 4. Dyskusja wyników	180
Zakończenie	198
Bibliografia	200
Załącznik	235
Spis tabel:	242
Spis rycin:	243

Streszczenie

Doświadczanie sytuacji traumatycznych jest zjawiskiem powszechnym, również w grupie dzieci i młodzieży. Nastolatki są, podobnie jak osoby dorosłe, narażone na negatywne konsekwencje tych zdarzeń, w tym na zespół stresu pourazowego. Jednak badania pokazują, że mogą również doświadczać pozytywnych następstw, w postaci potraumatycznego wzrostu.

Celem podjętych badań było ustalenie psychospołecznych (uwzględniając prężność psychiczną, wsparcie społeczne, ruminacje i stosowane strategie zaradcze) uwarunkowań występowania objawów stresu pourazowego i potraumatycznego wzrostu w grupie młodzieży, która doświadczyła zdarzeń traumatycznych.

Badania miały charakter podłużny. W pierwszym etapie wzięło udział 280 badanych w wieku 12-17 lat, z których do analiz zakwalifikowano 242 osoby. Natomiast w drugim etapie przebadano 175 osób. Do analiz włączono 112 osób. Dobór osób badanych miał charakter celowy. Kryteriami doboru było doświadczenie jednego z czterech wydarzeń traumatycznych: diagnoza choroby nowotworowej, wypadek lub uraz, śmierć bliskiej osoby, doświadczenie krzywdy/przemocy. W badaniach wykorzystano 6 narzędzi pomiarowych: Zrewidowaną Skalę Wpływu Zdarzeń dla Dzieci i Młodzieży – CRIES-13, Kwestionariusz Osobowego Wzrostu – KOW-27, Skalę do Pomiaru Prężności u Młodzieży – SPP-18, Skalę Wsparcia Społecznego – SWS, Inwentarz Reakcji Zaradczych – CRI-48 oraz Inwentarz Ruminacji o Negatywnym Zdarzeniu – IRoNZ.

Uzyskane wyniki wykazały, że badana młodzież charakteryzuje się wysokim nasileniem PTSD i przeciętnym PTG. Po 6 miesiącach od pierwszego pomiaru nasilenie objawów PTSD znacząco zmniejszyło się, natomiast PTG wzrosło. Wśród czynników sprzyjających występowaniu PTSD należy wymienić przede wszystkim ruminowanie natrętne. Natomiast szczególnie istotnym czynnikiem sprzyjającym występowaniu PTG okazała się prężność psychiczna. Wsparcie społeczne oraz podejmowane strategie mają mniejsze znaczenie dla obydwu rodzajów konsekwencji ekspozycji na traumę.

W pracy z młodzieżą doświadczającą sytuacji traumatycznych warto wspierać młodych ludzi w rozwijaniu i kształtowaniu zasobów osobistych, w tym prężności psychicznej, a także zmianie ruminowania z natrętnego na refleksyjne.

Słowa kluczowe: zespół stresu pourazowego, potraumatyczny wzrost, prężność, wsparcie społeczne, ruminacje, strategie radzenia sobie, nastolatki

Abstract

Experiencing traumatic situations is a common phenomenon, also in the group of children and adolescents. Teenagers, just like adults, are exposed to the negative consequences of these events, including posttraumatic stress disorder. However, research shows that they can also experience positive consequences, such as posttraumatic growth.

The aim of the research was to determine the psychosocial (taking into account psychological resilience, social support, rumination and coping strategies) determinants of the occurrence of symptoms of post-traumatic stress and post-traumatic growth in the group of adolescents who experienced traumatic events.

The research was longitudinal. In the first stage, 280 respondents aged 12-17 years old participated, of which 242 were qualified for the analysis. On the other hand, 175 people were examined in the second stage. 112 people were included in the analyzes. The selection of the respondents was deliberate. The selection criteria were the experience of one of the four traumatic events: diagnosis of cancer, accident or trauma, death of a loved one, experience of harm / violence. The study used 6 measuring tools: Revised Event Impact Scale for Children and Youth - CRIES-13, Personal Growth Questionnaire - KOW-27, Scale for Measuring Youth Resilience - SPP-18, Social Support Scale - SWS, Inventory of Remedial Reactions - CRI -48 and the Inventory of Ruminations about a Negative Event - IRoNZ.

The results showed that the examined adolescents were characterized by a high intensity of PTSD and average of PTG. After 6 months from the first measurement, the intensity of PTSD symptoms decreased significantly, while PTG increased. Among the factors contributing to the occurrence of PTSD, intrusive ruminating should be mentioned first of all. On the other hand, mental resilience turned out to be a particularly important factor contributing to the occurrence of PTG. Social support and the coping strategies are of less importance for both types of consequences of exposure to trauma.

In working with young people experiencing traumatic situations, it is worth supporting them in developing and shaping their personal resources, including mental resilience, as well as changing the rumination from intrusive to deliberate.

Keywords: posttraumatic stress disorder, posttraumatic growth, resilience, social support, rumination, coping strategies, teenagers

Wstęp

Zadania, priorytety i funkcjonowanie ludzi zmieniają się w czasie i różnią się na każdym etapie życia. Narażenie na stresujące wydarzenia, ich następstwa i sposoby radzenia sobie ze stresem, są różne w zależności od wieku, wyzwań, słabych i mocnych cech jednostki na danym etapie rozwoju. Zmiany poziomu stresu i sposobów radzenia sobie z nim w biegu życia zależą od połączenia indywidualnych cech jednostki ze zmianami społeczno-kulturowymi i środowiskowymi.

Stres towarzyszy człowiekowi od zawsze, a co za tym idzie, jest częścią życia od narodzin aż do śmierci. Zazwyczaj używa się tego pojęcia w ujęciu destrukcyjnym, nieprzyjemnym. Większość prowadzonych badań koncentruje się na negatywnych aspektach stresu, takich jak pogorszenie sprawności funkcjonowania w różnych dziedzinach życia czy zaburzeniach w zakresie zdrowia, tak fizycznego, jak i psychicznego. Okazuje się jednak, że stres jest potrzebny człowiekowi i może służyć jako czynnik służący jego rozwojowi. Ważne jest więc, aby nauczyć się skutecznie sobie z nim radzić i wykorzystywać go do poprawy własnego funkcjonowania.

Szczególne zainteresowanie wśród badaczy, ale także praktyków, wzbudzają zdarzenia traumatyczne. Ich rozpowszechnienie na świecie jest bardzo duże. Jako przykład można podać aktualną sytuację – wojnę w Ukrainie czy pandemię COVID-19. Traumatyzacja doświadczają ludzie w każdym wieku, również dzieci i młodzież, ale niewiele jest badań przeprowadzonych w tej grupie wiekowej. A są one niezwykle ważne, ponieważ doświadczenie traumy w okresie dzieciństwa czy adolescencji może mieć destrukcyjny wpływ na funkcjonowanie człowieka także w dorosłości.

Sytuacje o charakterze traumatycznym są źródłem nie tylko negatywnych konsekwencji, ale mogą też być źródłem pozytywnych efektów dla funkcjonowania człowieka. W literaturze obserwuje się coraz więcej doniesień z badań uwzględniających dwie strony następstw doznanej traumy: negatywną, ujmowaną w postaci zespołu stresu pourazowego oraz pozytywną, wyrażaną w postaci potraumatycznego wzrostu. Dzięki temu obraz funkcjonowania osób, które doświadczyły wydarzenia traumatycznego, jest pełniejszy.

W literaturze przedmiotu analizowano wiele czynników, które mogą mieć znaczenie dla pojawiania się objawów zespołu stresu potraumatycznego i potraumatycznego wzrostu, ale głównie w odniesieniu do dorosłych. Wśród nich można wyróżnić uwarunkowania sytuacyjne oraz podmiotowe. Szczególną rolę w pojawianiu się objawów

stresu pourazowego czy potraumatycznego wzrostu przypisuje się prężności, wsparciu społecznemu, poznawczemu przetwarzaniu traumy, w tym ruminacjom, oraz podejmowanym strategiom zaradczym.

Rozprawa doktorska składa się z czterech rozdziałów, to jest Wprowadzenia, obejmującego część teoretyczną, Metody badań, Wyników oraz Dyskusji. Wprowadzenie obejmuje trzy podrozdziały. Pierwszy porusza ogólną tematykę traumy, w tym jej definicje i klasyfikacje, zarówno samych zdarzeń traumatycznych, jak i ich konsekwencji, w postaci objawów zespołu stresu pourazowego oraz potraumatycznego wzrostu, głównie w odniesieniu do osób dorosłych. Ta część jest ważna i uzasadniona ze względu na to, że jest wiele wspólnych elementów dotyczących traumy u dorosłych i dzieci/młodzieży. Dotyczy to między innymi modeli wyjaśniających mechanizmy stresu pourazowego i potraumatycznego wzrostu. Nie można więc było jej pominąć. Natomiast podrozdział drugi poświęcony jest problematyce traumy u dzieci i młodzieży. W kolejnym, trzecim podrozdziale opisano czynniki determinujące negatywne i pozytywne konsekwencje doświadczonej traumy. Na zakończenie tej części przedstawiony został cel badań, model badań własnych, a także pytania i hipotezy badawcze.

W rozdziale 2 – Metoda badań – opisano sposób operacjonalizacji zmiennych, organizację i przebieg badań oraz uczestników badania. Scharakteryzowano też zastosowane narzędzia badawcze.

Rozdział 3 prezentuje wyniki badań własnych, które pozwoliły na weryfikację sformułowanych hipotez badawczych. W Rozdziale 4 uzyskane wyniki poddano dyskusji. Przedstawiono również wnioski z badań, implikacje praktyczne, wskazano na ograniczenia pracy i kierunki dalszych badań. Dołączono także spis wykorzystanej w pracy literatury i załączniki, w których zawarto część wyników.

ROZDZIAŁ 1. Wprowadzenie

1.1. Trauma i jej konsekwencje

1.1.1. Definicje i klasyfikacje zdarzeń traumatycznych

Wśród sytuacji stresujących, pojawiających się w życiu człowieka, możemy wyróżnić trzy poziomy stresorów ze względu na ich nasilenie. Jako najsłabsze ujmuje się uciążliwości dnia codziennego, czyli drobne utrapienia pojawiające się na co dzień i dotyczące każdego człowieka. Do takich sytuacji możemy zaliczyć, np. presję czasu, brak możliwości odszukania potrzebnej rzeczy, drobne nieporozumienia międzyludzkie. Drugą kategorię stanowią kryzysy życiowe związane z dużymi zmianami życiowymi (stresory osobiste), jak np. ślub, rozwód, utrata pracy, narodziny dziecka. Ostatnia, trzecia kategoria obejmuje najsilniejsze stresory – wydarzenia ekstremalne czy traumatyczne (Ogińska-Bulik, 2013).

Słowo „trauma” pochodzi z języka greckiego i oznacza „ranę, przebijanie skóry, uszkodzanie powłoki cielesnej”. W słowniku języka polskiego trauma jest opisywana jako „uszkodzenie organizmu będące następstwem obrażenia ciała” lub „trwała zmiana w psychice spowodowana gwałtownym, przykrym przeżyciem” (Drabik i in., 2021). Rozumienie traumy jest odmiennie ujmowane przez różnych autorów i zmieniało się na przestrzeni lat. Warto podkreślić, że określenie „trauma” może być utożsamiane zarówno z samym zdarzeniem traumatycznym, jak i reakcją na tego typu zdarzenia. Łosiak podaje następującą definicję traumy: „uraz, zdarzenie będące źródłem silnego, negatywnego napięcia psychicznego, wywołujące silne negatywne emocje i trwałe ślad w psychice jednostki, będący w niektórych przypadkach przyczyną zaburzeń zachowania, określanych jako pourazowe” (2005, s. 292). Z kolei Zawadzki i Strelau traumę definiują jako „stan psychiczny lub fizyczny wywołany działaniem realnie zagrażających zdrowiu i życiu czynników zewnętrznych (przyroda, ludzie), prowadzący często do głębokich i długo utrzymujących się zmian w funkcjonowaniu człowieka, które wyrażają się w zaburzeniach somatycznych i psychicznych” (2008, s. 47). Lis-Turlejska (2009) postuluje, aby używać terminu „zdarzenie potencjalnie traumatyczne”, ponieważ ryzyko wystąpienia traumy zależy nie tylko od typu zdarzenia.

Definicja zdarzenia traumatycznego zmieniała się wraz z kolejnymi edycjami Diagnostycznego i Statystycznego Podręcznika Zaburzeń Psychiczych (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Health* - DSM). Po raz pierwszy pojęcie „zdarzenie traumatyczne” pojawiło się w 1980 roku w klasyfikacji DSM-III, wydawanej przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (*American Psychiatric Association* - APA) pod postacią „zaburzenie po stresie traumatycznym” (*Posttraumatic Stress Disorder* – PTSD) (APA, 1980). DSM-III sklasyfikowała traumę jako wydarzenie istniejące „poza zakresem zwykłego ludzkiego doświadczenia” (APA, 1980, s. 236) i dostarczyła uzasadnienia dla potencjalnych wszechobecnych i szkodliwych skutków tej ekspozycji. W zrewidowanej wersji DSM-III-R nie zaobserwowano zmian w tym zakresie (APA, 1987). Wraz z kolejnymi klasyfikacjami nastąpiły znaczące zmiany w aspekcie definiowania tego, co składa się na doświadczenie traumatyczne, jak i to, co charakteryzuje objawy zespołu stresu pourazowego.

Publikacje DSM-IV i DSM-IV-TR przyniosły znacznie obszerniejszą definicję traumy. W DSM-IV uznaje się, że o zdarzeniu traumatycznym można mówić wówczas, gdy „dana osoba doświadcza, jest świadkiem lub konfrontuje się z sytuacją, która obejmuje rzeczywistą śmierć lub zagrożenie śmiercią lub poważnym uszkodzeniem ciała własnego lub innych ludzi, jeżeli zarazem spowodowało to reakcję przerażenia, bezradności i zgrozy (...)” (APA, 1994, s. 427-428). W DSM-IV-TR trauma jest definiowana jako „bezpośrednie osobiste przeżycie zdarzenia, które wiąże się z rzeczywistą lub grożącą śmiercią lub poważnymi obrażeniami lub innym zagrożeniem integralności fizycznej osoby; lub bycie świadkiem zdarzenia, które pociąga za sobą śmierć, obrażenia lub zagrożenie integralności fizycznej innej osoby; lub dowiedzenie się o nieoczekiwanej lub gwałtownej śmierci, poważnej krzywdzie lub groźbie śmierci lub obrażeń, jakich doznał członek rodziny lub inny bliski współpracownik. Reakcja osoby na zdarzenie musi obejmować intensywny strach, bezradność lub przerażenie (lub u dzieci reakcja musi obejmować zachowanie zdeorganizowane lub wzburzone) (APA, 2000, s. 463).

W porównaniu z DSM-IV i DSM-IV-TR kryteria diagnostyczne DSM-5 (APA, 2013) bardziej szczegółowo określają traumatyczne zdarzenie. Zgodnie z sugestią autorów DSM-5 (2013) wśród okoliczności, które muszą się pojawić, aby zdarzenie uznać za traumatyczne, wyróżnia się:

1. Bezpośrednie doświadczenie wydarzenia urazowego

2. Bycie bezpośrednim świadkiem wydarzenia urazowego
3. Doświadczenie pośrednie, poprzez uzyskanie wiadomości, że bliski członek rodziny lub przyjaciel był narażony na uraz. Jeżeli wydarzenie urazowe obejmowało śmierć lub groźbę śmierci, to musiało mieć charakter gwałtowny lub charakter wypadku.
4. Wielokrotne lub ekstremalne narażenie na awersyjne szczegóły zdarzeń urazowych, zwykle w toku wykonywania czynności zawodowych (np. służby ratownicze).

Wyklucza się tutaj narażenie pośrednie w kontekście pozazawodowym (media elektroniczne, telewizja, filmy lub zdjęcia).

Wśród zdarzeń traumatycznych w DSM-5 (2013) pojawiają się takie, jak: narażenie na śmierć, narażenie na zagrożenie śmiercią, narażenie na poważne obrażenia lub zagrożenie takimi obrażeniami oraz narażenie na przemoc seksualną lub groźbę przemocy seksualnej.

W najnowszej klasyfikacji pojęcie traumy uwzględnione jest w aspekcie opisu PTSD oraz zespołu ostrego stresu (*Acute Stress Disorder* – ASD). Ponadto doprecyzowano definicję zdarzenia traumatycznego: „Osoba została narażona na śmierć, groźbę śmierci, groźbę poważnego urazu lub rzeczywistą lub groźącą przemoc seksualną w następujący sposób: narażenie bezpośrednio; przeżycie traumy; dowiedzenie się, że krewny lub bliski przyjaciel był narażony na traumę; pośrednie narażenie na awersyjne szczegóły traumy, zwykle w trakcie wykonywania obowiązków zawodowych” (APA, 2013, s.271) oraz przesunięto kryteria diagnostyczne PTSD i ASD z grupy zaburzeń lękowych do grupy zaburzeń związanych z urazem lub stresem. Warto zwrócić uwagę, że z DSM-5 usunięto kryterium subiektywnej reakcji emocjonalnej (strach, bezradność, przerażenie) na wydarzenie urazowe, które było obecne w poprzednim wydaniu podręcznika. Autorzy klasyfikacji tłumaczyli to tym, że stwierdzenie obecności tego kryterium sprawiało trudności ze względu na brak charakteru obiektywnego i mogło się opierać wyłącznie na subiektywnym doświadczeniu osoby narażonej na wydarzenia urazowe i indywidualnej zdolności do interpretacji odczuwanych emocji (APA, 2013; Steuden, Janowski, 2016).

Według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* – ICD), zdarzenie traumatyczne jest definiowane jako „ekspozycja na wyjątkowo zagrażający lub katastroficzny stresor krótko- lub długotrwały” (WHO, 1993, s. 129). Klasyfikacja ICD-10 opisuje dość szeroki zakres objawów, ale szczególną uwagę

zwraca na fakt, że zdarzenie musi być związane z poważnym zagrożeniem utraty życia. Może ono mieć charakter naturalny (np. trzęsienie ziemi, powódź) lub być spowodowane przez człowieka (wojna, wypadek drogowy, przemoc) (WHO, 1993). Zrewidowana wersja ICD-10 podaje następującą definicję traumy: „opóźniona lub przedłużona reakcja na wydarzenie czy sytuację stresową (krótko lub długotrwałą) o wyjątkowo zagrażającym lub katastroficznym charakterze, która mogłaby wywołać niezwykle ciężkie przeżycia nieomal u każdego (WHO, 2008, s. 228). Z kolei najnowsza klasyfikacja ICD-11 upraszcza nieco definicję zdarzenia traumatycznego, wskazując, że jest to „zdarzenie lub seria zdarzeń o wyjątkowo zagrażającej i przerażającej naturze, zwykle długotrwałych lub powtarzających się, od których ucieczka jest trudna lub niemożliwa (np. tortury, niewolnictwo, ludobójstwo, długotrwała przemoc domowa, powtarzające się wykorzystywanie seksualne lub fizyczne w dzieciństwie) (WHO, 2018a).

Ponadto w nowym wydaniu ICD-11 utworzono zupełnie nową kategorię – zaburzenia związane ze stresem. Autorzy klasyfikacji skupili się głównie na wyodrębnieniu symptomów dla zaburzenia po stresie traumatycznym oraz wyodrębniono dwa nowe zaburzenia: złożony zespół stresu pourazowego (*Complex Posttraumatic Stress Disorder* – CPTSD) oraz przedłużającą się żałobę. Nie sprecyzowano natomiast objawów po traumie charakterystycznych dla dzieci oraz nie uwzględniono aspektów związanych z rozwojem, a co za tym idzie, specyfiki reakcji na traumę (Izydorczyk i in., 2020).

W literaturze dotyczącej problematyki traumy istnieją dwa przeciwstawne nurty, które wymagają odwołania się do dwojakiego ujęcia – szerokiego i wąskiego. Pierwszy nurt to ujęcie szerokie, w którym jako traumę możemy uznać wszelkie urazy psychiczne występujące w życiu człowieka (wśród nich kryzysy, konflikty, zagrażające życiu choroby), które połączone są z ryzykiem wystąpienia emocjonalnych, poznawczych i społecznych zaburzeń. Takie ujęcie traumy jest zbliżone do pojęcia sytuacji stresowej (Krupnik, 2018). Na szerokie spektrum definiowania traumy zarówno w DSM, jak i ICD-10 zwraca uwagę także Borys (2004). W jego opinii obie klasyfikacje precyzują treść pojęcia, uzupełniając się w pewnym stopniu.

Drugi nurt traktuje traumę jako jakościowo odrębną, stosunkowo wąską kategorię, często związaną z zespołem stresu pourazowego. W tym przypadku traktujemy traumę w charakterze ciężkiego stresora, który powoduje narażenie na utratę życia lub poważne zranienie. Takie ujęcie wskazuje, że sytuacja traumatyczna wydarzyła się nagle i może

dotyczyć wielu osób równocześnie. Ponadto takie ujmowanie traury uwzględnia również sytuację, kiedy osoba była tylko świadkiem takiego zdarzenia (Krupnik, 2018; Steuden, Janowski, 2016). W niniejszej pracy przyjęto definiowanie sytuacji traumatycznej w ujęciu wąskim.

1.1.2. Rozpowszechnienie i rodzaje zdarzeń traumatycznych

Doświadczenie zdarzeń o charakterze traumatycznym jest zjawiskiem bardzo powszechnym. Według badań epidemiologicznych przeprowadzonych w różnych krajach 20-90% populacji doświadczyło co najmniej jednego takiego wydarzenia w swoim życiu (Perrin i in., 2014). Najwięcej badań w tym zakresie przeprowadzonych zostało w Stanach Zjednoczonych. Jedno z nich wskazuje, że ekspozycję na przynajmniej jedno zdarzenie traumatyczne relacjonuje ok. 56–90% badanych (Rosenman, 2002). Inne z kolei szacują, że od 30 do 80% Amerykanów było narażonych na jedno lub więcej traumatycznych zdarzeń (Breslau, 2009; Kessler i in., 2005). Wskaźniki rozpowszechnienia traury mogą być zróżnicowane ze względu na płeć i wynoszą odpowiednio 60,3% dla mężczyzn i 51,3% dla kobiet (Kessler i in., 1995, za: Steuden i Janowski, 2016). Analizy wielu różnych badań pozwalają na wyciąganie wniosków, iż następuje stały wzrost wskaźników rozpowszechnienia traumatycznych zdarzeń. Szacuje się, że w krajach zachodnich narażonych na traumę jest od 25% do 92% mężczyzn i od 18% do 87% kobiet (Breslau i in., 1998, za: Steuden i Janowski, 2016).

Benjet i in. (2015) na podstawie analizy 29 rodzajów traum w 24 krajach stwierdzili, że ponad 70% respondentów było narażonych na co najmniej jedno wydarzenie traumatyczne w swoim życiu. Natomiast 30,5% zgłosiło narażenie na cztery lub więcej tego typu wydarzeń. Połowa wszystkich ekspozycji była związana z byciem świadkiem śmierci lub poważnych obrażeń, nieoczekiwaną śmiercią bliskiej osoby, napadem, wypadkiem drogowym oraz chorobą lub urazem zagrażającym życiu. W innym badaniu obejmującym analizy z 16 krajów odnotowano podobny średni wskaźnik narażenia na traumę w ciągu życia, wynoszący 67% (Dückers i in., 2016). Dane z raportu Centrum Kontroli i Zapobiegania Chorobom w Stanach Zjednoczonych (*Centers for Disease Control and Prevention* – CDC) wskazują, że urazy niezamierzone i związane z przemocą, w tym samobójstwa, znalazły się w 2019 roku wśród 10 głównych przyczyn zgonów w USA we wszystkich grupach wiekowych i spowodowały prawie 27 milionów wizyt na oddziale ratunkowym bez skutku śmiertelnego (Peterson i in., 2021).

Nieliczne badania przeprowadzone na polskiej populacji wskazują, że rozpowszechnienie zdarzeń traumatycznych jest również wysokie. Badania Lis-Turlejskiej (2008) dostarczyły danych, z których wynika, że 75,6% respondentów zgłosiło chociaż jedno takie zdarzenie w ciągu swojego życia. Kolejne analizy tej samej autorki wskazują, że nawet 90% Polaków doświadczyło traumy (Lis-Turlejska, 2009). Biorąc pod uwagę aktualną sytuację na świecie związaną z pandemią COVID czy wojną w Ukrainie, stwierdzenie o powszechności wydarzeń traumatycznych jest jak najbardziej uzasadnione.

Wśród zdarzeń traumatycznych najczęściej doświadczanych przez ludzi i analizowanych przez badaczy możemy wyróżnić:

A) Przemoc (fizyczna, psychiczna, seksualna, w tym gwałt).

Centra Kontroli i Zapobiegania Chorobom (CDC, 2013) definiują przemoc ze strony partnerów intymnych jako rzeczywistą przemoc fizyczną, seksualną, psychologiczną lub jej zagrożenie albo prześladowanie ze strony obecnych lub byłych partnerów intymnych (zarówno tej samej płci, jak i płci przeciwnej). Te różne formy przemocy intymnej mają tendencję do współwystępowania. Badania epidemiologiczne ujawniają, że nawet 12 milionów osób jest narażonych na ten rodzaj przemocy każdego roku (CDC, 2013). Kobiety doświadczają jej alarmująco częściej niż mężczyźni i ponoszą znacznie większe negatywne konsekwencje.

Krajowe badanie dotyczące przemocy wobec kobiet (*National Violence Against Women Survey – NVAWS*) przeprowadzone w Stanach Zjednoczonych ujawniło, że około 20% ankietowanych kobiet (1 na 5 kobiet) zgłosiło historię napaści fizycznej w swoim życiu ze strony ich obecnego lub byłego partnera, w porównaniu z zaledwie 7% mężczyzn (Tjaden i Thoennes, 2000). Co więcej, kobiety zgłaszały większe prawdopodobieństwo bycia zgwałconym i nękanym przez bliskich partnerów w ich życiu niż mężczyźni (odpowiednio 4,5% w porównaniu z 0,2% i 4,1% w porównaniu z 0,5% (Tjaden i Thoennes, 2000). Krajowa ankieta na temat ofiar przestępstw w amerykańskiej populacji (*National Crime Victimization Survey - NCVS*; Rennison i Welchans, 2000) ujawniła podobne wyniki: kobiety zgłaszały wiktymizację przez partnera intymnego pięciokrotnie częściej niż mężczyźni i były bardziej narażone na obrażenia w wyniku wiktymizacji (50% w porównaniu z 32%). Nowsze badanie przeprowadzone przez CDC, czyli krajowe badanie dotyczące partnerów intymnych i przemocy seksualnej (*National Intimate Partner and Sexual Violence Survey - NISVS*; Black i in., 2011), podkreśliło

wszechobecność przemocy w związkach intymnych, gdzie 1 na 4 kobiety i 1 na 7 mężczyzn zgłaszało kontakt z ostrą przemocą fizyczną. Chociaż badania pokazują, że mężczyźni i kobiety w równym stopniu dopuszczają się przemocy intymnej (Ehrensaft i in., 2004; Finkel i Eckhardt, 2011), częstotliwość, czas trwania i ponoszone konsekwencje są znacznie większe w przypadku kobiet niż mężczyzn. Przy czym kobiety doświadczają więcej zagrożeń dla życia, zgłaszają większy strach przed uszkodzeniem ciała i zmagają się z większymi konsekwencjami fizycznymi i psychologicznymi – w tym urazami wymagającymi leczenia i koniecznością opieki w zakresie zdrowia psychicznego – w wyniku narażenia na przemoc (Breiding i in., 2008; Rennison i Welchans, 2000). W 2007 r. zabójstwo związane z przemocą było przyczyną 2340 zgonów, z czego kobiety stanowiły 64% przypadków śmierci (Breiding i in., 2008).

W populacji polskiej w roku 2014 ogólna liczba ofiar przemocy wynosiła 105 332, w tym 72 786 kobiet. Z danych Centrum Badań Opinii Społecznej wynika, że co dziewiąty respondent żyjący w stałym związku (11%) zadeklarował, że doświadczył przemocy domowej (5% przyznaje, że w ich przypadku takie zdarzenia miały miejsce co najmniej kilka razy) (Ogińska-Bulik, 2016a). W Polsce w 2018 r. na 88 tys. zgłoszonych ofiar przemocy w rodzinie około 65 tys. (73,8%) dotyczyło kobiet: na co wskazują numery Niebieskiej Karty wydawanej przez Policję w odpowiedzi na przemoc domową (Ogińska-Bulik, Michalska, 2021).

Ze zgromadzonych przez polską Policję danych wynika, że w 2020 r. nastąpił spadek liczby przypadków przemocy w rodzinie. Odnotowano 164 065 sytuacji, dotyczących poszczególnych rodzajów przemocy, co w odniesieniu do 2019 r. dało spadek o 2 037 przypadków, natomiast w stosunku do 2018 r. wzrost o 4 768 sytuacji. W 2020 r. odnotowano 57 760 przypadków przemocy fizycznej, 81 344 psychicznej, 1 163 seksualnej, 1 813 ekonomicznej oraz 21 985 przypadki innego rodzaju przemocy. Podobnie jak w latach ubiegłych analiza danych statystycznych wskazuje, że najczęstszym rodzajem stosowanej przemocy w rodzinie jest przemoc psychiczna, która stanowi 49,58% ogólnej liczby przypadków przemocy w rodzinie, zaś na drugim miejscu pozostaje przemoc fizyczna (35,20%) (Niebieska Karta, 2020).

Wśród rodzajów przemocy, jednym z najpoważniejszych i zarazem niosących najwięcej negatywnych skutków, jest gwałt. Jego definicja zmieniała się przez lata i może różnić się w zależności od autora. Ogólnie definiuje się go jako każdą kompletną penetrację seksualną, która jest popełniona z użyciem gróźb, przymusu lub siły fizycznej,

lub gdy osoba zaangażowana nie jest w stanie wyrazić zgody z powodu fizycznej lub psychicznej niepełnosprawności (Briere i Scott, 2012). Na przykład, jeśli ktoś jest nieprzytomny, upośledzony fizycznie bądź psychicznie z powodu alkoholu lub narkotyków albo ma ograniczenia poznawcze, uznaje się, że ta osoba jest niezdolna do wyrażenia zgody. Badanie przeprowadzone wśród dorosłych na populacji amerykańskiej dotyczące intymnych partnerów i przemocy seksualnej (*The National Intimate Partner and Sexual Violence Survey – NISVS*) szacuje, że około 1 na 5 kobiet (18%) i 1 na 71 mężczyzn (1%) doświadczyło gwałtu (Black i in., 2011). Co więcej, w ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie NISVS 1,3 miliona kobiet zgłosiło, że doznało gwałtu lub napaści na tle seksualnym.

Centra Kontroli i Zapobiegania Chorobom w Stanach Zjednoczonych (*Centers for Disease Control and Prevention – CDC*, 2013) posługują się szerszym terminem przemocy seksualnej, który obejmuje dokonany gwałt, usiłowanie gwałtu, niechciany kontakt seksualny i molestowanie seksualne. Narażenie na gwałt lub przemoc seksualną wiąże się z różnymi krótko- i długoterminowymi konsekwencjami psychologicznymi i fizycznymi, w tym niezamierzonymi ciążami, infekcjami przenoszonymi drogą płciową, depresją i zespołem stresu pourazowego (Jordan i in., 2010). Analiza przeprowadzona w 2013 r. przez Światową Organizację Zdrowia (*World Health Organisation - WHO*) wykazała, że 1 na 3 (35%) kobiety na całym świecie doświadczyła w swoim życiu przemocy fizycznej i/lub seksualnej. Wskaźnik przemocy wobec kobiet w różnych częściach świata na podstawie klasyfikacji regionów Światowej Organizacji Zdrowia przedstawia się następująco: kraje wschodniośrodkowoziemnomorskie (37%), kraje afrykańskie (36,3%), kraje amerykańskie (29,8%), kraje europejskie (25,4%), Zachodniego Pacyfiku (24,6%) i innych krajów o wysokim dochodzie (23,2%) (WHO, 2013a). W badaniu Hedjazi i in. (2022) 58,8% kobiet zgłosiło zgwałcenie przez jedną osobę, 19,1% przez dwie osoby, a 22% przez trzech lub więcej sprawców. Także Lewis (2022) wskazuje na częste doświadczanie gwałtów wśród kobiet z Kongo – to kraj, w którym „sześćdziesiąt procent badanych ofiar zostało zgwałconych zbiorowo przez uzbrojonych mężczyzn”, kraj, w którym „cztery na pięć kobiet szukających opieki w ośrodkach zdrowia twierdzi, że zostały zgwałcone przez mężczyzn w mundurach” (Lewis, 2022, s.56).

Raporty sugerują, że generalnie kobiety w Polsce doświadczają przemocy (dotyczy to każdego rodzaju przemocy) częściej niż mężczyźni (Borkowska i Platek, 2011).

Według raportów policyjnych każdego roku składanych jest około 2000 zarzutów o gwałt. Jednak według instytucji pozarządowych może to stanowić tylko 8% wszystkich gwałtów, ponieważ większość ofiar nie składa na policji zgłoszeń przestępstw (Borkowska i Platek, 2011). Według międzynarodowego porównania statystyk przestępczości publikowanych przez Biuro Narodów Zjednoczonych ds. Narkotyków i Przestępczości (*United Nations Office on Drugs and Crime - UNODC*, 2015), wskaźnik napaści na tle seksualnym w Polsce jest niższy niż w niektórych innych krajach Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (*Organization for Economic Cooperation and Development - OECD*). W Polsce na policję zgłasza się średnio 4 przypadki gwałtów na 100 000 mieszkańców, w porównaniu z 28,6 w Stanach Zjednoczonych, 16,2 we Francji czy 8,9 w Niemczech (Kucharska, 2015).

B) Wypadki komunikacyjne

Wypadek komunikacyjny jest zdarzeniem, które może zmienić życie człowieka. Traumę mogą odczuwać nie tylko uczestnicy wypadku, ale także świadkowie czy najbliższa rodzina ofiar. Wypadek samochodowy, nawet jeśli nie spowodował uszkodzeń fizycznych, może skutkować konsekwencjami w funkcjonowaniu psychicznym ofiary. Wypadki samochodowe są jedną z najczęstszych przyczyn stresu traumatycznego. W 2011 roku blisko 1,5 miliona osób zostało rannych w wypadkach (*National Highway Traffic Safety Administration*, 2013). Mężczyźni częściej zgłaszają ekspozycję na tego typu zdarzenia niż kobiety (odpowiednio 35% w porównaniu z 15%; Buckley, 2013). Często te wypadki prowadzą do znacznego przewlekłego bólu, niepełnosprawności, a nawet śmierci. Istotnymi predyktorami psychologicznego cierpienia po wypadkach są m.in. ilość doznanych obrażeń fizycznych, wskaźnik powrotu do zdrowia po wypadku i poziom wsparcia społecznego (Buckley, 2013).

W Polsce co czwarty zgon spowodowany przyczynami zewnętrznymi ma miejsce z powodu wypadku drogowego; łączna liczba jest trzykrotnie wyższa niż współczynnik umieralności w krajach Europy Zachodniej (WHO, 2015).

Kolizja w ruchu drogowym jest głównym globalnym obciążeniem finansowym dla społeczeństwa, z 1,35 miliona zgonów i 50 milionami obrażeń innych niż śmiertelne rocznie (WHO, 2018b). W Zjednoczonych Emiratach Arabskich wypadki stanowią siódmą przyczynę śmierci, powodując około 8,9 zgonów na 100 000 mieszkańców, czyli więcej niż w innych krajach o wysokim dochodzie (WHO, 2020a, b).

C) Zagrożająca życiu choroba

Choroby zagrożające życiu są chorobami zazwyczaj przewlekłymi, zwykle nieuleczalnymi, których skutkiem jest znaczne ograniczenie oczekiwanej długości życia człowieka. Należą do nich rak, cukrzyca, schorzenia neurologiczne, choroba wieńcowa i HIV/AIDS. Diagnoza takiej jednostki chorobowej stanowi dla człowieka potencjalnie traumatyzujący czynnik. Rozpoznanie zagrożającej życiu choroby medycznej, takiej jak złośliwy nowotwór piersi czy płuc, lub uzyskanie informacji, że członek rodziny cierpi na chorobę zagrożającą życiu, może również być źródłem stresu pourazowego. Jedno z badań wykazało, że 23% z 1139 kobiet, u których w krótkim czasie przed przeprowadzonym badaniem zdiagnozowano raka piersi, zgłaszało objawy PTSD (Vin-Raviv i in., 2013). Kobiety czarne i Azjatki były bardziej narażone na wystąpienie objawów PTSD w odpowiedzi na diagnozę raka niż kobiety rasy białej. Doświadczenie postawienia diagnozy, rozpoczęcie leczenia z powodu swojej choroby, obawa przed skutkami ubocznymi leczenia, obawa przed nawrotem choroby może przyczynić się do rozwoju znacznego stresu psychicznego. Choroby nowotworowe zarówno w Polsce, jak i na świecie występują niezależnie od wieku, rasy czy płci. W ciągu ostatnich 40 lat liczba nowych zachorowań oraz zgonów z ich powodu gwałtownie wzrosła (Didkowska, 2011).

D) Katastrofy naturalne i spowodowane przez ludzi

Katastrofy to traumatyczne wydarzenia na dużą skalę, często nazywane „traumą masową”, których doświadcza wspólnie wiele osób. Mogą one cierpieć z powodu doznanych bezpośrednio lub pośrednio sytuacji, takich jak krzywda fizyczna, utrata bliskiej osoby, zniszczenie mienia osobistego i społecznego, wyczerpywanie się zasobów społecznych i identyfikacja z osobami najbardziej dotkniętymi traumą. Spektrum konsekwencji związanych z katastrofami jest rozległe i obejmuje aspekty osobiste, społeczne i ekonomiczne. Co więcej, psychologiczne konsekwencje w następstwie katastrof są zmienne i zależą od kombinacji indywidualnych cech, zasięgu i dotkliwości narażenia na katastrofę oraz poziomu zasobów społecznych po katastrofie (Arnberg i in., 2013; Neria i in., 2008; Norris, 2006). Ponieważ klęski żywiołowe są nieprzewidywalne, często badaczom trudno jest szybko wejść w teren, aby ocenić bezpośrednie konsekwencje i długotrwały przebieg naprawy (Neria i in., 2008; Norris, 2006). Katastrofy mogą być kategoryzowane na kilka sposobów: (1) katastrofy spowodowane przez człowieka, takie jak ataki terrorystyczne na Nowy Jork i Waszyngton z 11 września

2001 r. lub zamach bombowy na Oklahoma City w 1995 r., (2) katastrofy technologiczne, takie jak wyciek ropy z tankowca Exxon Val-dez w 1989 r. u wybrzeży Alaski lub awaria elektrowni jądrowej w Czarnobylu w 1985 r. na Ukrainie oraz (3) klęski żywiołowe, takie jak tsunami w Azji z 2004 r. i huragan Katrina w 2005 r. w Stanach Zjednoczonych (Neria i in., 2008). Katastrofy są również klasyfikowane ze względu na skalę, tj. takie, które dotyczą setki ludzi, jak i takie, które mogą dotknąć cały naród, oraz ze względu na skutki, uwzględniając psychologiczny i fizyczny wpływ na osoby bezpośrednio i pośrednio nimi dotknięte (Neria i in., 2008).

Klęski żywiołowe zabijają średnio 45 000 ludzi rocznie na całym świecie. Odpowiedzialne były za 0,1% zgonów w ciągu ostatniej dekady (od 0,01% do 0,4%). W ciągu ostatniego stulecia liczba zgonów spowodowanych klęskami żywiołowymi uległa znacznemu zmniejszeniu – w niektórych latach z milionów zgonów rocznie do średnio 60 000 w ciągu ostatniej dekady. W przeszłości susze i powodzie były najbardziej śmiertelnymi katastrofami. Liczba zgonów w wyniku tych wydarzeń jest obecnie bardzo niska – najbardziej śmiertelnościami zdarzeniami są dziś trzęsienia ziemi. Klęski żywiołowe najbardziej dotyczą osoby żyjące w ubóstwie: wysoka liczba ofiar śmiertelnych koncentruje się zazwyczaj w krajach o niskich i średnich dochodach, które nie mają infrastruktury umożliwiającej ochronę i reagowanie na zdarzenia (Ritchie i Roser, 2014). W 2021 roku na całym świecie miało miejsce łącznie 401 klęsek żywiołowych. Region Azji i Pacyfiku doświadczył największej liczby klęsek żywiołowych, najprawdopodobniej ze względu na jego rozmiar i podatność.

E) Wojna i tortury

Jednym z silniejszych doświadczeń w życiu człowieka jest wojna. Widok śmierci, krwi, przemocy, a także bezsilność i strach są zdarzeniami, z którymi trudno sobie poradzić. Nieustanny lęk o życie swoje i najbliższych wywołuje traumę nawet u osób zawodowo związanych z wojskiem i często uczestniczących w działaniach wojennych. U takich ludzi najczęściej pojawia się zespół stresu pourazowego, któremu towarzyszą niepokojące myśli, koszmary senne, złość, strach, smutek i agresja. Osoby gwałtownie reagują na różne dźwięki, które przypominają działania militarne. W ostatnim czasie wiele osób doświadczyło negatywnych przeżyć związanych z wojną w Ukrainie.

Żołnierze zaangażowani w wojny i misje wojskowe są narażeni na wiele stresorów, w tym traumatycznych. Badania z udziałem żołnierzy amerykańskich służących w

kampaniach w Iraku i Afganistanie pokazują, że najczęstszymi zdarzeniami traumatycznymi są: atak, postrzelenie, zasadzka, zastrzelenie kogoś, pociągnięcie do odpowiedzialności o śmierci innej osoby, zobaczenie jej zwłok lub narządów, zranienie (Hoge i in., 2004). Ważne jest również, aby pamiętać, że takie sytuacje mogą prowadzić do wielu urazów psychicznych.

Polscy żołnierze uczestniczyli w wielu misjach pokojowych w Iraku i Afganistanie. Do ich obowiązków należało, m.in. utrzymywanie porządku na najważniejszych liniach komunikacyjnych, poszukiwanie broni i materiałów wybuchowych oraz ukrywających się buntowników. Wykonywanie tego typu zadań w wielu przypadkach wiązało się z narażeniem żołnierza na zagrożenie jego zdrowia lub życia, co zwiększało prawdopodobieństwo wystąpienia różnego rodzaju zaburzeń, w tym zaburzeń zdrowia psychicznego. Z dostępnych danych wynika, że 3 na 1000 żołnierzy Sił Zbrojnych RP biorących udział w misjach pokojowych było ewakuowanych z powodu zaburzeń psychicznych (Ogińska-Bulik, 2016b).

Trauma bojowa odnosi się do bezpośredniego lub pośredniego narażenia na skrajnie stresujące wydarzenia w strefie działań wojennych i obejmuje sytuacje, takie jak doznanie poważnych obrażeń, bycie świadkiem poważnych obrażeń lub śmierci przyjaciela, nieprzyjacielski ogień oraz narażenie na ataki rakietowe, bomby. W sytuacjach bojowych zagrożenie niebezpieczeństwem i śmiercią jest często stałe, przez co członkowie służby są w ciągłym stanie pogotowia. Mogą oni również być zmuszeni do ranienia lub zabijania wrogich bojowników lub cywilów i często są świadkami brutalności wobec zatrzymanych. Przebywanie poza domem przez dłuższy czas dodaje kolejną warstwę stresu (Tanielian, 2009). Chociaż u znacznej części weteranów nie występuje zespół stresu pourazowego, to jednak odczuwają oni silny stres psychiczny. Jego zakres i nasilenie zależą od czynników przed, w okresie około- i po wdrożeniu diagnostyki i leczenia, takich jak historia traumy w dzieciństwie, intensywność i czas trwania narażenia na walkę oraz czynniki wojskowe, rodzinne i społeczne oraz wsparcie polityczne w powrocie do domu (Richardson i in., 2010).

Narażenie cywilów na konflikty zbrojne, traumy wojenne i tortury występuje na dużą skalę na całym świecie. W ciągu ostatnich 60 lat miało miejsce 200 udokumentowanych konfliktów cywilnych lub wojen, podczas których doszło do poważnych naruszeń praw człowieka (Johnson i Thompson, 2008; Kienzler, 2008). Cywile, którzy są narażeni na wojnę, często doświadczają wielu skumulowanych urazów, w tym tortury, definiowane

jako każdy akt psychiczny lub fizyczny, który celowo zadaje dotkliwy ból lub cierpienie w celu uzyskania informacji, przyznania się lub ukarania za domniemane wykroczenie (Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych, 1984). Steel i in. (2009) przeprowadzili systematyczny przegląd i metaanalizę badań związanych z torturami i stwierdzili, że 21% uczestników zgłosiło osobiste doświadczenia tortur.

Oprócz bezpośrednich doświadczeń wojennych, takich jak narażenie na napaść fizyczną, brutalne zabójstwa, masakry, tortury, niszczenie mienia osobistego oraz utrata lub zaginięcie bliskich, populacje narażone na urazy wojenne muszą również stawić czoła dodatkowym stresorom, takim jak wysiedlenie do obozów dla uchodźców, utraty sieci społecznych i narażenia na skrajne ubóstwo i złe warunki życia, które potęguje dodatkowo głębokie psychologiczne i fizyczne skutki traumy wojennej (Miller i Rasmussen, 2010).

Raport ONZ Agencji ds. Uchodźców z 2020 roku (*United Nations Refugee Agency – UNRA*, 2020) wskazuje, że 82,4 mln ludzi na całym świecie zostało przymusowo przesiedlonych. Wśród nich jest prawie 26,4 mln uchodźców, z których około połowa ma mniej niż 18 lat. Biorąc pod uwagę aktualną sytuację wojny na Ukrainie, jak podaje ONZ, kraj ten od początku wojny opuściło już ponad 5,264 mln osób, z czego znaczna ich część osiedliła się w Polsce (*United Nations High Commissioner for Refugees – UNHCR*, 2022).

1.1.3. Negatywne skutki ekspozycji na traumę

Niektóre doświadczenia urazowe znacząco przeciążają zdolności zaradcze jednostki. W ten sposób mogą przyczyniać się do różnego rodzaju negatywnych konsekwencji, m. in. w postaci natłoku negatywnych myśli, kołatania serca, problemów ze snem, a w niektórych przypadkach prowadzić do rozwoju objawów zespołu stresu pourazowego. Urazy przeciążają pracę mózgu, upośledzając zdolność zapamiętywania i przetwarzania doświadczeń. W ekstremalnym stresie ludzie mogą czuć się oderwani od rzeczywistości, a co za tym idzie – wspomnienia ekstremalnego stresu również będą niekompletne. Okoliczności związane z traumą mogą być zbyt przerażające, aby jednostka je nazwała, zrozumiała i zareagowała we właściwy sposób, ponieważ wychodzą poza znane wzorce życia codziennego. Wśród negatywnych konsekwencji, jakie mogą się pojawić po ekspozycji na zdarzenie traumatyczne, najlepiej poznaną i opisaną w wielu publikacjach jest zespół stresu potraumatycznego (*Posttraumatic Stress Disorder – PTSD*).

1.1.3.1. Zespół stresu pourazowego – charakterystyka i klasyfikacje

Po raz pierwszy PTSD zostało opisane w 1980 roku w DSM i uzyskało status odrębnej diagnozy wchodzącej do kategorii zaburzeń lękowych. Pojawiła się również definicja zdarzenia traumatycznego, która zmieniała się wraz z kolejnymi wersjami DSM, chociaż pozostałe kryteria rozpoznania pozostawały bez zmian, aż do ostatniej edycji – DSM-5 (APA, 1980; APA, 2013).

Diagnoza zespołu stresu pourazowego, która pojawiła się w DSM-III, składała się z trzech zasadniczych elementów: definicji traumatycznego stresora, opisu poszczególnych objawów, które były prawdopodobnymi skutkami działania stresora, oraz podziału urazów na ostre i przewlekłe. Kryterium stresora wymagało „istnienia rozpoznawalnego stresora, który wywołałby znaczące objawy dystresu u prawie każdego” (APA, 1980, s. 238). Określono, że kwalifikujące się urazy są „poza zakresem zwykłych ludzkich doświadczeń” (APA, 1980, s. 237), obejmując poważne stresory, takie jak walka wojskowa, gwałt, napaść oraz klęski żywiołowe lub katastrofy spowodowane przez człowieka. Zatem diagnoza PTSD zapewniła ujednolicone ramy dla wszelkiego rodzaju ciężkich urazów, dając „uzasadnienie faktowi, że ofiary gwałtu, napaści, walki wojskowej, katastrof lotniczych, pożarów, powodzi, bombardowań i tortur mogą doznać urazu psychicznego z objawami, które są wyniszczające i zmieniają życie i nie należy temu zaprzeczać” (APA, 1980, s. 238).

Kryteria objawowe diagnozy wymagały spełnienia kilku warunków. Pierwsze z nich obejmowało, aby uraz był ponownie doświadczany poprzez natrętne wspomnienia, nawracające sny lub uczucia ponownego wystąpienia. Po drugie, do rozpoznania wymagane było występowanie odrętwienia z powodu zmniejszonego zainteresowania czynnościami, oderwania od innych lub ograniczonego afektu. Ponadto, aby zdiagnozować PTSD konieczne były co najmniej dwa objawy: nadmierna czujność, zaburzenia snu, poczucie winy ocalałego, kłopoty z koncentracją, unikanie wspomnień o traumatycznym wydarzeniu oraz nasilenie objawów po takich wspomnieniach. Trzeci element diagnozy obejmował objawy, które mogą wystąpić natychmiast lub wkrótce po urazie. Nie jest jednak niczym niezwykłym, że symptomy pojawiają się po upływie miesięcy lub lat po urazie. Wyróżniono ponadto ostry i przewlekły zespół stresu pourazowego. Ostry zespół PTSD obejmował objawy, które pojawiły się w ciągu sześciu miesięcy od urazu i zniknęły w tym czasie. Przewlekły zespół stresu pourazowego to

zaburzenie, które albo utrzymywało się dłużej niż sześć miesięcy, albo pojawiło się po upływie sześciu miesięcy od urazu. Ten aspekt zespołu stresu pourazowego był odpowiedzią na potrzebę diagnozy weteranów, która zakładała, że objawy nie muszą pojawiać się podczas wojennej traumy lub wkrótce po niej, ale mogą ujawnić się znacznie później (APA, 1980; Horwitz, 2018).

Zmiany w kryteriach rozpoznawania zespołu stresu pourazowego, które można znaleźć w podręcznikach diagnostycznych i statystycznych od czasu DSM-III (APA, 1980) odzwierciedlały ewolucję rozumienia zjawiska traumy. Autorzy DSM-III-R (APA, 1987) rozszerzyli kryteria symptomów, włączając zarówno zapomniane, jak i natrętne wspomnienia.

Klasyfikacja DSM-IV (APA, 1994) przyniosła jednak znaczne poszerzenie diagnozy PTSD. Wstępne kryteria DSM-III skupiały się na ekstremalnych urazach, które były „poza zakresem normalnego ludzkiego doświadczenia” (APA, 1980, s. 237); aby się zakwalifikować, takie urazy musiały „wywoływać cierpienie prawie u każdego” (APA, 1980, s. 238). Zmieniony standard w DSM-IV obejmował wszystkie przypadki, które uchwyciła wcześniejsza definicja, ale dodał wiele innych doświadczeń, stwierdzając, że „osoba doświadczyła, była świadkiem lub została skonfrontowana ze zdarzeniami, które pociągały za sobą rzeczywiste, grożące śmiercią lub poważnymi obrażeniami zagrożenie dla fizycznej integralności siebie lub innych” oraz że „reakcja osoby obejmowała intensywny strach, bezradność lub przerażenie” (APA, 1994, s. 40). Zmiany te ogromnie poszerzyły granice wydarzeń traumatycznych, obejmując nie tylko osoby bezpośrednio narażone na jakąś traumę, ale także świadków, a nawet tych „skonfrontowanych” z informacjami, takimi jak trauma ujawniająca się w środkach masowego przekazu. W szczególności kryterium „konfrontacji” rozszerzyło pojęcie narażenia w tak szeroki sposób, że osoby, które nawet nie uczestniczyły w zdarzeniu traumatycznym, mogły potencjalnie spełnić kryteria diagnostyczne. Na przykład ktoś, kto dowiedział się o nagłej i nieoczekiwanej śmierci bliskiego krewnego lub o śmierci przyjaciela z przyczyn naturalnych, spełniał nowe kryterium stresu. Nawet ludzie, oglądający w telewizji katastrofę, która wydarzyła się tysiące mil od ich miejsca pobytu, mogli potencjalnie zostać zdiagnozowani jako osoby z zespołem stresu pourazowego (APA, 1987, 1994; Horwitz, 2018).

Klasyfikacja DSM-IV zmieniła charakter narażenia traumatycznego również w inny sposób. Wymóg, by reakcja osoby zawierała „strach, bezradność lub przerażenie”,

przesunęła kryteria definicyjne z natury stresora na doświadczenie ofiary. Indywidualne właściwości jednostki jak temperament, osobowość i reaktywność były uwzględnione w definiowaniu wydarzenia jako traumatyczne. Uzupełnienie to wprowadziło element subiektywny w charakter samego stresora, ponieważ tylko ujawniające określoną reakcję emocjonalną na stresor, uważane były za osoby, które doświadczyły zdarzenia traumatycznego. W ten sposób DSM-IV rozszerzył definicję traumy zarówno w celu uwzględnienia dużej heterogeniczności zdarzeń, jak i umiejscowienia natury traumy zarówno w jednostce, jak i w środowisku (APA, 1987, 1994; Horwitz, 2018).

Różne wydania podręczników DSM, zwłaszcza DSM-III-R i DSM-IV, poszerzały diagnozę PTSD od jej nakreślonego pochodzenia w warunkach weteranów bojowych i niewielkiej liczby innych strauumatyzowanych grup, obejmując praktycznie całą populację. Rozmyte kryterium stresora pomogło w stworzeniu szerokiego wachlarza patologii, które wykraczały daleko poza wcześniejsze koncepcje PTSD. Autorzy klasyfikacji DSM utorowali również drogę do pogodzenia punktów widzenia, które w przeszłości podkreślały ekspozycję lub podatność jako przyczyny rozwoju PTSD (Hrowitz, 2018).

Najnowsza wersja podręcznika, DSM-5 (APA, 2013), w większości zachowała kryteria diagnostyczne PTSD. Zaostrzony został najbardziej ekspansywny element poprzednich kryteriów, poprzez usunięcie najbardziej subiektywnego aspektu diagnozy DSM-IV: intensywne reakcje emocjonalne nie są już definicyjnym składnikiem PTSD. Określono również, że bycie świadkiem jakiejś katastrofy za pośrednictwem mediów nie kwalifikuje się jako wydarzenie traumatyczne, tak więc trauma musi obejmować „narażenie na rzeczywistą lub grożącą śmiercią sytuację, poważne obrażenia ciała lub przemoc seksualną” (APA, 2013, s. 271). Jednak DSM-5 rozszerzył kryteria, dodając kategorię dla osób, takich jak policja lub pracownicy socjalni, którzy wielokrotnie byli narażeni na doniesienia o traumatycznych przeżyciach, oraz obniżając próg diagnostyczny PTSD dla dzieci i młodzieży (APA, 2013; Horwitz, 2018).

Natomiast w klasyfikacji ICD-10 (WHO, 1993) zaburzenie stresowe pourazowe (F43.1) zostało zdefiniowane jako opóźniona i/lub przedłużona reakcja na stresujące wydarzenie lub sytuację (krótkotrwałe lub długotrwałe) o charakterze wyjątkowo zagrażającym lub katastrofalnym, które mogłyby prawie dla każdego stanowić zagrożenie (np. klęska żywiołowa lub spowodowana przez człowieka, wojna, poważny

wypadek, obecność przy czyjejś gwałtownej śmierci lub torturach, aktach terroryzmu, gwałtu czy innego przestępstwa).

Takie czynniki predysponujące, jak cechy osobowości (np. anankastyczne, asteniczne) czy wcześniejsze dekompensacje nerwicowe, mogą obniżać próg reakcji przy pojawianiu się tego zespołu lub zaostrzyć przebieg zaburzeń, ale nie są ani konieczne, ani wystarczające dla wyjaśnienia jego genezy. Typowe objawy obejmują epizody powtarzającego się przeżywania urazu na nowo w natrętnych wspomnieniach ("reminiscencje") lub w snach, które występują na tle uporczywie utrzymującego się poczucia "odrętwienia" i ośpienia uczuciowego, odizolowania od innych ludzi, niereagowaniu na otoczenie, anhedonii oraz unikaniu działań i sytuacji, które mogłyby przypominać przeżyty uraz. Powszechne są obawy przed wspomnieniami przypominającymi pacjentowi uraz oraz ich unikanie. Niekiedy mogą pojawiać się dramatyczne, ostre wybuchy strachu, paniki lub agresji, wyzwalane przez bodźce powodujące nagłe przypomnienie sobie (lub "przeżycie na nowo") sytuacji urazowej lub początkowej reakcji na tę sytuację. Zazwyczaj występuje stan nadmiernego pobudzenia układu autonomicznego, ze wzmożonym stanem czuwania, wzmożonym odruchem orientacyjnym oraz bezsennością. Z powyższymi objawami i oznakami często wiąże się lęk i depresja. Nierzadko występują też myśli samobójcze. Dodatkowym czynnikiem bywa nadużywanie alkoholu lub leków (WHO, 1993).

Początek zaburzenia następuje zwykle po urazie albo po okresie utajenia, który może trwać od kilku tygodni do kilku miesięcy (ale rzadko przekracza 6 miesięcy). Przebieg jest falujący, zmienny, ale w większości przypadków objawy ustępują całkowicie. U niewielkiego odsetka osób zaburzenie może wykazywać przebieg przewlekły, wieloletni, z przejściem w trwałą zmianę osobowości (WHO, 1993).

W 2018 r. opublikowano 11. edycję Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób (ICD-11) Światowej Organizacji Zdrowia. Wprowadzono w niej istotne zmiany w stosunku do ICD-10 w odniesieniu do kryteriów zespołu stresu pourazowego (PTSD). Obecnie istnieje mniejsza liczba głównych objawów, usunięto problemy ze snem i koncentracją, ale dodano upośledzenie funkcjonowania. Ponadto zdefiniowano nowe zaburzenie – złożone zaburzenie stresu pourazowego (*Complex Posttraumatic Stress Disorder* - CPTSD). Kryteria dla CPTSD są takie same jak dla PTSD, ale z dodatkiem zaburzeń samoorganizacji. Ich objawy najczęściej pojawiają się po ekspozycji na traumatyczne wydarzenia o charakterze interpersonalnym, szczególnie te, które występują we

wczesnym okresie rozwoju i przed którymi ucieczka jest trudna lub niemożliwa (np. wykorzystywanie seksualne w dzieciństwie, tortury, niewola). Zaburzenia samoorganizacji składają się z trzech komponentów: dysregulacja afektywna, negatywna koncepcja siebie i zaburzenia relacji (WHO, 2018a).

1.1.3.2. Rozpowszechnienie i modele PTSD

Częstość występowania PTSD może się różnić w poszczególnych populacjach. Nasilenie doświadczeń traumy w społeczeństwach, dostępne systemy wsparcia społecznego, występujące różnice społeczne, kulturowe, a także interpersonalne mogą wpływać na rozwój PTSD (Bolu i in., 2014). Indywidualne czynniki ryzyka obejmują osobiste i rodzinne historie problemów psychologicznych, przeszłą traumę, okołotraumatyczną reakcję emocjonalną i dysocjację (Ozer i in., 2003).

Według badań zdrowia psychicznego Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), częstość występowania PTSD w ciągu życia waha się od 0,3% w Chinach do 6,1% w Nowej Zelandii (Blanco, 2011). Może się również różnić w poszczególnych populacjach; na przykład w populacji weteranów wojny w Zatoce Perskiej częstość występowania PTSD została oszacowana na 10,1%, a wśród członków służby *Operation Iraqi Freedom* na 13,8% (Blanco, 2011).

Częstość występowania PTSD zależy też od skumulowanej ekspozycji na stres traumatyczny (Dittmann i in., 2011). Rozpowszechnienie tego zespołu zróżnicowane jest również ze względu na miejsce zamieszkania ofiar. Na przykład ludność iracka, po inwazji USA na Irak, była narażona na szereg traumatycznych wydarzeń, a występowanie objawów PTSD wśród osób z Iraku przedstawiało się odmiennie w różnych regionach (Al Shawi i in., 2019). Objawy PTSD miało 60% wśród osób zamieszkujących w Regionie Kurdystanu (Mahmood et al., 2019) i około 20% wśród młodych dorosłych w środkowych regionach Iraku (Al Shawi, 2018), co prawdopodobnie było związane z intensywnością działań wojennych w tych regionach.

W badaniach niemieckich przeprowadzonych na reprezentatywnej próbie ogólnokrajowej osób w wieku 60-85 lat wskaźnik rozpowszechnienia PTSD wg DSM-IV wyniósł 4% (Glaesmer i in., 2010). Z kolei w badaniach holenderskich przeprowadzonych przez Bramsen i van der Ploeg (2007) 4,6% badanych osób spełniło kryteria aktualnego PTSD (wg DSM-III-R). Najwyższy wskaźnik (13%) stwierdzono wśród „ofiar prześladowań” (byłych więźniów niemieckich obozów koncentracyjnych,

osób badanych pochodzenia żydowskiego, które przeżyły wojnę w ukryciu oraz ocalałych z japońskich obozów). Najniższy poziom PTSD (3%) stwierdzono wśród cywilnych ofiar wojny i uczestników ruchu oporu, a średni wskaźnik rozpowszechnienia PTSD, wynoszący 7% u weteranów wojennych.

W innych badaniach przeprowadzonych w krajach Europy Zachodniej w minionej dekadzie wskaźniki rozpowszechnienia PTSD wynoszą od 1,9% (Austria) (Glück i in., 2012) do 10,9% (dzieci urodzone w Niemczech) (Kuwert i in., 2007).

Z badań Lis-Turlejskiej, Łuszczyńskiej i Szumiał (2016), przeprowadzonych wśród 96 osób dorosłych wynika, że 32,3% osób badanych spełniło kryteria diagnostyczne PTSD wg DSM-IV. Nasilenie objawów PTSD mierzone za pomocą kwestionariusza *Impact Event Scale* - IES w przypadku 34,4% badanych przekroczyło przyjmowany powszechnie diagnostyczny punkt odcięcia wynoszący 35 punktów. Z kolei w badaniach Ogińskiej-Bulik (2015) przeprowadzonych wśród pracowników służb ratowniczych, 42,6% badanych ujawniło umiarkowany lub wysoki, zaś ponad połowa (57,4%) niski poziom objawów stresu pourazowego.

Najnowsze wyniki badań, przeprowadzone przez Ogińską-Bulik i Juczyńskiego (2022, w druku) przy okazji polskiej adaptacji narzędzia do pomiaru objawów PTSD – PCL-5 wskazują, że ogólnie 34,5% respondentów ujawniło wysokie prawdopodobieństwo diagnozy PTSD. Najwyższe wyniki w PCL-5 uzyskały osoby, które bezpośrednio doświadczyły traumy, tj. ofiary przemocy domowej, hospitalizowani z powodu Covid-19 i osoby po wypadkach komunikacyjnych. Z kolei osoby zawodowo narażone na zdarzenia traumatyczne (policjanci, strażacy) oraz pacjenci po transplantacjach uzyskali wyniki najniższe.

Rozwój stresu pourazowego najczęściej jest wyjaśniany poprzez odwołanie się do dwóch mechanizmów, tj. neurologicznego (biologicznego) i psychologicznego. Obydwa raczej się uzupełniają niż wykluczają. Zgodnie z koncepcją biologiczną, rozwój PTSD jest efektem długotrwałego pobudzenia autonomicznego układu nerwowego, w wyniku czego dochodzi do nadwrażliwości i wzmożonych reakcji odruchowych na bodźce związane z traumą (Cebella i Łucka, 2007, Dudek, 2003). Przytaczane przez Dudka (2003) badania wskazują, że osoby, u których występuje PTSD, cechują się podwyższonym poziomem aktywacji autonomicznego układu nerwowego w odpowiedzi na napływające bodźce. Oznacza to, że charakteryzuje je nadmierna reakcja na te bodźce. Wskazuje się również na dodatni związek PTSD ze zwiększoną aktywnością jąder

migdałowatych i zmniejszoną objętością hipokampa i jego połączeń neuronalnych (Woon i in., 2010; Yehuda, 2006). Jednocześnie podkreśla się, że zmiany biochemiczne (fizjologiczne) mogą być zarówno przyczyną, jak i skutkiem PTSD.

Mechanizm psychologiczny rozwoju PTSD odwołuje się do psychologii poznawczej i funkcjonowania schematów poznawczych. Najbardziej znana jest teoria niedopasowania Horowitza, która zakłada, iż jednostka doznająca PTSD charakteryzuje się pewnymi utrwalonymi schematami poznawczymi, wynikającymi z jej doświadczeń życiowych i dotyczącymi przekonań oraz oczekiwań związanych z przyszłością. Docierające nowe informacje jednostka stara się przetworzyć i dopasować do już istniejących schematów. Ponieważ w wyniku doświadczonego zdarzenia traumatycznego są one najczęściej niezgodne z istniejącymi strukturami, które z reguły zawierają treści przedstawiające świat jako bezpieczny, nie można ich zasymilować i włączyć w istniejące schematy poznawcze (Horowitz i in., 1979, por. też Dudek, 2003).

Foa i Rothbaum (1998) dokonali rozszerzenia teorii Horowitza przyjmując, że osobami najbardziej podatnymi na rozwój PTSD są jednostki reprezentujące skrajnie pozytywne i skrajnie negatywne schematy dotyczące świata i siebie. Natomiast najbardziej odporne na rozwój PTSD są osoby o plastycznych, realnych schematach, które zawierają informacje, że świat jest zarówno bezpieczny, jak i groźny. Innymi słowy, posiadanie schematów o skrajnych treściach czyni ludzi bardziej podatnymi na rozwój PTSD. Jednakże przyczyny rozwoju tego zaburzenia są odmienne. Osoby prezentujące przesadnie silne poglądy o bezpiecznym świecie są narażone na rozwój PTSD z powodu niedopasowania napływających informacji do posiadanych schematów. Nie są one zdolne do szybkiego zintegrowania traumatycznych doświadczeń z istniejącymi przekonaniem. Z kolei te osoby, u których występują skrajnie negatywne schematy, będą skłonne do rozwoju PTSD, ponieważ doświadczanie traumy wzmacnia i aktywizuje ich dezadaptacyjne poglądy na temat świata i własnej osoby (Dudek i Koniarek, 2004).

Jednym z ważniejszych modeli PTSD jest poznawczy model zespołu stresu pourazowego Ehlers i Clarka, opublikowany w 2000 r., na którym m. in. oparto badania własne. Model ten stworzony został w odniesieniu do osób dorosłych, ale ma też swoje zastosowanie w odniesieniu do dzieci i młodzieży, np. podczas budowania programów terapii (Goodall, 2017).

Model zakłada, że istotną rolę w pojawianiu się objawów zespołu stresu pourazowego odgrywają poznawcze przetwarzanie traumy oraz stosowane strategie

radzenia sobie. Autorzy opisują trzy mechanizmy, które mogą prowadzić do utrzymywania się negatywnych objawów doświadczonych zdarzeń traumatycznych. Pierwszy z nich to wspomnienia o "nieprzetworzonych" właściwościach, które oznaczają, że osoby są bardziej narażone na doświadczanie ich jako mimowolne, intruzywne. Drugi to przekonania dotyczące traumy, jaźni, innych i przyszłości, które mogą prowadzić do zwiększenia intensywności reakcji emocjonalnych. Natomiast trzeci stanowią nieprzystosowawcze strategie radzenia sobie (np. unikanie), które mogą nasilać objawy doświadczonego stresu (Ehlers i Clark, 2000). Cechą definiującą PTSD jest odczuwanie aktualnego poczucia bezpośredniego niebezpieczeństwa. Model wymienionych autorów zawiera szereg ważnych propozycji wyjaśniających, dlaczego u osób cierpiących na PTSD utrzymuje się poczucie aktualnego zagrożenia. Obszary, które obejmuje to:

1. Wspomnienia traumatycznego wydarzenia mogą mieć szczególne właściwości, takie jak mimowolne przywoływanie, fragmentacja, wysoki poziom wyrazistości, ponowne doświadczanie zmysłowe i emocjonalne oraz wspomnienia doświadczane tak, jakby działały się teraz. Te właściwości stwarzają poczucie aktualnego zagrożenia.
2. Oceny danej osoby również mają wpływ na tworzenie poczucia poważnego obecnego zagrożenia. Oceny mogą dotyczyć traumy lub jej konsekwencji. Postrzegane niebezpieczeństwa mogą dotyczyć świata (np. „świat jest niebezpieczny”) lub samego siebie (np. „jestem odpowiedzialny”, „jestem załamany”).
3. Poczucie poważnego aktualnego zagrożenia prowadzi w naturalny sposób do wdrożenia sposobów radzenia sobie. Reakcje te mogą mieć charakter poznawczy lub behawioralny, w szczególności obejmują unikanie. Takie zachowania są zgodne z intencją, ale mogą zapobiegać zmianom poznawczym (tj. zapobiegać zmianom w ocenie zagrożenia) i zmianie pamięci traumy, a tym samym zmniejszać szanse na wyzdrowienie (Ehlers i Clark, 2000).

Model Ehlers i Clarka (2000) pozwala na ustalenie czynników, które wpływają na to, czy dana osoba jest podatna na rozwój PTSD. Klinicyści często uważają je za pomocne w terapii, po to, aby pomóc swoim klientom zrozumieć, dlaczego ich doświadczenia doprowadziły do rozwoju PTSD. Na przykład cechy traumy, takie jak czas trwania, przewidywalność i intencjonalność mogą silnie wpłynąć na to, czy u kogoś rozwinie się zespół stresu pourazowego. Podkreśla się, że wcześniejsze doświadczenie traumy może mieć wpływ na to, jakie strategie radzenia sobie można zastosować (np. dysocjacja, łagodzenie) oraz czy dane wydarzenie może zostać ocenione jako potwierdzające lub

burzące wcześniejsze przekonania na temat siebie lub świata (np. „Wiedziałem, to się zawsze dzieje mnie” lub „Jak to się mogło stać?”).

Istnieje wiele dowodów na to, że poznawcze przetwarzanie traumy podejmowane przez jednostkę po doświadczeniu traumatycznego wydarzenia silnie wpływa na jej późniejsze wyzdrowienie lub rozwój objawów pourazowych. Jednym z przykładów jest doświadczenie „psychicznej porażki”, charakteryzujące się „postrzeganą utratą wszelkiej autonomii fizjologicznej, której towarzyszy poczucie, że nie jest się już człowiekiem” (Ehlers i in., 1998, s. 461), co przewiduje rozwój PTSD i gorsze wyniki leczenia. Poznawcze przetwarzanie traumy było analizowane w badaniach Schauera i Elberta (2015). Autorzy zwracają uwagę na zmiany poznawcze i fizjologiczne, jakich dana osoba może doświadczyć podczas traumy, które mają na celu przetrwanie zdarzeń zagrażających życiu i które mają wpływ na późniejszy rozwój PTSD i objawów dysocjacyjnych.

Ehlers i Clark (2000) zwracają też uwagę na unikalne cechy wspomnień traumy, z których wiele analizowanych było w późniejszych badaniach (np. Brewin, 2014). Cechy wspomnień traumy często opisywane przez osoby z zespołem stresu pourazowego obejmują:

- żywą i sensoryczną naturę wspomnień, które mogą być doświadczane dowolnym zmysłem (wzrok, dźwięk, węch, dotyk, smak);
- obecny charakter wspomnień traumy, dzięki którym osoby czują się tak, jakby te wspomnienia były ponownie doświadczane w chwili obecnej, a nie pamiętane jako wydarzenia z przeszłości;
- mimowolny charakter przywoływania, w którym wspomnienia traumy są często wyzwalane przez inne wydarzenia, myśli lub uczucia, a nie przywoływane dobrowolnie (Ehlers i Clark, 2000).

Autorzy modelu ponadto opisują, że osoby, które wychodzą z zespołu stresu pourazowego „widzą swoją traumę jako wydarzenie ograniczone w czasie, które nie ma globalnych negatywnych konsekwencji dla ich przyszłości” (Ehlers i Clark, 2000, s. 320). W przeciwieństwie do tego, proponują, żeby osoby z objawami PTSD, rozwinęły negatywną ocenę traumy i jej konsekwencji, ponieważ mają one „powszechny efekt tworzenia poczucia poważnego obecnego zagrożenia” (Ehlers i Clark, 2000, s. 320). Ocenę negatywną mogą być zewnętrzne (np. świat jest niebezpieczny) lub wewnętrzne (np. jestem godny potępienia). Mogą one przybierać różne formy, a praca z nimi jest

ważnym filarem poznawczego podejścia do leczenia PTSD. Zgodnie z konceptualizacją Ehlers i Clarka (2000), do doświadczenia obecnego zagrożenia można dotrzeć na wiele sposobów (poprzez natrętne wspomnienia, oceny). Poczucie aktualnego zagrożenia można opisać w kategoriach objawów natrętnych, emocjonalnych oraz fizjologicznych.

Ehlers i Clark (2000) opisują, jak ludzie z zespołem stresu pourazowego reagują, aby poradzić sobie z doświadczeniem poważnego zagrożenia. Twierdzą, że wybrana strategia jest istotnie powiązana z oceną traumy i/lub jej następstwami oraz jej ogólnymi przekonaniem o tym, jak najlepiej radzić sobie z traumą. Na przykład, jeśli retrospekcje zostałyby ocenione jako oznaka obłądu, osoba z zespołem stresu pourazowego mogłaby próbować stłumić swoje myśli i uniknąć wspomnień o traumie. Podobnie, jeśli ofiara napaści ukształtuje przekonanie, że prawdopodobnie zostanie ponownie zaatakowana, może podjąć zachowania związane z bezpieczeństwem, takie jak zachowanie szczególnej czujności na oznaki niebezpieczeństwa. Ehlers i Clark (2000) zakładają, że strategie mające na celu kontrolowanie zagrożenia przynoszą efekt przeciwny do zamierzonego, ponieważ mogą bezpośrednio skutkować wytworzeniem objawów PTSD lub zmianą charakteru pamięci traumy.

W odniesieniu do PTSD powstało wiele modeli teoretycznych dotyczących struktury czynników. Chociaż modele czteroczynnikowe zaproponowane przez Kinga, Leskina, King i Weathersa (1998) oraz Simmsa, Watsona i Doebbelinga (2002) spotkały się z największym poparciem w dotychczasowej literaturze, to istnieją też inne np. model pięcioczynnikowy autorstwa Elhai i in. (2011), model sześcioczynnikowy anhedonii Liu i in. (2014) czy zachowań eksternalizacyjnych Tsai i in. (2015) oraz 7-czynnikowy model hybrydowy zaproponowany przez Armor i in. (2015).

Model Kinga i in. (1998) składał się z następujących czynników: ponowne doświadczenie, unikanie, odrętwienie oraz nadmierne pobudzenie. Główna różnica między modelem Kinga i współpracowników a modelem PTSD według DSM-IV polega na tym, że ten pierwszy rozdziela unikanie na dwa czynniki, przy jednoczesnym zachowaniu grup objawów ponownego doświadczenia i nadmiernego pobudzenia. Te dwa czynniki zostały oznaczone jako unikanie i emocjonalne odrętwienie. Wykorzystując dane z próby weteranów wojskowych, którzy byli oceniani za pomocą *Clinician Administered PTSD Scale*, nowy czteroczynnikowy model Kinga i in. (1998), obejmujący ponowne doświadczenie, unikanie, odrętwienie oraz nadmierne pobudzenie porównano z trzema alternatywnymi modelami PTSD (modelem Simmsa i in. 2002), modelem w

oparciu o kryteria DSM-IV i modelem własnym autorów). Wyniki confirmacyjnej analizy czynnikowej sugerowały, że nowy czteroczynnikowy model był lepszy od innych. Kolejne badania czynników analizujące dane z różnych próbek obejmowały: pacjentów z kliniki podstawowej opieki zdrowotnej w San Diego, w tym osoby, które przeżyły raka; osoby, które przeżyły przemoc w społeczności; kobiety, które doświadczyły molestowania seksualnego w miejscu pracy; mężczyzn z sił pokojowych ONZ; personel ratunkowy, który doznał traumy zawodowej; próbki ze społeczności amerykańskiej; uchodźców z Kambodży; osoby w podeszłym wieku, które przeżyły huragan i trzy próbki weteranów walki. Wyniki tych analiz potwierdziły wyższość modelu Kinga i in. (1998) w porównaniu z różnymi alternatywnymi modelami czynnikowymi (Shevlin i in., 2009).

Model czteroczynnikowy zaproponowany przez Simmsa i in. (2002) składał się z nowego czynnika, który nie był uwzględniony przez DSM-IV i obejmował ponowne doświadczanie, unikanie, dysfориę oraz nadmierne pobudzenie. Podobnie jak w modelu Kinga i in. (1998), model ten zachował objawy w ramach czynnika ponownego doświadczania. Jednak nowy obszar dysfории składał się zarówno z emocjonalnych objawów odrętwienia, jak i nadmiernego pobudzenia. Unikanie i nadmierne pobudzenie w tym modelu zawierały teraz tylko dwa objawy. Uznano, że nowy „model dysfории” zapewnia lepsze dopasowanie, gdy ocenia się go wraz z czterema alternatywnymi modelami czynnikowymi (w tym modelem Kinga i in., modelem w oparciu o kryteria DSM-IV). Wyniki analizy confirmacyjnej na podstawie danych z dużej próby weteranów wojny w Zatoce Perskiej i osób z grup kontrolnych wskazały, że model ten jest lepiej dopasowany do danych. Kolejne badania analizy czynnikowej, wykorzystujące dane z różnych próbek, w tym respondentów ankiety populacyjnej, studentów studiów licencjackich w Nowym Jorku, ofiar urazów kręgosłupa szyjnego, osób narażonych na ataki terrorystyczne z 11 września, ofiar przemocy partnera intymnego i osób, którzy doświadczyły żałoby, również poparły wyższość modelu Simmsa (Shevlin i in., 2009).

Chociaż istnieje silne poparcie empiryczne dla czteroczynnikowych modeli emocjonalnego odrętwienia i dysfории, należy zwrócić uwagę na opracowany i przetestowany model pięcioczynnikowy autorstwa Elhai i in. (2011). Autorzy, opierając się na wcześniejszych pracach teoretycznych i eksperymentalnych, argumentowali, że objawy PTSD nie pasują dobrze ani do odrętwienia, ani nadmiernego pobudzenia. Przetestowali model pięcioczynnikowy, który modyfikuje modele emocjonalnego

odrętwienia i dysforii, poprzez rozdzielenie objawów na odrębny czynnik i stwierdzili, że model ten był statystycznie lepiej dopasowany do danych od modeli czteroczynnikowych. Nowsze prace również wykazały poparcie dla tego pięcioczynnikowego modelu, z dowodami, że (w porównaniu z odrętwieniem i pozostałymi objawami pobudzenia) czynnik emocjonalny jest w różny sposób powiązany z miarami lęku i dystresu (Elhai i in., 2012).

Innymi modelami, które mogą wyjaśniać rozwój PTSD, są modele 6-czynnikowe. Wśród nich możemy wyróżnić model anhedonii Liu, który obejmuje intruzję, unikanie, negatywny afekt, anhedonię, pobudzenie dysforyczne i pobudzenie lękowe (Liu i in., 2014). Z kolei model zachowań eksternalizacyjnych Tsai składa się z ponownego doświadczania, unikania, odrętwienia emocjonalnego, zachowań eksternalizacyjnych, lękowego pobudzenia i dysforycznych czynników pobudzenia (Tsai i in., 2015). Oba wspomniane modele zostały poparte badaniami z wykorzystaniem skali PCL-5 (Lu i in., 2022b), w tym również na populacji polskiej (Ogińska-Bulik i Juczyński, w druku). Najnowszy model rozwoju PTSD, to 7-czynnikowy model hybrydowy zaproponowany przez Armor i in. (2015), opisywany również przez Lu i in. (2022b). Składa się on z takich objawów jak ponowne doświadczanie, unikanie, negatywny afekt, anhedonia, zachowania eksternalizacyjne, lękowe i dysforyczne oraz pobudzenie. Niektóre modele, w tym model Kinga i in. zostały zweryfikowane również w polskich badaniach (Dragan i in., 2012). Model sześcioczynnikowy został poddany analizom i potwierdzony na grupie osób po wypadkach drogowych (Zawadzki i Popiel, 2014).

1.1.3.3. Leczenie i zapobieganie PTSD

Biorąc pod uwagę dużą częstość występowania negatywnych skutków narażenia na traumę, należy podkreślić konieczność opracowania programów profilaktycznych mających na celu zapobieganie lub ograniczanie objawów PTSD. Natomiast w przypadku osób, które prezentują objawy – konieczność leczenia zaburzeń pourazowych. Leczenie osób z zespołem stresu pourazowego ma na celu przede wszystkim zmniejszenie jego podstawowych objawów, ale także kształtowanie umiejętności radzenia sobie z nim. W tym celu można zastosować farmakoterapię i psychoterapię, choć często sugeruje się ich połączenie (Heitzman, 2011).

Uważa się, że najbardziej skuteczna w leczeniu PTSD jest psychoterapia, która uwzględnia nasilenie objawów PTSD i ich wpływ na zachowanie jednostki. W trakcie

psychoterapii rozważa się również prowadzenie działań edukacyjnych, które polegają na wzbogacaniu wiedzy o objawach stresu pourazowego i ich wpływie na funkcjonowanie jednostki, kształtowaniu umiejętności adaptacji do okoliczności oraz radzenia sobie i leczenia objawów PTSD. Oddziaływania terapeutyczne stosowane w leczeniu zespołu stresu pourazowego są zróżnicowane. Najskuteczniejsze systemy to te, które odnoszą się bezpośrednio do teorii uczenia się, teorii emocji lub podejścia poznawczo-behawioralnego.

Najczęściej stosowana jest terapia poznawczo-behawioralna, w której największy nacisk kładziony jest na ocenę znaczenia przeżytego przez osobę urazu. Uczestnictwo w terapii umożliwia jednostce nabycie umiejętności nowych sposobów interpretacji zdarzenia traumatycznego oraz umiejętności radzenia sobie z przeżytą sytuacją. Celem takiej terapii jest umożliwienie jednostce przetworzenie traumy.

Różne rodzaje technik ekspozycyjnych są częścią poznawczo-behawioralnych podejść terapii PTSD. Terapia ekspozycji przeznaczona jest przede wszystkim dla ofiar gwałtów, wojny lub ataków terrorystycznych, ale może być również stosowana w przypadku innych traumatycznych wydarzeń. Terapia ekspozycji może mieć wiele odmian, w tym bezpośrednią ekspozycję terapeutyczną, systematyczną desensytyzację, techniki „zalewania”, „przewijania”, redukcję traumatyzacji, pracę poznawczą i „zaszczepianie stresu” (Dudek, 2003; Heitzman, 2011). W istniejącej literaturze opisano różne formy terapii, które można zastosować w celu zmniejszenia nasilenia objawów PTSD (Dudek, 2003, Ogińska-Bulik, 2015, Popiel i in., 2019).

W związku z pandemią COVID-19 w ciągu ostatnich dwóch lat powstało nowe podejście do leczenia PTSD – terapia internetowa, choć jej skuteczność wciąż jest trudna do oceny. O jej przydatności świadczą pozytywne efekty interwencji online w leczeniu PTSD i depresji u rodziców po utracie dziecka w czasie ciąży (Kersting i in., 2013).

Zespołowi stresu pourazowego można i należy zapobiegać, zanim w pełni rozwiną się jego objawy. Dlatego szczególne znaczenie mają metody profilaktyczne, w tym wzmacnianie odporności osób narażonych na urazy. Podejście terapeutyczne i profilaktyczne uwzględnia podejście salutogenetyczne, zakładając, że zaangażowanie zasobów odpornościowych jest ważnym warunkiem utrzymania zdrowia. Pożądane jest zatem ich rozwijanie i wzmacnianie, co z jednej strony może zwiększyć szanse jednostki na lepsze radzenie sobie ze zdarzeniem, a z drugiej może przyczynić się do zmniejszenia negatywnych konsekwencji tego wydarzenia.

1.1.3.4. Inne zaburzenia potraumatyczne

Doświadczenie sytuacji traumatycznych niesie za sobą bardzo wiele różnych konsekwencji. W najnowszym wydaniu klasyfikacji DSM-5 (APA, 2013), w porównaniu do wersji poprzednich – DSM-II, DSM-IV (APA, 1980, 1994), Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne wyodrębniło nową grupę zaburzeń określanych jako zaburzenia związane z traumą lub stresem, do których należą:

1. Ostre zaburzenie stresowe (*Acute Stress Disorder* – ASD) – do rozpoznania tego zaburzenia konieczne jest doświadczenie przez osobę ciężkiego wydarzenia traumatycznego, a także utrzymywanie się objawów w okresie od trzech dni do miesiąca po wystąpieniu traumy. Klasyfikacja wymienia 14 objawów tego zaburzenia, pogrupowanych w następujące kategorie: objawy intruzyjne (np. powracające wspomnienia, sny); negatywny nastrój; objawy dysocjacyjne (derealizacja, amnezja dysocjacyjna); objawy unikania (np. miejsc wiążących się z traumą, wspomnień czy myśli) oraz objawy pobudzenia (np. nadmierna czujność, zaburzenia snu, drażliwość). Do ustalenia rozpoznania należy stwierdzić obecność przynajmniej dziewięciu spośród nich. Ważną zmianą w porównaniu z kryteriami tego zaburzenia w DSM-IV (APA, 1994) jest możliwość stwierdzenia tego rozpoznania przy braku objawów dysocjacyjnych, które wcześniej były traktowane jako konieczne. Według DSM ostre zaburzenie stresowe ASD może się utrzymywać do 30 dni po urazie.

2. Zaburzenia przystosowania (*Adjustment Disorders*) – można je rozumieć podobnie jak zaburzenia adaptacyjne w ICD-10 (1993) i ujmować jako liczną grupę syndromów reakcji na stres, które występują po narażeniu na stresujące wydarzenie (np. bezrobocie, problemy w pracy, żałoba, rozwód lub separacja, ślub, reakcja na katastrofy). Najczęściej pojawia się w okresie trzech miesięcy od ich zadziałania. Klasyfikacja dopuszcza, iż stresor może mieć charakter traumatyczny (trauma w wąskim rozumieniu) lub nie-traumatyczny.

W klasyfikacji ICD-10 (1993) Światowa Organizacja Zdrowia wymienia następujące zespoły zaburzeń psychicznych związanych przyczynowo z narażeniem na zdarzenia traumatyczne:

1. Ostra reakcja na stres – przemijające zaburzenie o znacznym nasileniu, które rozwija się jako reakcja na wyjątkowy stres fizyczny lub psychiczny u osoby, która nie

przejawiała wcześniej żadnego zaburzenia psychicznego. Następuje w ciągu kilku minut od wydarzenia traumatycznego, słabnie i ustępuje w ciągu kilku godzin (24-48 godzin).

2. Zaburzenia adaptacyjne – stany zaburzeń emocjonalnych, napięcia, przygnębienia, które powstają w okresie adaptacji do dużych zmian życiowych lub do stresującego wydarzenia życiowego i zazwyczaj utrudniają społeczne przystosowanie i efektywne działanie. W odniesieniu do tej kategorii diagnostycznej stresor nie musi mieć charakteru ekstremalnego.

3. Trwałe zmiany osobowości po katastrofach (po przeżyciu sytuacji traumatycznej) – diagnozę można postawić jedynie wtedy, gdy dochodzi do wyraźnej i trwałej zmiany w dotychczasowym sposobie postrzegania, odnoszenia się do innych czy myślenia o sobie i otoczeniu. Warunkiem tego rozpoznania są znaczne zmiany osobowości, związane z niedostosowanymi i sztywnymi zachowaniami, które nie występowały przed patogennym przeżyciem.

Nie należy także zapominać o innych zaburzeniach, będących efektem doświadczonej traumy, które mogą występować oddzielnie lub towarzyszyć objawom PTSD. Wśród nich możemy wyróżnić objawy depresji, lęku, próby i myśli samobójcze, zachowania problemowe, zwiększone ryzyko uzależnień behawioralnych i substancjalnych. Jak wskazuje Dąbkowska (2008), pacjenci z PTSD częściej (80%) w porównaniu z osobami bez PTSD (30%) mieli w przeszłości lub jednocześnie inne zaburzenia psychiczne.

Zespół stresu pourazowego często występuje wraz z depresją. Ta choroba współistniejąca była związana z większym wzrostem liczby ciężkich objawów PTSD i niepełnosprawności niż w przypadku samego PTSD. Badania wskazują, że nasilenie objawów u pacjentów z PTSD i depresją było 3 do 5 razy wyższe niż u pacjentów z samym PTSD (Dąbkowska, 2008).

Wystąpieniu zespołu stresu pourazowego sprzyjają również wcześniej istniejące zaburzenia, takie jak zaburzenia zachowania, lęk napadowy czy uogólniony (Dąbkowska, 2008). Dragan (2021) potwierdza, że u osób z PTSD częściej występują uzależnienia substancjalne, w tym szczególnie od alkoholu. Z kolei na związek traumy z ryzykiem uzależnień behawioralnych wskazuje Ogińska-Bulik (2022).

1.1.4. Pozytywne następstwa ekspozycji na traumę

Przeżycie traumatycznego wydarzenia, takiego jak molestowanie, diagnoza choroby nowotworowej, wypadek komunikacyjny, śmierć kogoś bliskiego lub bycie świadkiem zranienia innych, dla wszystkich ludzi jest emocjonalnie obciążające. Dla osób, które nie mają odpowiedniego wsparcia emocjonalnego w momencie traumy, zdarzenie może pozostać w ich umysłach, prowadząc do długotrwałego stresu, problemów w związku lub skłonności do uzależnień. Jednak doświadczanie traumatycznych zdarzeń może mieć również inne, bardziej korzystne konsekwencje. Badania pokazują, że w wyniku doznanych przeżyć wiele osób zgłasza wzrost i pozytywne zmiany psychologiczne wynikające z procesów radzenia sobie ze stresującymi wydarzeniami. Wzrost ten nie „cofa” negatywnych skutków, ale może z nimi współistnieć i być wynikiem pracy terapeutycznej lub duchowej. Zmaganie się z traumatycznymi doświadczeniami i radzenie sobie z nimi może więc przynieść pozytywne zmiany w funkcjonowaniu jednostki.

Rosnące zainteresowanie pozytywnymi skutkami traumatycznych doświadczeń wskazuje, że jest to bardzo ważny obszar w badaniach nad traumą. Ponieważ rozumienie zdrowia psychicznego nie jest już definiowane jedynie jako brak objawów, ale jako obecność mocnych stron (Seligman i Csikszentmihalyi, 2000), wiele badań koncentruje się na pozytywnych zmianach, które zachodzą w następstwie traumatycznego wydarzenia. Wśród badaczy obserwuje się zmianę trendu zainteresowań, z objawów patologii ku pozytywnym emocjom, zaangażowaniu i znaczeniu, jakie można osiągnąć w obliczu tak ekstremalnych doświadczeń (Seligman i in., 2006).

W wyniku sytuacji traumatycznej, sposoby reagowania jednostki można podzielić na cztery kategorie:

1. Poddanie się – wiąże się to z brakiem adaptacji do zaistniałej sytuacji
2. Przetrawienie – osoba funkcjonuje na niższym poziomie niż przed traumą
3. Powrót do stanu równowagi – odporność (resilience)
4. Wzrost i rozwój – osoba funkcjonuje na poziomie wyższym niż przed traumą (Kallay, 2007; Ogińska-Bulik, 2013).

1.1.4.1. Potraumatyczny wzrost – charakterystyka zjawiska

Potraumatyczny wzrost to zjawisko związane z przeżyciem zdarzenia traumatycznego w wyniku, którego obserwuje się poprawę funkcjonowania jednostki w porównaniu do okresu sprzed traumy. Po raz pierwszy pojęcie to wprowadzili Tedeschi i Calhoun (1996), którzy wzrostem potraumatycznym (*Posttraumatic Growth*, PTG) nazwali opisywany przez siebie zespół pozytywnych zmian, pojawiający się u osób po doświadczeniach traumatycznych, w wyniku podejmowanych prób poradzenia sobie z nową sytuacją. Podejście to nawiązuje do wcześniejszych poglądów Caplana czy Frankla, a następnie kontynuowanych przez Popielskiego (2009), którzy wskazywali, że doświadczanie silnie stresujących wydarzeń, będących źródłem cierpienia, może wiązać się nie tylko z negatywnymi następstwami, ale także z pojawieniem się pozytywnych zmian psychologicznych. W literaturze fenomen ten określany jest również przy pomocy innych pojęć, takich jak: odkrycie znaczenia, rozkwit, wzrost związany ze stresem, pozytywne złudzenie, czerpanie sił z przeciwności, transformacyjne radzenie sobie, prosperowanie, itp. Użycie pojęcia wzrost potraumatyczny oznacza nie tylko odzyskanie równowagi po traumie, ale także przejście transformacji i osiągnięcie wyższego poziomu funkcjonowania niż przed wystąpieniem wydarzenia traumatycznego (Ogińska-Bulik, 2013a).

Ogińska-Bulik i Juczyński (2010a) precyzują, iż o potraumatycznym wzroście można mówić wówczas, kiedy wystąpią cztery elementy:

- rozwój objawia się w sytuacji poważnego kryzysu, a nie w przeżywaniu łagodniejszego stresu;
- jednostce towarzyszy ważna zmiana życiowa, transformacja nie będąca skutkiem błędów w postrzeganiu czy interpretowaniu zdarzeń;
- rozwój doświadczany jest w kategorii wyniku określonego postępowania, a nie mechanizmu radzenia sobie;
- występuje radykalna zmiana podstawowych założeń, co do własnego życia.

Potraumatyczny wzrost jest procesem poznawczym, w którym ci, którzy doświadczyli traumy, zastosowali pozytywne interpretacje i znaleźli sens w traumatycznych wydarzeniach. Rezultatem tego procesu jest przywrócenie przedtraumatycznego schematu i pojawienie się pozytywnych zmian w percepcji siebie, relacjach interpersonalnych i filozofii życiowej. Wzrost potraumatyczny, jak określają

Tedeschi i Calhoun (1998), ma charakter fluktuacyjny. Oznacza to, iż charakteryzuje go zmienność, niezwykłość oraz brak możliwości zapobieżenia i kontrolowania (Kwarta i in., 2012).

Tedeschi i Calhoun (1996) wskazują na trzy grupy pozytywnych zmian, które przyczyniają się do rozwoju potraumatycznego. Są to zmiany w percepcji siebie, w relacjach międzyludzkich i w filozofii życia. Zmiany w percepcji siebie są związane głównie z poczuciem stawania się lepszą osobą, wzrostem siły osobistej, przejawiającym się wyższą samooceną, sprawnością, pewnością siebie i kompetencjami własnymi, także związanymi z przyszłymi wydarzeniami. Osoby te widzą coraz większą zdolność adaptacji i przetrwania w skrajnie trudnych warunkach, spostrzegają nowe możliwości życiowe i wyznaczają nowe cele. Zmiany w relacjach z innymi przejawiają się głównie zwiększoną wrażliwością i współczuciem wobec innych, tendencją do większej otwartości na ludzi. Osoby dotknięte traumatycznymi przeżyciami znajdują siłę, by spojrzeć na swoje obecne życie z daleka i zmienić je na lepsze. Możliwe są także zmiany w zakresie filozofii życiowej, która staje się bardziej dojrzała, znacząca i satysfakcjonująca. Ludzie mogą zmienić swoje egzystencjalne (oraz religijne) przekonania, zacząć bardziej doceniać życie i żyć bardziej świadomie. Cenią drobne codzienne zdarzenia i wydają się nie lekceważyć ważnych spraw w życiu. Rodzina, przyjaciele, a także drobne przyjemności życia codziennego mogą być postrzegane jako ważniejsze niż rzeczy, które wcześniej były uważane za priorytetowe, jak np. kariera (Ogińska-Bulik i Juczyński, 2010a).

1.1.4.2. Rozpowszechnienie i modele potraumatycznego wzrostu

Według Shakespeare-Finch i in. (2013) pozytywne zmiany wchodzące w zakres PTG przejawiają się na ogół w pięciu obszarach. Pierwszy z nich to zwiększone poczucie samodzielności lub siły. Drugi polega na zmianie jakości relacji, która obejmuje więcej współczucia i poczucia więzi. Trzeci obszar odzwierciedla doświadczenie znalezienia nowej lub innej ścieżki w życiu, która nie pojawiłaby się, gdyby nie wystąpiły przeciwności. Czwarty obejmuje większe uznanie dla życia. Natomiast piąty obszar zawiera zmiany duchowe i egzystencjalne, które obejmują głębsze zrozumienie zagadnień filozoficznych. Te pięć obszarów zostało zweryfikowanych w badaniach ilościowych (Taku i in., 2008) i zidentyfikowanych w analizach tematycznych (Mosher i in., 2017).

Zjawisko potraumatycznego wzrostu jest aktualnym tematem wzbudzającym zainteresowanie wielu naukowców i praktyków. Badania prowadzone są na całym świecie i obejmują różnego rodzaju wydarzenia traumatyczne, m.in. klęski żywiołowe i katastrofy, choroby zagrażające życiu, stratę bliskiej osoby, wypadki komunikacyjne, działania wojenne i tortury, przemoc fizyczną, psychiczną i seksualną. Występowanie potraumatycznego wzrostu u dorosłych zaobserwowano m. in. w następstwie walki z poważnym wyzwaniem lub kryzysem życiowym (Tedeschi i Calhoun, 1996, 2004), u osób, które przeżyły trzęsienia ziemi (Cerdá, 2014; Jin i in., 2014b), huragany (Cryder i in., 2006; Kilmer i Gil-Rivas, 2010; Lowe i in., 2013), gwałtowne powodzie spowodowane tajfunami (Mordeno i in., 2015) i tsunami (Hafstad i in., 2011).

Systematyczne przeglądy badań potwierdziły, że potraumatyczny wzrost występuje po traumie związanej z zakażeniem się wirusem niedoboru odporności (*Human Immunodeficiency Virus – HIV*) (Amos, 2015; Rzeszutek i Gruszczyńska, 2018; Sherr i in., 2011; Ogińska-Bulik, 2010a; Ogińska-Bulik i Kobylarczyk, 2020; Sawyer i in., 2010). Zdiagnozowanie i życie z HIV zostało opisane jako zmieniające życie i potencjalnie traumatyczne wydarzenie (Beuthin i in., 2015; Zeligman, 2018), jednak kobiety żyjące z HIV wielokrotnie stwierdzały, że doświadczenie to spowodowało pozytywne zmiany w ich życiu (Lennon-Dearing i Price, 2018).

Potraumatyczny wzrost występuje również u ofiar wypadków komunikacyjnych (Liu i in., 2018; Ogińska-Bulik, 2014b, Shigemoto i Robitschek, 2020, Wu i in., 2016). Zaobserwowano także występowanie potraumatycznego wzrostu wśród pracowników służb ratowniczych. W badaniach Ogińskiej-Bulik i Kobylarczyk (2015) okazało się, że 46,2% ratowników medycznych wykazywało wysoki poziom potraumatycznego wzrostu, 33,8% – przeciętny oraz 20% niski. Przeciętny poziom wzrostu po traumie został zaobserwowany również w grupie strażaków (Ogińska-Bulik i Kobylarczyk, 2016a).

Ogińska-Bulik i Kobylarczyk (2016c) analizowały również poziom potraumatycznego wzrostu u osób, które straciły bliską osobę. Nasilenie wzrostu po traumie w badanej grupie było przeciętne. Kilka innych badań dotyczących żałoby również potwierdziło obecność wzrostu pourazowego (Ens i Bond, 2005; Hirooka i in., 2017; Záharcová i Prielomková, 2020).

Wykazano także, że osoby zmagające się z różnego rodzaju nowotworami zgłaszają pozytywne zmiany psychologiczne o średnim nasileniu (Daniel i in., 2020; Liu i in, 2021; Ogińska-Bulik i Kobylarczyk, 2019).

Osoby, które doświadczyły przemocy również relacjonują objawy potraumatycznego wzrostu (Arandia i in., 2016). W literaturze tematu opisano wiele modeli potraumatycznego wzrostu, których przeglądu dokonali O'Leary, Alday i Ickovics (1998). Autorzy ocenili osiem modeli, które podzielili na: trzy modele intencjonalnej, przyrostowej, ewolucyjnej zmiany oraz pięć modeli transformacyjnej i niezamierzonej zmiany, często nagłej i nieoczekiwanej. Wśród tych pierwszych wyróżniono model wzrostu po utracie bliskiej osoby Nerkena, model procesów zmian człowieka według Mahoneya oraz model chaosu i wzrostu Hagera.

Model wzrostu Nerkena (1993), odnoszącego się do procesu żałoby, kładzie nacisk na aktywne przeżywanie żałoby. Potraumatyczny wzrost może, ale nie musi, współistnieć z żałobą. Model pokazuje, w jaki sposób aktywność autorefleksyjna i późniejsze nadawanie znaczeń są niezbędne do osiągnięcia wzrostu.

Model procesów zmian człowieka Mahoneya (1982) sugeruje, że zmiana jest inicjowana przez psychologiczną nierównowagę. Mahoney utrzymuje, że zmiana jest wynikiem poszukiwań, konstrukcji i zmiany znaczenia, co jest poglądem zgodnym z Nerkenem (1993).

Model chaosu i wzrostu Hagera (1992) sugeruje, że okresy dezorganizacji są niezbędną częścią wzrostu poprzedzającego zmianę. Dzieje się tak, ponieważ ludzie mają trudności z reorganizacją swoich struktur poznawczych. Każdy z tych trzech modeli podkreśla, że wzrost powstaje poprzez reorganizację i przebudowę struktur poznawczych, a załamanie dotychczasowych sposobów patrzenia na świat jest często impulsem do odbudowy bardziej efektywnych światopoglądów, co stanowi istotę potraumatycznego wzrostu (Joseph i Linley, 2006).

Do drugiej grupy modeli dotyczących potraumatycznego wzrostu O'Leary, Alday i Ickovics (1998) zaliczają: model zmiany kwantowej Miller i C'deBaca, teorię rozkwitu O'Leary i Ickovics, transformacyjne radzenie sobie Aldwina, model kryzysów życiowych i osobowego wzrostu Schaefer i Moosa oraz funkcjonalno-opisowy model wzrostu po traumie Tedeschiego i Calhouna.

Model zmiany kwantowej Millera i C'deBaca (1994) sugerował, że nagłe, nieoczekiwane anomalie w życiu ludzi prowadzą do trwałej i nadrzędnej zmiany. Autorzy

nazywają „zmianą kwantową” to, co jest żywą, zaskakującą, życzliwą i trwałą osobistą transformacją. Niektóre zmiany kwantowe są głębokie, mają charakter wglądu, efektu „aha” i dają możliwość nowego sposobu myślenia. Inne zmiany kwantowe są mistyczne, jak w przypadku św. Pawła na drodze do Damaszku. Oba rodzaje mają tendencję do nadawania tajemniczego i stałego poczucia spokoju. Oznaczają początek trwałych i często wszechobecných zmian w życiu człowieka. Zwykle wiążą się ze znaczną zmianą w postrzeganiu innych ludzi, świata, siebie i relacji między nimi. Tym, co różnicuje typ mistyczny od tego bardziej głębokiego, o charakterze wglądu, jest poczucie bycia pod wpływem czegoś zewnętrznego i większego.

Natomiast O'Leary i Ickovics (1995) wskazali w swoim modelu perspektywy odporności i rozwoju trzy możliwe efekty doświadczonych zdarzeń: przeżycie (funkcjonowanie poniżej wcześniejszego poziomu wyjściowego), powrót do zdrowia (odporność poprzez powrót do poprzedniego poziomu wyjściowego) i prosperowanie (wykraczanie poza poprzedni poziom wyjściowy, a nawet rozkwit).

Z kolei Aldwin i Stokols (1988) zaproponowali model odchylenia-wzmocnienia, aby uwzględnić długoterminowe skutki stresu. W przeciwieństwie do procesów przeciwdziałania odchyleniom, które działają jak pętle ujemnego sprzężenia zwrotnego i przywracają organizm do homeostazy, procesy odchylenia-wzmocnienia nasilają zmianę. Autorzy doszli do wniosku, że gwałtowne, nieoczekiwane stresory, które mają wpływ na wiele sfer funkcjonowania człowieka i są bardziej dotkliwe (tj. stresory traumatyczne), prowadzą do procesów odchylenia-wzmocnienia. Zmiana pozytywna została zdefiniowana jako rozwój zasobów radzenia sobie, a zmiana negatywna jako wyczerpywanie się tych potencjałów. Zasugerowali, że szereg czynników osobowych i sytuacyjnych może promować lub utrudniać pozytywną zmianę. Czynniki te obejmowały wsparcie społeczne, inteligencję, skuteczne radzenie sobie, determinację i elastyczne postawy. W przeciwieństwie do wymienionych, izolacja społeczna, trudny temperament, unikowe strategie radzenia sobie i brak zasobów społecznych przyczyniają się do zmian negatywnych (Aldwin, 1994; Aldwin i Sutton, 1998; Aldwin i in., 1996).

Schaefer i Moos (1992) natomiast założyli, że na rozwój kryzysów życiowych i ich następstwa wpływają czynniki osobiste (np. zmienne socjodemograficzne, zasoby osobiste, w tym poczucie własnej skuteczności, odporność, motywacja, zdrowie i wcześniejsze doświadczenia) oraz środowiskowe (np. relacje, wsparcie społeczne, dom i inne środowiska). Oddziałują one na te następstwa poprzez czynniki związane ze

zdarzeniami, w tym czas, nasilenie, zakres i czas trwania kryzysu. Autorzy wskazują, że powiązanie czynników osobistych i środowiskowych może ukształtować ocenę poznawczą i determinować reakcje radzenia sobie stosowane przez osobę w wyniku kryzysu życiowego. Z kolei skuteczne wykorzystanie tych reakcji, oceny i radzenie sobie mają wpływ na pozytywne konsekwencje w obliczu doświadczonej traumy. Moos i Schaefer (1993) rozróżniają radzenie sobie ukierunkowane na zbliżanie (np. logiczna analiza sytuacji, pozytywna ocena sytuacji, poszukiwanie wsparcia, aktywne radzenie sobie) oraz radzenie sobie oparte na unikaniu (np. próba minimalizacji problemu, wycofywanie się z problemu, wyładowywanie emocji). Sugerują, że radzenie sobie ukierunkowane na zbliżanie prowadzi do pozytywnych zmian, podczas gdy radzenie sobie związane z unikaniem sprzyja zmianom o charakterze negatywnym. Następnie zaproponowali trzy rodzaje komponentów, które mogą służyć zmianom pozytywnym, w tym zwiększone zasoby społeczne (np. lepsze relacje, nowe sieci wsparcia), zwiększone zasoby osobiste (np. asertywność, empatia, altruizm, dojrzałość) oraz rozszerzony repertuar sposobów radzenia sobie (np. logiczne myślenie, poszukiwanie wsparcia) (Schaefer i Moos, 1998).

Tedeschi i Calhoun (1995; Calhoun i Tedeschi, 1998, 1999; Tedeschi i Calhoun, 2004a,b) przedstawiają najbardziej wyczerpujący teoretyczny opis potraumatycznego wzrostu. Ich model został opracowany na podstawie różnych prac teoretycznych, wskazujących na znaczenie procesów oceny poznawczej, badań własnych i innych dotyczących tego zagadnienia (Tedeschi i in., 1998) oraz w oparciu o własne doświadczenia kliniczne (Calhoun i Tedeschi, 1999, por. Ogińska-Bulik, 2013a).

Zaproponowany przez nich model funkcjonalno-opisowy wskazuje, w jaki sposób traumatyczne wydarzenia mogą służyć jako wyzwanie dla schematów poznawczych występujących przed urazem, niszcząc wcześniejsze cele, przekonania i sposoby radzenia sobie. Kiedy te schematy zostają rozbite, prowadzi to do ruminacji, ponieważ ludzie próbują zrozumieć, co się stało i poradzić sobie ze swoimi emocjonalnymi reakcjami na traumę. W początkowych etapach ta ruminacyjna aktywność jest bardziej automatyczna niż celowa (częściowo zgodna z grupami objawów ponownego doświadczania i unikania w obrębie PTSD). Na ten ruminacyjny proces mają wpływ sieci wsparcia społecznego, które zapewniają źródła komfortu i ulgi, jak również nowe sposoby radzenia sobie i dostępne opcje budowania nowych schematów pourazowych. Skuteczne radzenie sobie na tym etapie ułatwia oderwanie się od celów, które są obecnie nieosiągalne i przekonanie,

których nie można już utrzymać w środowisku pourazowym, oraz pozwala na zmniejszenie stresu emocjonalnego. Ponieważ skuteczne radzenie sobie pomaga w adaptacji, początkowa aktywność ruminacyjna, która charakteryzowała się automatycznym charakterem, zmienia się w bardziej wymagającą aktywność ruminacyjną o charakterze celowym. Ta trudna czynność charakteryzuje się rozwojem narracji, którego częścią może być poszukiwanie sensu i nadawanie znaczenia przeżytemu zdarzeniu. Interakcja z tym procesem to doświadczenie i samoidentyfikacja wzrostu. Co ważne, chociaż ta zmiana w kierunku bardziej wymagającej aktywności ruminacyjnej jest konieczna do osiągnięcia wzrostu, nie wyklucza możliwości trwałego cierpienia z powodu traumy, ale na niższym poziomie niż w bezpośrednim jej następstwie (Joseph i Linley, 2006).

Zgodnie z modelem wzrostu po traumie wśród czynników warunkujących występowanie pozytywnych zmian potraumatycznych zwraca się uwagę na znaczenie posiadanych zasobów osobistych i społecznych (m.in. wsparcia społecznego) oraz stosowanych strategii radzenia sobie. Pomagają one w uporządkowaniu i odbudowaniu zniszczonych w wyniku traumy schematów poznawczych. Ponadto sprzyjają przekształcaniu ruminacji natrętnych, pojawiających się automatycznie w ruminacje refleksyjne, o charakterze celowym i nadawaniu sensu doświadczonym zdarzeniom, dzięki czemu możliwe jest wystąpienie potraumatycznego wzrostu (Ogińska-Bulik, 2013a; Tedeschi i Calhoun, 2004).

Pierwsza wersja modelu z 1995 roku wprowadzonego przez Tedeschiego i Calhouna przedstawia wpływ wsparcia ze strony innych lub cech osobowości jednostki oraz rewizji schematów poznawczych na akceptację niezmiennych aspektów sytuacji. Wiąże się to również z wyznaczeniem nowych, bardziej realistycznych celów i wypracowaniem nowego zrozumienia tego, co się wydarzyło. Potraumatyczny wzrost obejmuje też skuteczne radzenie sobie, w którym sytuacja jest rozumiana, stres emocjonalny zmniejsza się i podejmowane są działania, aby skutecznie osiągnąć zrewidowane cele. W modelu Tedeschiego i Calhouna z 1995 roku większy wzrost następuje po dodatkowym przetwarzaniu poznawczym przez szczególnie kreatywną osobowość. Ruminowanie o doświadczonym zdarzeniu jest bardziej refleksyjne, ponieważ sytuacja staje się łatwiejsza do opanowania i zrozumiała, a stres emocjonalny jest mniejszy. Zmiany poznawcze charakteryzują się przeglądem i rewizją narracji życiowej oraz rozwojem mądrości.

Od tego czasu pojawiły się kolejne rewizje tego modelu, które nieco różnią się od pierwotnej wersji, ale główne idee pozostały niezmiennie (Tedeschi i Calhoun, 1996, 2004, 2006; Calhoun i in., 2010). Wśród głównych elementów wspólnych dla wszystkich modeli znalazły się:

1. Osoba przed traumą (umiarkowane samopoczucie; rodzący się schemat rozwoju potraumatycznego; złożony, aktywny, otwarty, pełen nadziei styl poznawczy jako cechy, które pozwalają na bardziej efektywne poruszanie się w kierunku PTG)
2. Zdarzenie traumatyczne, oceniane indywidualnie
3. Wyzwania (dla celów i przekonań wyższego rzędu oraz umiejętności radzenia sobie z dystresem emocjonalnym)
4. Ruminacje (bardziej automatyczne niż refleksyjne)
5. Skuteczne radzenie sobie (uwolnienie się od nieosiągalnych celów i przekonań; zmniejszenie stresu emocjonalnego dzięki skutecznym strategiom regulacji emocji)
6. Ruminacje (bardziej refleksyjne niż automatyczne)
7. Wsparcie społeczne (źródło komfortu, nowe schematy, adaptacyjne radzenie sobie)
8. Potraumatyczny wzrost (relacje z innymi, nowe możliwości, osobista siła, zmiany duchowe, docenianie życia), rozwój narracji i mądrość
9. Niewielkie trwałe cierpienie spowodowane traumą (może pomóc skoncentrować się na zmianie i wzroście) (Tedeschi i Calhoun, 1995, 1996).

Wersja modelu z 2004 roku składa się już z jedenastu komponentów. Osiem z nich jest takich samych jak w pierwszym modelu PTG, natomiast w przypadku pozostałych trzech dokonano zmian: jeden element został rozdzielony (PTG różni się od narracji i mądrości), drugi inaczej sformułowany (wsparcie społeczne), a trzeci dodany (kontekst kulturowy). Model ten sugeruje, że chociaż PTG i rozwój zrewidowanej narracji lub mądrości są ze sobą skorelowane i częściowo się nakładają się, nie są jednak tym samym. Po drugie, wsparcie społeczne w tej wersji modelu zostało zmienione na ujawnianie siebie. Wcześniejsze modele uwzględniały kluczową rolę wsparcia społecznego dla obydwu typów ruminacji i radzenia sobie. Jednak ta kolejna wersja modelu wyraźnie sugeruje rolę „ujawniania się” poprzez pisanie (lub inną twórczą ekspresję), albo mówienie o doświadczeniach PTG. To wyjaśnienie, oparte na danych empirycznych, wskazało, że ujawnianie siebie w zakresie emocji i własnego punktu widzenia na bieżące

kryzysy życiowe, a także sposób, w jaki inni reagowali na nie, prawdopodobnie mają wpływ na PTG. Ponadto do tej wersji dodano elementy społeczno-kulturowe (Calhoun i Tedeschi, 2004, 2006).

Nowsza wersja modelu została zaktualizowana w oparciu o ustalenia, które pomagają w zrozumieniu roli zaangażowania poznawczego w procesie występowania pozytywnych zmian potraumatycznych (Calhoun i in., 2010). Proces ten zaczyna się od osoby przed traumą, a kończy na pozytywnych zmianach, jakie mogą nastąpić w wyniku zmagania się z kryzysami życiowymi. Autorzy zakładali, że to zakłócenie własnych przekonań, a nie charakterystyka samego zdarzenia, inicjuje procesy, które mogą ostatecznie doprowadzić do powstania PTG. Autorzy rewizji modelu z 2010 roku (Calhoun i in., 2010) zwracają uwagę, że to samo wydarzenie może rzucić wyzwanie założeniom niektórych ludzi i wywołać traumatyczny efekt, podczas gdy inni mogą łatwo dopasować to wydarzenie do swoich przekonań. Wstępne ustalenia autorów modelu potwierdzają pogląd, że stopień, w jakim zdarzenie skłania ludzi do zrewidowania swoich podstawowych przekonań, jest raczej marginalnie związany z dystresem, ale silnie związany z doświadczanym wzrostem. Należy zauważyć, że stres emocjonalny może wystąpić po ekspozycji na bardzo stresujące wydarzenia, nawet jeśli wydarzenia te są zgodne z założeniami dotyczącymi świata i własnej osoby, jak w przypadku akceptacji śmierci bliskiej osoby traktowanej jako część ludzkiej egzystencji (Calhoun i in., 2010).

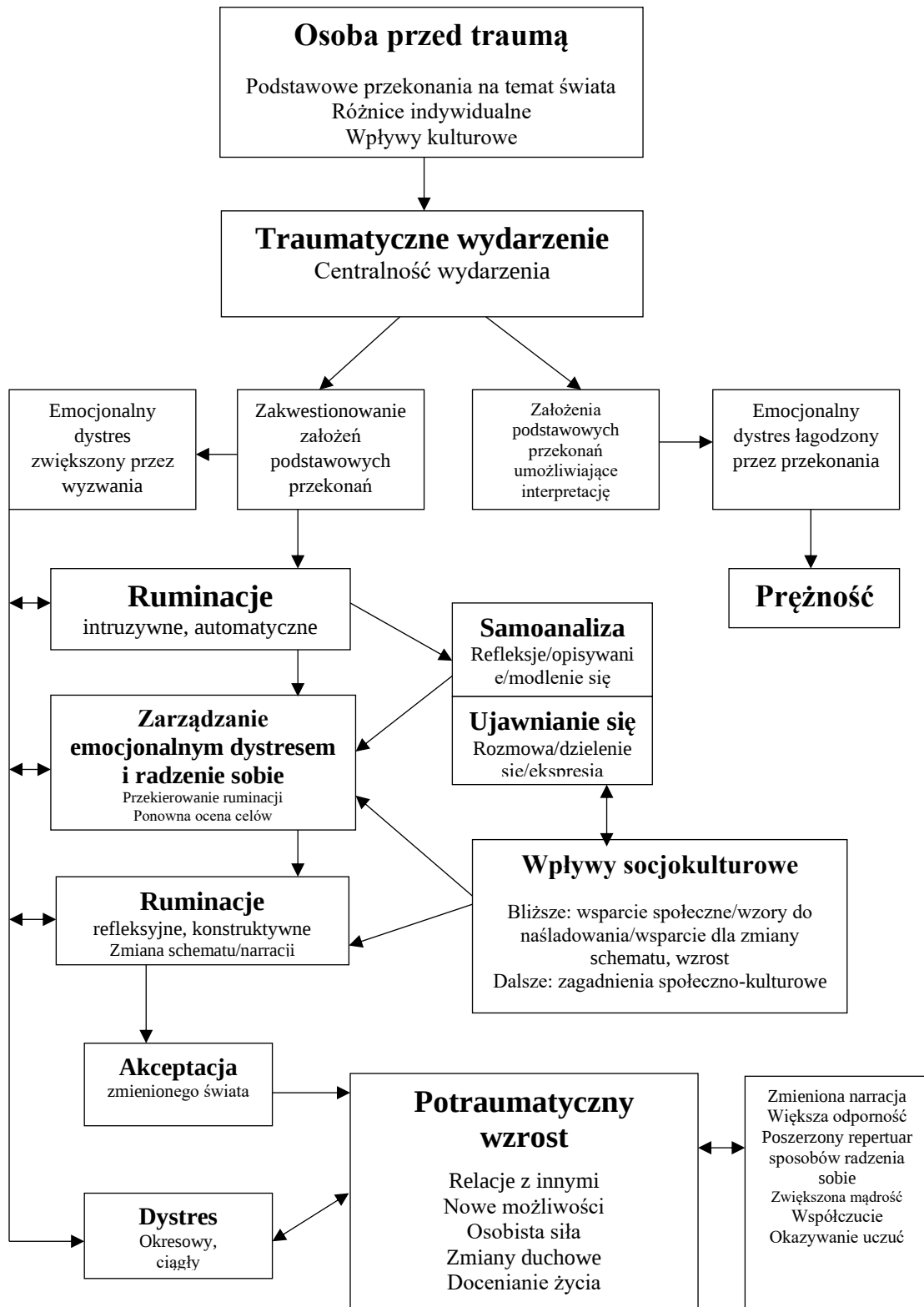
Autorzy modelu zwracają też uwagę na inny aspekt procesu potraumatycznego wzrostu, jakim jest charakter związku między PTG a wskaźnikami dobrostanu lub zadowolenia z życia. Należy zauważyć, że ludzie mogą jednocześnie doświadczać wzrostu i cierpienia. Chociaż dla niektórych osób możliwe jest, że PTG ułatwia rozwój mądrości, która ostatecznie prowadzi do dobrostanu, nie jest to jednak zjawisko powszechne. Wzrost jest prawdopodobnie silniej powiązany z poczuciem mądrości, która może być odzwierciedlona w narracji na temat świata i siebie, niż poziomem odczuwanego ogólnego szczęścia lub depresji (Calhoun i in., 2010).

Zmieniony schemat modelu wyjaśnia również interakcję między ruminacjami a poziomem cierpienia. Ruminacje wkrótce po zdarzeniu, w postaci natrętnych myśli, prawdopodobnie będą pozytywnie kojarzone zarówno z emocjonalnym niepokojem, jak i zakłóceniem przekonań. W miarę jak ruminacje przybierają mniej natrętne i bardziej przemyślane (celowe) formy odzwierciedlające wysiłki na rzecz nadania sensu

wydarzeniu i odbudowania przekonań, zmniejszający się poziom cierpienia może motywować osobę do pracy nad zrozumieniem tego, co się wydarzyło.

Nowym i istotnym obszarem przedstawionym w tym modelu PTG jest samoanaliza, czyli możliwość refleksji, pisanie na temat wydarzenia np. w formie pamiętnika, dziennika, bloga, czy modlenie się. Powiązana jest ona z ujawnianiem się, które z kolei polega na dzieleniu się z innymi swoimi doświadczeniami dotyczącymi traumy. Dzięki temu możliwe jest uzyskanie zrozumienia, ale także informacji pomocnych w odbudowie podstawowych przekonań jak również nowych wzorców narracyjnych. Wśród dostępnych form najbardziej skuteczne są rozmowa, dzielenie się przemyśleniami czy ekspresja emocji (Calhoun i in., 2010). Choć model nie jest wyczerpujący, a niektóre jego elementy (na przykład wpływy społeczno-kulturowe) są same w sobie dość złożone, wydaje się bardziej wszechstronny. Najnowsza wersja modelu PTG została opracowana na podstawie wcześniejszych. Przetawia ją Rycina 1.

Rycina 1. Zrewidowany model potraumatycznego wzrostu (opracowanie własne na podstawie Tedeschi i in., 2018, s.44).



Podobnie jak w poprzednich wersjach, model ten uwzględnia opisywane wcześniej obszary potraumatycznego wzrostu oraz sposoby, w jakich ludzie go doświadczają. Są jednak pewne zmiany. Po pierwsze, w przeciwieństwie do wersji z 2004/2006, model ten obejmuje efekty lub rezultaty PTG, czyli pośredni wpływ PTG oraz bezpośredni wpływ akceptacji lub narracji/mądrości na dobrostan. Autorzy sugerują, że PTG i cierpienie współistnieją, ale dobre samopoczucie może również wynikać z PTG, pomimo odczuwanego dystresu.

W modelu autorzy uwzględnili również inną możliwość reagowania na sytuację traumatyczną, która nie prowadzi do potraumatycznego wzrostu, a do prężności. Osoby, u których trauma nie powoduje zakłóceń w podstawowych przekonaniach, interpretują wydarzenie traumatyczne w nieco odmienny sposób. Prawdopodobnie schematy poznawcze dotyczące siebie i świata są u nich tak silne, że nie podlegają zmianom pod wpływem doznanych sytuacji i same w sobie powodują obniżenie poziomu dystresu. A to z kolei może skutkować wytworzeniem odporności (prężności). W takim przypadku skutki zdarzenia prowadzą nie do PTG, ale do poczucia dobrostanu bez osobistej zmiany lub rozwoju, w odróżnieniu od poprzedniej wersji modelu, w której badacze sugerowali, że brak zakłócenia w podstawowych przekonaniach i odmienna interpretacja sytuacji traumatycznej prowadzą tylko do emocjonalnego dystresu, który mimo wszystko może sprzyjać satysfakcji z życia.

Najnowsza wersja modelu PTG wskazuje, że potraumatyczny wzrost może więc być związany ze zmienioną narracją, większą odpornością, poszerzonym repertuarem sposobów radzenia sobie, zwiększoną mądrością, a także współczuciem oraz okazywaniem uczuć. Autorzy modelu uważają również, że niektóre zdarzenia traumatyczne mogą prowadzić zarówno do PTG, jak i PTSD, podczas gdy inne do rozwoju potraumatycznego i zaburzeń pourazowych innych niż PTSD. Możliwe jest również, że mogą wystąpić jedynie negatywne skutki w postaci PTSD lub innych zaburzeń w wyniku doświadczonej traumy. Zdaniem autorów, warunkiem pojawienia się wzrostu potraumatycznego jest centralność wydarzenia dla tożsamości jednostki oraz zasadnicza różnica między jej osądem a treścią głównych przekonań o sobie i o świecie.

To nowe podejście do skutków traumy odpowiada tezie sformułowanej przez Bakera i in. (Baker i in., 2008; Zięba, 2021), która zakłada, że skutkiem adaptacji potraumatycznej mogą być nie tylko pozytywne, ale i negatywne zmiany kluczowych przekonań, a także współistnienie zmian w obu kierunkach. Wspomniani autorzy

zaproponowali koncepcję deprecjacji potraumatycznej (*Posttraumatic Depreciation* – PTD), czyli negatywnych zmian poznawczych wynikających z doświadczenia zdarzenia traumatycznego, które mogą wystąpić w obszarach podobnych do PTG. Oznacza to, jak wskazuje Zięba (2021), że w wyniku doznanej traumy można doświadczyć zarówno wzrostu siły osobistej, jak i jej spadku, rozwoju duchowości, jak i jej obniżenia. Aby ocenić deprecjację potraumatyczną, stworzono narzędzie pomiarowe przy użyciu równoległych wersji pytań z Inwentarza Potraumatycznego Wzrostu (*Post-Traumatic Growth Inventory* – PTGI), opracowanego przez Tedeschiego i Calhouna (1996). Przeprowadzone badania potwierdziły, że potraumatyczny wzrost i potraumatyczna deprecjacja mają dwa różne wymiary, i że zmiany zachodzące w każdym z nich mogą współistnieć (Cann i in., 2010). Ponadto pokazują, że predyktorem wzrostu potraumatycznego jest zakłócenie w kluczowych przekonaniach, podczas gdy w przypadku deprecjacji potraumatycznej rolę predyktora odgrywały ruminacje natrętne. Na możliwość współistnienia wzrostu i deprecjacji wskazują także polskie badania przeprowadzone w grupie kobiet po mastektomii, które przytacza Zięba (Kroemeke i in., 2017, za: Zięba, 2021). Autorzy wykazali, że większość, czyli około połowa pacjentek, zgłaszała wysoki poziom wzrostu i jednocześnie niski poziom deprecjacji, a 17,9% wykazywało niski stopień zarówno negatywnych, jak i pozytywnych zmian. Z kolei na niski poziom wzrostu i wysoki deprecjacji wskazało 14,3% kobiet, podczas gdy wysokie nasilenie w obu kategoriach zaobserwowano u 15,5% badanych. Taku i in. (2021, Zięba, 2021) wskazują, że istnieje możliwość przewidywania wystąpienia PTD i PTG przy założeniu, że dla deprecjacji potraumatycznej predyktorami są czynniki zawarte w modelu Tedeschiego i Calhouna, czyli centralność wydarzenia i jego wpływ na własne przekonania, ruminacje i dzielenie się doświadczeniami z innymi. Wskazują, że koncentracja na wydarzeniu będzie wzmacniać zarówno deprecjację, jak i potraumatyczny wzrost. Wpływ ruminacji zależy od ich rodzaju. Natrętne ruminacje są postrzegane jako czynnik sprzyjający deprecjacji, a ruminacje refleksyjne jako czynnik wzmacniający wzrost. Wpływ dzielenia się doświadczeniami będzie zależał od reakcji innych, tj. zrozumienie i wsparcie ze strony innych może sprzyjać wzrostowi, w przypadku braku zrozumienia i wsparcia skutkiem może być deprecjacja.

Warto przytoczyć badanie Taku i in. (2021), opisane przez Ziębę (2021), przeprowadzone w 10 krajach, w tym w Polsce, które w dużej mierze potwierdziło opracowany model. Większość uzyskanych danych wskazuje na brak korelacji między

deprecjacją a wzrostem. W Polsce i kilku innych krajach uzyskano zależność krzywoliniową, wskazującą, że najwyższe tempo wzrostu zaobserwowano u osób z umiarkowanym stopniem deprecjacji potraumatycznej. Ponadto poziom PTD był dodatnio związany z nasileniem objawów PTSD. Potwierdzono również predykcyjną rolę pozytywnych aspektów dzielenia się doświadczeniami, centralności wydarzenia i zakłóceń w podstawowych przekonaniach. W polskiej próbie głównymi predyktorami wzrostu były dzielenie się doświadczeniami i koncentracja na wydarzeniu. Jedynym predyktorem deprecjacji w większości krajów okazała się negatywna reakcja środowiska na wymianę doświadczeń. Uzyskane wyniki potwierdzają oczekiwania autorów modelu, że potraumatyczny wzrost i deprecjacja nie są traktowane jako dwa bieguny tego samego wymiaru.

1.1.4.3. Wspieranie wzrostu po traumie

Przegląd dostępnej literatury wskazuje, że ludzie są zdolni czerpać korzyści z doświadczonej traumy. Z kolei modele wzrostu po traumie pokazują, jakie czynniki mogą wspierać potraumatyczny wzrost i dlaczego niektórzy ludzie go doświadczają, a inni nie. Dlatego też można zwiększyć skuteczność niesienia pomocy ludziom, którzy doznali traumy, nie tylko poprzez redukcję objawów PTSD, ale także przez wspieranie wzrostu po traumie.

Rozwój potraumatyczny jest okazją do budowania odporności i lepszego radzenia sobie z wyzwaniami życiowymi, które mogą pojawić się w przyszłości. Należy jednak podkreślić, że „ścieżka” rozwoju przebiega przez objawy PTSD, dlatego wskazane jest łączenie działań w celu ograniczenia negatywnych i promowania pozytywnych konsekwencji przeżytej traumy. W terapii PTSD jednostka zostaje skonfrontowana z przeszłymi wydarzeniami i towarzyszącymi im negatywnymi uczuciami. Jednak powrót do tego traumatycznego wydarzenia, nawet jeśli jest bolesny, wydaje się konieczny. Służy do przezwyciężenia traumy i może pomóc w dokonaniu pozytywnej zmiany (Ogińska-Bulik, 2013a).

Ogińska-Bulik (2013a) wskazuje, że szczególną rolę w rozwoju potraumatycznym odgrywa kształtowanie refleksyjności i budowanie nadziei. Umiejętność refleksji sprzyja aktywnemu przetwarzaniu informacji i angażuje jednostkę do poszukiwania nowych perspektyw. Refleksja czy ruminacja (głównie refleksyjna) wydaje się wręcz konieczna w rekonstrukcji zniszczonych w wyniku traumy schematów poznawczych. Ważną rolę

we wspomaganiu potraumatycznego rozwoju może odgrywać również aktywność duchowa. Znaczenie duchowości jako czynnika pozytywnie związanego z nasileniem pourazowego wzrostu wykazano w badaniach przeprowadzonych wśród personelu pogotowia ratunkowego (Ogińska-Bulik, 2013a). Trening mentalny może bezpośrednio przyczynić się do nadania znaczenia sytuacji życiowej, ale może również zwiększyć nadzieję.

Interwencje mające na celu promowanie rozwoju potraumatycznego, jak wskazuje Ogińska-Bulik (2013a) powinny również uwzględniać rozwój cech osobowości sprzyjających pojawieniu się pozytywnych zmian, czyli ekstrawersji. Znaczenie tego aspektu osobowości wiąże się z jego pozytywnym wpływem, który może zredukować negatywne emocje wywołane przeżytą traumą. Chociaż zakłada się stabilność cech osobowości, mogą one nadal ulegać pewnym zmianom. Ponadto w trakcie procesu interwencji konieczne jest rozwijanie umiejętności niezbędnych do rozumienia przeżywanej sytuacji, nadawania jej znaczenia, kształtowania postaw pozwalających na skuteczne radzenie sobie z nią i zmianę oczekiwań jednostki, z tych o charakterze obronnym na te bardziej aktywne, związane z rozwojem.

Lechner i Antoni (2004) zwracają uwagę, że w programach radzenia sobie ze stresem ukierunkowanych na promowanie rozwoju, opartych na podejściu poznawczo-behawioralnym, powinno być miejsce na opracowanie czynników promujących pracę z traumą, w tym budowanie optymizmu, nadziei, akceptacji, zdolności do wyrażania emocji, rozwijania umiejętności zaradczych, także poprzez wykorzystywanie strategii opartych na znaczeniu, w postaci odwoływania się do religii czy pozytywnego przewartościowania.

Należy podkreślić, że w pierwszych etapach radzenia sobie z traumą większe znaczenie mają metody radzenia sobie z emocjami, podczas gdy strategie skoncentrowane na problemie nabierają znaczenia w późniejszych etapach tego procesu. Dlatego ważne jest poszerzenie wachlarza strategii radzenia sobie dla osób narażonych na traumę również o te, które są powszechnie uważane za nieprzystosowawcze, ponieważ nie prowadzą bezpośrednio do rozwiązania problemu (Ogińska-Bulik, 2013a).

W radzeniu sobie z traumatycznymi wydarzeniami należy zwrócić uwagę na potrzebę wyrażania emocji, zwłaszcza negatywnych. Można to osiągnąć nie tylko opowiadając o przeżytej sytuacji, ale także pisząc o niej, być może w formie pamiętnika lub bloga. Pierwsza pozwala na większą szczerość i jest rodzajem rozmowy z samym

sobą. Ta ostatnia pozwala uzyskać wsparcie od innych, zwłaszcza tych, którzy przeszli przez podobne sytuacje. Cordova i in. (2001) wykazali, że mówienie o chorobie ma pozytywny związek z rozwojem pourazowym. Pisanie, bez względu na formę, ułatwia rozpoznanie, nazwanie i kontrolę przeżywanych emocji, uporządkowanie myśli, umożliwienie lepszego zrozumienia siebie, innego spojrzenia na siebie i otaczającą nas rzeczywistość.

Wsparcie społeczne jest z pewnością pomocne w procesie pozytywnej zmiany po traumie. Dlatego podkreśla się potrzebę rozwijania umiejętności dostrzegania i korzystania ze wsparcia społecznego. Osoby, które mogą z niego korzystać, są również bardziej skłonne do zrozumienia doświadczanych zdarzeń (Tedeschi i Calhoun, 1996). Wsparcie udzielane osobom, które przeżyły traumę, zwiększa możliwości modyfikacji istniejących schematów poznawczych i pozwala na tworzenie innych, zmienionych, dostosowanych do nowej rzeczywistości.

Do tej pory opracowano bardzo niewiele programów promujących potraumatyczny wzrost. Wśród tych nielicznych koncentrowano się na treningu umiejętności wyrażania emocji, percepcji i korzystania ze wsparcia społecznego. W badaniach kobiet z wczesniejszym rakiem piersi (Spiegel i in., za: Lechner i Antoni, 2004) w ramach terapii wspierającej oddziaływania miały na celu zreformowanie podstawowych zasad przeżycia, kształtowanie zdolności radzenia sobie z chorobą, stosowanie technik relaksacji lub autohipnozy. Te oddziaływania pomagają przede wszystkim w łagodzeniu bólu.

Z kolei w odniesieniu do osób, które doświadczyły różnych negatywnych wydarzeń życiowych, opracowany program radzenia sobie ze stresem opierał się na podejściu poznawczo-behawioralnym (Lechner i Antoni, 2004). Był on ukierunkowany głównie na redukcję stresu i negatywnych emocji, budowanie nadziei, pozytywne myślenie, umiejętność wyrażania emocji, kształtowania umiejętności skutecznego radzenia sobie i korzystania ze wsparcia społecznego. Podobny program dla kobiet z rakiem piersi (Antoni i in., 2001) wykazał, że więcej pozytywnych zmian wystąpiło u kobiet z niższym wyjściowym optymizmem i miały one miejsce w późniejszym okresie. Natomiast u kobiet o wyższym poziomie początkowego optymizmu pozytywne zmiany wystąpiły na początku programu, ale efekt nie utrzymywał się w kolejnych miesiącach.

1.1.5. Współwystępowanie negatywnych i pozytywnych następstw traumy

Związki między negatywnymi a pozytywnymi skutkami ekspozycji na traumę mogą mieć różny charakter. Rozważając związek między PTSD i PTG, należy podkreślić, że większość badań wskazuje na dodatnie powiązania między nimi (Bensimon, 2012; Dekel, i in., 2012; Morris i in., 2005; Taku i in., 2008; Wu K. i in., 2016). Autorzy teorii PTG postulują, iż odczuwany stres wynikający z doświadczenia traumy jest warunkiem wstępnym dla wystąpienia PTG (Tedeschi i Calhoun, 2004). Na dodatnie związki między PTSD (szczególnie w obszarze intruzji i pobudzenia) a PTG wskazują również polskie badania Ogińskiej-Bulik i Juczyńskiego (2012a) przeprowadzone w grupie pacjentów poradni kardiologicznej oraz badania studentów (Ogińska-Bulik i Nafullaeva, 2020). Niektóre dane pokazują, że związek między PTG a PTSD ma charakter krzywoliniowy (odwrócone U; Frazier i in., 2001; Levine i in., 2008), co zakłada, że być może umiarkowany poziom PTSD bardziej sprzyja rozwojowi PTG. Kleim i Ehlers (2009) zauważyli istotne krzywoliniowe powiązania między zespołem stresu pourazowego a potraumatycznym wzrostem, przy czym osoby, które ujawniły niski lub wysoki poziom wzrostu, zgłaszały mniej objawów PTSD niż osoby, które zgłosiły umiarkowany wzrost. Z kolei Xu i Liao (2011) stwierdzili, że związek między ogólnymi wynikami PTG i PTSD był słabszy niż korelacje między poszczególnymi obszarami zespołu stresu pourazowego i potraumatycznego wzrostu.

Pozytywny związek między PTSD i PTG nie został jednak potwierdzony w innych badaniach. Koutrouli i in. (2012) dokonali przeglądu 24 badań opublikowanych w latach 1990-2010 i stwierdzili, że PTSD i PTG nie wiązały się ze sobą wśród osób chorych na raka piersi; wyniki te mogły być związane z różnicami metodologicznymi lub kulturowymi. Na przykład, PTSD i PTG występują częściej wśród pacjentów, którzy postrzegają diagnozę choroby w charakterze silnego stresora. Natomiast u uczestników, którzy nie odczuwają stresu w związku z chorobą, obserwuje się brak związku między PTSD i PTG. Należy zwrócić uwagę, że w metaanalizie Koutrouli i in. (2012) większość badań miała charakter retrospektywny, przez co zwiększa się możliwość zniekształcenia wyników z powodu błędu pamięci. Co ważniejsze, niektóre badania w ramach ich metaanalizy obejmowały małe próbki liczące mniej niż 100 uczestników, co ograniczało możliwość wykrycia istotnego związku między PTSD a PTG (Xie i in., 2019).

Badanie podłużne przeprowadzone na osobach, które przeżyły napaść na tle seksualnym, wykazało, że PTSD i PTG są ze sobą ujemnie powiązane (Kirkner i Ullman, 2019), przy czym niższy poziom PTSD był powiązany z wyższym nasileniem PTG.

Związek między PTSD i PTG wydaje się więc być bardziej złożony, co potwierdzają analizy różnych badań. Joseph i Williams (2005) wskazują na wpływ wielu czynników psychospołecznych na rozwój przystosowania. Według Josepha i Linleya (2006) osobowość wpływa na radzenie sobie, stan emocjonalny i ocenę sytuacji, które składają się na reakcje PTSD, a te czynniki z kolei wpływają na rozwój PTG. Tedeschi i Calhoun (2004) zakładają, że wzrost potraumatyczny występuje tylko wtedy, gdy trauma jest na tyle silna, że ocaleni zaczynają angażować się w nadawanie znaczenia wydarzeniu. Natrętne myśli są uważane za rodzaj przetwarzania poznawczego, które może pomóc ofiarom zrozumieć i przepracować konsekwencje doznanych sytuacji traumatycznych (Helgeson i in., 2006). W związku z tym do rozwoju PTG niezbędne jest doświadczanie niektórych objawów PTSD, takich jak natrętne myśli. Ważny jest także czas, w jakim osoby angażują się w przetwarzanie poznawcze zdarzenia traumatycznego.

Podsumowanie

Trauma w grupie osób dorosłych jest zjawiskiem dość dobrze opisanym w literaturze, co potwierdzają opracowane modele teoretyczne oraz liczne badania. Rozumienie traumy jest odmiennie ujmowane przez różnych autorów i zmieniało się na przestrzeni lat. Warto podkreślić, że określenie „trauma” może być utożsamiane zarówno z samym zdarzeniem traumatycznym, jak i reakcją na tego typu zdarzenia. Definicja traumy zmieniała się wraz z kolejnymi edycjami klasyfikacji DSM i ICD. Do traumatycznych zdarzeń zalicza się przede wszystkim te wydarzenia, które bezpośrednio lub pośrednio narażają jednostkę na utratę zdrowia, śmierć lub zagrożenie śmiercią.

Doświadczenie zdarzeń o charakterze traumatycznym jest zjawiskiem bardzo powszechnym. Według badań epidemiologicznych przeprowadzonych w różnych krajach 20-90% populacji doznało (lub dozna) co najmniej jednego takiego wydarzenia w swoim życiu. Wśród najczęściej występujących zdarzeń traumatycznych wymienia się wypadki komunikacyjne, zagrażające życiu choroby, katastrofy naturalne i spowodowane przez ludzi, przemoc (fizyczną, psychiczną, seksualną, gwałt). Ostatnie wydarzenia na świecie pokazują, że wielu ludzi doświadczyło zagrażającej życiu choroby wynikającej z zakażenia się koronawirusem Sars-Cov-2. Aktualna sytuacja w Ukrainie

wskazuje, że również wojna i związane z nią m.in. uchodźstwo, są dosyć częstym zjawiskiem.

Doświadczenie sytuacji traumatycznych niesie za sobą wiele konsekwencji. Wśród nich możemy wyróżnić te negatywne, jak depresja, lęk, zaburzenia zachowania, uzależnienia behawioralne i substancjalne, ostre zaburzenie stresowe, zaburzenia przystosowania oraz najlepiej udokumentowany w wielu badaniach zespół stresu pourazowego PTSD.

Diagnoza PTSD zmieniała się wraz z kolejnymi wersjami obowiązujących klasyfikacji. Aktualnie do stwierdzenia tego zaburzenia konieczne jest spełnienie kilku kryteriów. Przede wszystkim jednostka musi doświadczyć sytuacji uznanej za traumatyczną. Ponadto muszą występować objawy intruzji, pobudzenia, unikania oraz zmian w procesach poznawczych i nastroju. Muszą się one utrzymywać co najmniej miesiąc od zdarzenia, a zaburzenie nie może być wynikiem fizjologicznych skutków używania substancji psychoaktywnych ani innych uwarunkowań medycznych. Badania pokazują, że rozpowszechnienie PTSD jest bardzo zróżnicowane, a odsetek osób z rozpoznaniem tego zespołu waha się od 0,5 do nawet 30-40%.

W odniesieniu do PTSD powstało wiele modeli teoretycznych. Jednym z ważniejszych modeli jest poznawczy model zespołu stresu pourazowego Ehlers i Clarka, na którym m. in. oparto badania własne. Model ten stworzony został w odniesieniu do osób dorosłych, ale ma też swoje zastosowanie w odniesieniu do dzieci i młodzieży. Autorzy modelu zakładają, że istotną rolę w pojawianiu się objawów zespołu stresu pourazowego odgrywają poznawcze przetwarzanie traumy oraz stosowane strategie radzenia sobie.

Oprócz negatywnych konsekwencji, doświadczenie traumy może nieść za sobą również pozytywne skutki, ujawniane najczęściej w postaci potraumatycznego wzrostu. Potraumatyczny wzrost to zjawisko związane z przeżyciem zdarzenia traumatycznego w wyniku, którego obserwuje się poprawę funkcjonowania jednostki w porównaniu do okresu sprzed traumy. Potraumatyczny wzrost jest efektem poznawczego procesu przetwarzania traumy, w którym ci, którzy byli eksponowani na traumę zastosowali pozytywne interpretacje i znaleźli sens w traumatycznych wydarzeniach. Występowanie potraumatycznego wzrostu potwierdzone zostało wieloma badaniami, które wskazują, że nawet 80% osób doświadczających różnego typu zdarzeń traumatycznym deklaruje pozytywne zmiany w różnych obszarach życia.

Wśród wielu opracowanych modeli szczególne znaczenie przypisuje się modelowi wzrostu po traumie Tedeschiego i Calhouna, który w najbardziej wyczerpujący sposób opisuje występowanie pozytywnych zmian potraumatycznych. Biorąc pod uwagę dużą częstość występowania negatywnych skutków narażenia na traumę, należy podkreślić konieczność opracowania programów profilaktycznych mających na celu zapobieganie lub ograniczanie objawów PTSD, ale także promowania wzrostu po traumie. Natomiast w przypadku osób, które już prezentują objawy tego zespołu – konieczność leczenia zaburzeń pourazowych. Uważa się, że najbardziej skuteczna w leczeniu PTSD jest psychoterapia oparta na podejściu poznawczo-behawioralnym. Wiele badań wskazuje na współwystępowanie PTSD i PTG, dlatego też w proponowanych interwencjach warto łączyć działania w celu ograniczenia negatywnych i promowania pozytywnych konsekwencji przeżytej traumy.

1.2. Doświadczenia zdarzeń traumatycznych przez dzieci i młodzież

Człowiek w toku swojego życia mierzy się z silnymi stresorami od dzieciństwa aż do jego kresu. W każdym okresie życia pojawić mogą się traumatyczne zdarzenia. W zależności od poziomu rozwoju, odporności na stres i wsparcia z zewnątrz, zdolność radzenia sobie z traumą różni się u nieletnich. Co więcej, doświadczenie zdarzenia traumatycznego w okresie dzieciństwa czy adolescencji ma wpływ nie tylko na młodego człowieka, ale może determinować funkcjonowanie osoby w życiu dorosłym.

Dzieci poprzez swoje aktywne uczestnictwo w świecie od najmłodszych lat są konfrontowane z wieloma sytuacjami, które stanowią źródło traum. Zdarzenia traumatyczne należy traktować jako wyjątkowe, ponieważ aktywizują poczucie niebezpieczeństwa w wyniku działania bardzo silnych stresorów związanych z zagrożeniem życia własnego lub bliskich czy też w konfrontacji ze śmiercią (Zdankiewicz-Ścigała, 2020).

1.2.1. Rozumienie i typy traumy u dzieci i młodzieży

Analizowanie traumy jest szczególnie ważne w odniesieniu do dzieci i młodzieży, ponieważ są oni bardziej narażeni na konsekwencje zdarzeń traumatycznych ze względu na mniejsze kompetencje do radzenia sobie, większą kruchość, niedojrzałość układu nerwowego, a więc większe ryzyko dekompensacji. Traumą można traktować jako uraz, czyli skutek fizyczny i psychiczny zmagania się ze stresorem traumatycznym, jakiego doznała jednostka. Rana może być cielesna, kiedy dziecko jest ofiarą wypadków lub innych sytuacji, w których cierpi i ulega uszkodzeniu jego ciało (np. operacja chirurgiczna). Może być też psychiczna, ponieważ wynika ze świadomości i odczuć rozpadania się i niemocy pod wpływem trudnych stanów emocjonalnych, z którymi dziecko nie potrafi sobie poradzić. Doświadczenie traumy jest często łączone z ryzykiem utraty zdrowia czy narażeniem na śmierć. Warto zwrócić uwagę, że u dzieci percepcja śmierci jest ściśle związana z wiekiem, co potwierdzają prowadzone badania (Blilińska-Suchanek i Sałapata, 2012, za: Zdankiewicz-Ścigała, 2020). Dopiero około ósmego roku życia dziecko zaczyna rozumieć nieuchronność i ostateczność śmierci oraz odczuwa

związany z tym lęk. Starsze dzieci, mimo że zdają sobie sprawę z nieodwracalnego charakteru śmierci, to z reguły nie potrafią sobie z nią poradzić w sferze emocjonalnej i duchowej (Zdankiewicz-Ścigała, 2020).

Dzieci są narażone na różnego rodzaju zdarzenia traumatyczne, w tym związane ze stratą, na skutek śmierci osób bliskich, w wyniku wypadku czy choroby. Ponadto mogą doświadczać poczucia chronicznego zagrożenia ze względu na przemoc (w rodzinie czy w szkole), katastrofy naturalne czy spowodowane przez człowieka. Dzieci są także narażone na choroby potencjalnie zagrażające życiu, jak nowotwory czy niewydolność narządów wymagających transplantacji (Zdankiewicz-Ścigała, 2020).

W kontekście dzieci i młodzieży trauma najczęściej definiowana jest tak samo jak u osób dorosłych, czyli jako ekspozycja na wyjątkowo zagrażający lub katastroficzny stresor, związany z rzeczywistą śmiercią lub zagrożeniem życia, fizycznej integralności własnej lub innych ludzi, przemocą (APA, 2013). W klasyfikacji DSM i ICD nie ma oddzielnej definicji wydarzenia traumatycznego odnoszącego się do dzieci i młodzieży, co oznacza, że przedstawione w poprzednim podrozdziale zmiany w definiowaniu zdarzeń traumatycznych dotyczą również osób młodszych. Briere i Scott (2010) proponują, aby w odniesieniu do nieletnich posługiwać się szerszą definicją traumy. W ujęciu tym akcentuje się poważne zagrożenie dla integralności psychicznej. Nastolatek podczas doświadczenia traumatycznego wydarzenia, z reguły nie potrafi sobie poradzić mimo wykorzystania posiadanych zasobów.

Traumę u dzieci i młodzieży można też ujmować w kategorii konsekwencji doświadczonych sytuacji. Terr definiuje ją jako „psychologiczne konsekwencje nagłego, zewnętrznego zdarzenia lub serii zdarzeń, które czynią młodą osobę chwilowo bezradną i przekraczają zwykłe możliwości poradzenia sobie z nimi” (Terr, 1991, s.11). Autorka twierdzi, że wszystkie urazy okresu dzieciństwa pochodzą z zewnątrz, żadne nie powstaje jedynie w umyśle dziecka, czyli nie jest wytworem jego wyobraźni. Trauma rozpoczyna się zdarzeniem zewnętrznym, ale z chwilą tego zdarzenia zachodzą różne wewnętrzne zmiany w samym dziecku. Terr (1991) wyróżniła dwa podstawowe rodzaje traumy, które różnią się czasem trwania. Typ pierwszy odnosi się do zdarzenia pojedynczego i krótkotrwałego. Przez dziecko przeżywane jest ono intensywnie jako zagrożenie nagłe i burzące jego poczucie bezpieczeństwa, np. wypadek drogowy, nagła śmierć rodzica. Natomiast typ drugi jest efektem długotrwałego oddziaływania sytuacji traumatycznej,

które niszczy równowagę psychiczną i poczucie własnej wartości. Do tej kategorii można zaliczyć m. in. przemoc domową.

Sikorska (2014) oraz Steuden i Janowski (2016) również podzielili traumy na urazy krótkotrwałe, jednorazowe zwane też traumami prostymi oraz długotrwałe, zwane też traumami złożonymi. Pierwsze z nich mają charakter losowy i nieintencjonalny, natomiast drugie – intencjonalny.

Zdankiewicz-Ścigała (2020) dokonała podziału traum złożonych na trzy podtypy. Pierwszy z nich dotyczy funkcjonowania w systemie rodzinnym, gdzie dzieci są świadkami przemocy psychicznej i fizycznej dorosłych wobec siebie. Ten rodzaj powiązany jest ze zbyt dużą ilością pobudzenia w krótkim czasie, co z kolei prowadzi do przeciążenia ośrodkowego układu nerwowego wywołanego przez hormony stresu oraz przeciążenia psychicznego związanego z pojawianiem się przytłaczających myśli i emocji. Drugi rodzaj dotyczy zdarzeń, gdy występują stany zaniedbania, porzucenia, opuszczenia, wykluczenia czy emocjonalnej obojętności. Można go określić jako zbyt mało stymulacji w zbyt długim okresie czasu. Natomiast ostatni rodzaj obejmuje sytuacje urazowe, w których dziecko może funkcjonować przez wiele lat, czyli nadużycia wobec nieletniego w postaci przemocy fizycznej, psychicznej i seksualnej. Doświadczenia te można określić jako zbyt dużo stymulacji w zbyt długim okresie czasu.

Klecka i Palicka (2018) zwracają uwagę na jeszcze inny rodzaj traumy – traumę rozwojową. Jest to neurorozwojowe ujęcie, wskazujące na sytuację, w której rozwijający się organizm przekracza możliwości adaptacji i regulacji. Helios i Jedlecka (2019) uważają, że układ nerwowy znajduje się w stanie dezorganizacji i nie jest w stanie sam powrócić do stanu równowagi, traci naturalną zdolność samoregulacji, a nawet może się w ogóle nie rozwijać.

Zwolennikiem neurorozwojowego ujęcia traumy jest van der Kolk (2003). Jego zdaniem trauma zmienia biochemię mózgu i wpływa na jego budowę strukturalną i funkcjonalną. Ponieważ małe dziecko posiada niedojrzały jeszcze układ nerwowy, to nawet niezbyt nasilone sytuacje stresowe mogą wywołać traumatyczne przeżycia. Dochodzi wtedy do uszkodzeń wszystkich podstawowych struktur kształtującego się mózgu, takich jak pień mózgu, wzgórze, hipokamp, ciało migdałowate. Rodzaj zaburzeń zależy od momentu pojawienia się stresu i długości jego trwania. Jeśli bodźce odbierane przez układ nerwowy wskazują na niebezpieczeństwo, aktywowana jest złożona kombinacja automatycznych reakcji biochemicznych. W normalnych warunkach reakcją

na zagrożenie jest chwilowy wzrost poziomu hormonów stresu, który powraca do normy po ustąpieniu zagrożenia. Podczas doświadczania traumy zaburzone jest wydzielanie tych substancji. Ofiary urazów wolniej wracają do zdrowia i w przyszłości będą silniej reagować na nowe stresory. Dziecko w wyniku traumy staje się bardziej wrażliwe na systemy odpowiadania na zagrożenia i zaczyna reagować na coraz słabsze bodźce. Nawet łagodny stres wywołuje reakcję „walcz i uciekaj” ze wszystkimi jej objawami fizjologicznymi, takimi jak: przyspieszenie oddechu, tętna, akcji serca, rozszerzenie oskrzeli i źrenic.

Trauma może prowadzić do dysfunkcji części mózgu odpowiedzialnych za przetwarzanie i selekcję informacji. Obniża koncentrację uwagi. Czujność wzrasta, a dziecko, czekając na groźne informacje, ignoruje bodźce, które nie są niezbędne do przetrwania, takie jak niesłyszenie głosu lub polecenia rodziców. Z kolei ciągła czujność pozbawia dziecko wszelkich zasobów, co oznacza, że często nie ma już energii na zabawę i naukę. Van der Kolk (2003) zwraca uwagę, że uraz obciąża system nerwowy. Prowadzi to do powstania mechanizmów obronnych, takich jak: wycofanie, unikanie wszelkich bodźców, nadmierna koncentracja. Występujące wybuchy gniewu i agresji mogą wynikać z nadmiernej stymulacji. Podczas procesu doświadczania traumy, a następnie jej przypominania, część mózgu – wzgórze – wydaje się wyłączać. To sprawia, że wspomnienia są fragmentaryczne, niespójne. W efekcie budzi to poczucie bezradności i lęku oraz zaburza tworzenie się pamięci autobiograficznej, która jest podstawą rozwoju tożsamości.

Van der Kolk (2003) zauważa, że w zależności od etapu rozwoju mózgu trauma może powodować różne konsekwencje dla funkcjonowania dziecka. Najpierw kształtują się struktury pnia mózgu i urazy doświadczane na tym etapie rozwoju mogą obejmować: nadmierną reakcję na lęk, zaburzenia snu, obniżone napięcie mięśniowe, upośledzenie koordynacji ruchowej, nieprawidłowości układu oddechowego, upośledzenie funkcji serca i inne problemy zdrowotne bez wyraźnego medycznego powodu. Następnie rozwija się układ limbiczny. Dzieje się tak w ciągu pierwszych sześciu lat życia. Trauma na tym etapie może pozostawić problemy emocjonalne i behawioralne, a także trudności w tworzeniu odpowiednich połączeń neuronalnych. Ostatnią częścią, która się kształtuje, jest kora mózgowa. Doświadczenie traumy na tym etapie prowadzi do zaburzeń sfery poznawczej, utraty poczucia własnej wartości i dysocjacji.

Perry (2008), podtrzymując neurorozwojowe ujęcie traumy, wprowadził trzy kategorie wczesnej traumy rozwojowej:

1. trauma in utero (wewnątrzmaciczna, prenatalna, występująca przed narodzeniem dziecka);
2. trauma perinatalna (okołoporodowa, związana z porodem);
3. trauma postnatalna (występująca po narodzinach dziecka).

Levine i Kline (2006, za: Klecka, Palicka, 2018) wyróżnili również szczególną kategorię traumy rozwojowej, czyli tzw. całościową aktywację o dużej intensywności (*Global High Intensity Activation*, GHIA). Jest to mechanizm, który ma miejsce, gdy osoba doświadcza poważnej traumy, związanej z reakcjami przetrwania w fazie bliskiej śmierci (w końcowym stadium), szczególnie w przypadku niemowląt w łonie matki i we wczesnych latach niemowlęcych. Na tym etapie rozwoju walka lub ucieczka nie są możliwe i nie ma metod na samouspokojenie się i radzenie sobie z wysoką aktywacją. Jedyną możliwością reakcji dla organizmu jest zamrożenie lub zamknięcie i próba powstrzymania aktywacji poprzez skumulowane napięcie w narządach/jelitach, skórze, oczach i kręgosłupie. GHIA poprzez wyrzut hormonów stresu (szczególnie kortyzolu) powoduje silną stymulację i ekstremalne pobudzenie układu nerwowego, wpływając na fizjologię całego organizmu, który w tak wczesnym okresie rozwoju jest nastawiony przede wszystkim na przetrwanie. Trauma niszczy rozwijający się mózg dziecka poprzez silne procesy chemiczne. Niedojrzały mózg nie może aktywować reakcji obronnych i żeby funkcjonować, musi uruchomić współczulny układ nerwowy (gałąź autonomicznego układu nerwowego, która jest również odpowiedzialna za ruch, utrzymując słabą aktywność).

Do GHIA zalicza się traumę prenatalną i okołoporodową, której przejawami są skutki znieczulenia przy porodzie, a także występującą we wczesnym dzieciństwie wysoką gorączkę, duszenie się, dławienie, podtopienie, jak również wczesną traumę relacyjną (odrzućenie, porzucenie, zaniedbanie lub zerwanie więzi biologicznej) (Levine, Kline, 2006 za: Klecka i Palicka, 2018).

Rodzajem traumy doświadczanej przez nieletnich, na który warto zwrócić uwagę, jest trauma relacyjna. Dochodzi do niej w sytuacji, gdy u dzieci nie doszło do nawiązania bezpiecznej więzi z opiekunem z różnych przyczyn. Narażone są na nią w szczególności dzieci doświadczające przemocy lub zaniedbania, przebywające w placówkach opiekuńczych czy długo hospitalizowane. Możemy ją zatem zdefiniować jako uraz

psychiczny spowodowany przez powtarzające się wydarzenia, występujące zwykle w kontekście bliskiej relacji z osobami znaczącymi. Występowanie reakcji stresowych oraz symptomów zespołu stresu pourazowego wiąże się w tym kontekście z długotrwałym podleganiem niekorzystnemu wpływowi, niszczącemu równowagę psychiczną i poczucie własnej wartości w postaci np. przemocy domowej, emocjonalnego zaniedbania, nadużyć emocjonalnych (tj. umniejszania, dokuczania, gróźb słownych), molestowania, nadużycia seksualnego (Sikorska, 2014).

Teoria traumy relacyjnej może być utożsamiana z teorią przywiązania, która akcentuje rolę deprywacji kontaktu z matką i separacji oraz wpływ tych doświadczeń na dzieci. Jedną z przyczyn może być brak więzi, który obserwowany jest przy częstych zmianach opiekunów lub w przypadku krytycznego zaniedbania dziecka (Senator, 2005). Trauma stanowi zagrożenie dla integralności – własnej i innych. W obliczu doświadczeń traumatycznych uruchamiany jest system zachowań przywiązaniowych, polegający na poszukiwaniu pomocy i poczucia bezpieczeństwa. Kiedy okazuje się to nieosiągalne bądź jest zapewniane w sposób niekonsekwentny, dziecko czuje się niegodne ochrony, nieważne, ponieważ internalizuje niebezpieczeństwa w postaci poczucia zagrożenia. Jeśli jedyne źródło bezpieczeństwa jest zarazem źródłem strachu, niemowlę nie może stworzyć spójnej reprezentacji bezpieczeństwa w relacji przywiązania. Te pozabezpieczne style przywiązania wpływają na późniejsze próby uspokojenia w ten sposób, że dziecko uważa, że nie zasługuje na pocieszenie. Mogą również prowadzić do bolesnej interakcji z osobą przywiązania budzącą strach (Taylor, 2010).

Również Liotti i Farina (2016) podkreślają rolę traumy relacyjnej, która niewątpliwie wpływa na rozwój psychospołeczny jednostki. Autorzy stworzyli koncepcję rozwoju traumatycznego, który jest rozumiany jako stałe warunki przytłaczającego zagrożenia, którego nie można uniknąć, powtarzającego się z kumulującymi się skutkami w trakcie dłuższego okresu czasu rozwoju jednostki. W modelu Liottiego i Fariny (2016) doświadczenia traumatyczne nie tworzą patologii dysocjacyjnej według sztywnej logiki deterministycznej, lecz poprzez uzupełniającą perspektywę kliniczną. Zjawiska dysocjacyjne mogą bowiem mieć swoje źródła również w traumatycznym rozwoju. Ich koncepcja opisuje i wyjaśnia różne sposoby działania umysłu dziecka, które musi radzić sobie z wieloma negatywnymi emocjami, zwłaszcza strachem i niemożnością znalezienia rozwiązań, gdy uaktywniają się wewnętrzne wzorce przywiązania.

Griffin i in. (2011) zwraca uwagę, że warto myśleć o dziecięcej traumie jako kontinuum, obejmującym traumatyczne wydarzenia, podstawowe objawy traumy oraz określone konfiguracje wydarzeń i objawów. Prowadzone badania dotyczące traumy skupiają się na różnych aspektach tego kontinuum. W pierwszej grupie znajdują się badania koncentrujące się na zdarzeniach traumatycznych i ich rozpowszechnieniu, takie jak badanie niekorzystnych doświadczeń w dzieciństwie (*Adverse Childhood Experiences Study* – ACES). ACES to przełomowe badanie długoterminowego wpływu wydarzeń traumatycznych na funkcjonowanie człowieka, jedno z największych badań, jakie kiedykolwiek przeprowadzono w celu oceny związku między maltretowaniem w dzieciństwie a późniejszym zdrowiem i dobrym samopoczuciem. Rozpoczęło się ono kiedy Felitti i in. (z Kliniki Oceny Zdrowia Kaiser Permanente w San Diego; 1998 za: Griffin, 2011) w latach 80-tych zauważyli w swojej klinice leczenia otyłości u dorosłych wysoki wskaźnik rezygnacji z terapii, pomimo dowodów na znaczną utratę wagi. Zaobserwowali także związek między rozwojem otyłości w dorosłości a wykorzystywaniem seksualnym w dzieciństwie i analizowali zależności między tym traumatycznym doświadczeniem a zdrowiem przez całe życie. W badaniu wzięło udział ponad 17 000 osób. Autorzy powiązali doświadczenia traumy z dzieciństwa z problemami zdrowotnymi w życiu dorosłym, takimi jak rak i choroby serca. Im więcej zdarzeń traumatycznych respondentów doświadczyli w okresie dzieciństwa, tym większe było prawdopodobieństwo wystąpienia negatywnych skutków zdrowotnych w okresie dorosłości, łącznie z przedwczesną śmiercią.

Drugi rodzaj badań nad traumą skupia się na młodzieży, która doświadczyła traumatycznych wydarzeń i jednocześnie może prezentować objawy związane z tymi przeżyciami. W ramach tych badań uwzględniane są też nastolatki o wysokim poziomie prężności, które pomimo doświadczania potencjalnie traumatycznego zdarzenia nie rozwijają objawów związanych z traumą. Ważnym aspektem tego rodzaju analiz jest poszukiwanie czynników, które mogą chronić przed negatywnymi konsekwencjami ekspozycji na traumę (Griffin, 2011).

Trzeci rodzaj badań prowadzonych w tym zakresie u młodzieży analizuje określone grupy zdarzeń i objawów, takie jak PTSD, złożona trauma lub zaburzenie związane z traumą rozwojową. Na przykład diagnoza PTSD według DSM-IV wymaga: (1) doświadczenia zdarzenia zagrażającego życiu oraz (2) jednego objawu z zakresu intruzji, (3) dwóch objawów spośród nasilonego pobudzenia i (4) trzech unikania. Chociaż takie

grupy objawów występują rzadziej niż pojedyncze objawy urazowe, są na ogół bardziej nasilone. Postrzeganie dziecięcej traumy jako kontinuum pozwala skoncentrować się na wielu jej aspektach, począwszy od samego rozpowszechnienia doświadczeń traumatycznych w tej grupie wiekowej, przez objawy prezentowane przez dzieci i młodzież, a na konsekwencjach skończywszy. Dzięki temu badacze mogą przenieść uwagę z bardzo dużej grupy młodzieży, która doświadcza potencjalnie traumatycznych wydarzeń, na znacznie mniejsze grupy prezentujące różne rodzaje objawów (Griffin, 2011).

1.2.2. Rozpowszechnienie i rodzaje doświadczanych zdarzeń traumatycznych u dzieci i młodzieży

W grupie dzieci i młodzieży, podobnie jak w przypadku osób dorosłych, również obserwujemy wzrost częstotliwości doświadczania sytuacji traumatycznych na przestrzeni lat. Elklit (2002) przebadiał 390 duńskich uczniów ósmej klasy w wieku 12–15 lat i ustalił, że 78 procent chłopców i 87 procent dziewcząt było narażonych na co najmniej jedno potencjalnie traumatyczne wydarzenie. W badaniach Adams (2010) aż 9 na 10 młodych zaangażowanych w wymiar sprawiedliwości doznało traumy w dzieciństwie. Według autorki od 75 do 93 procent młodych ludzi przebywających w czasie badania w więzieniu doświadczyło w okresie dzieciństwa co najmniej jednego traumatycznego zdarzenia, w tym wykorzystywania seksualnego, wojny, przemocy społecznej, zaniedbania i maltretowania. Badania wskazują na długoterminowe skutki traumy doznanej w dzieciństwie, w tym występowanie problemów neurologicznych, psychologicznych i społecznych.

Alisic i in. (2008) wskazują, że rozpowszechnienie traumy u nieletnich jest bardzo zróżnicowane i waha się od 15% do 84% populacji. Badania przeprowadzone w Stanach Zjednoczonych w grupie 1000 dzieci i nastolatków w wieku 2-17 lat dostarczyły danych wskazujących, że ponad połowa z nich doświadczyła przynajmniej jednej sytuacji traumatycznej (Finkelhor i in., 2005). Późniejsze badania wykazały, że w całym kraju około 41% młodych ludzi miało więcej niż jeden bezpośredni kontakt z przemocą, przestępczością lub nadużyciami (Finkelhor i in., 2015). Wyniki kolejnych analiz, obejmujących ponad 6000 amerykańskich nastolatków w wieku 13-17 lat, wskazują na doświadczenie traumy przez 61,8% respondentów. Briggs-Gowan i in. (2010) oszacowali, że w Stanach Zjednoczonych 26% dzieci jest świadkiem lub doświadcza

traumatycznego zdarzenia przed ukończeniem czwartego roku życia. Z badań przeprowadzonych w grupie młodzieży w stanowym systemie opieki społecznej (Griffin, 2020; Griffin i in., 2011) wynika, że aż 95% uczestników było narażonych na potencjalnie traumatyczne wydarzenie.

Wysokie wskaźniki występowania sytuacji traumatycznych zanotowano także wśród dzieci w Meksyku. Wyniki badań przeprowadzonych przez Orozko i in. (2019) wskazują, że takie wydarzenie przeżyło 68,9% respondentów. Warto zwrócić uwagę, że niższe wskaźniki rozpowszechnienia sytuacji ekstremalnych obserwuje się w europejskich krajach o wysokich dochodach. Badania Lewis i in. (2019) przeprowadzone na ogólnokrajowej reprezentatywnej grupie 2232 dzieci w Wielkiej Brytanii wykazało niższą częstość narażenia na traumę w ciągu życia – 31,1%. Podobne wyniki uzyskano w Niemczech – 26% dziewcząt i 17,7% chłopców (Perkonigg, 2000).

Niewiele jest badań przeprowadzonych na populacji polskich dzieci i nastolatków. Dąbkowska (2002) wskazuje, że rozpowszechnienie zdarzeń traumatycznych w tej grupie wiekowej wynosi 59-70%. W badaniach Ogińskiej-Bulik (2010), którymi objęto 165 nastolatków w wieku 14-16 lat, aż 120, co stanowiło 72% badanych zadeklarowało doświadczenie sytuacji traumatycznej.

Smyth i in. (2008) ocenili występowanie stresujących wydarzeń życiowych, takich jak śmierć bliskiej osoby, rozwód lub separacja rodziców oraz traumatyczne przeżycie seksualne w trzech oddzielnych próbach studentów college'u i stwierdzili, że od 55,8% do 84,5% uczestników doświadczyło co najmniej jednego niekorzystnego zdarzenia życiowego. Według Elhai i in. (2012) około 59% badanych przez nich studentów było narażonych na traumę.

Z polskich badań przeprowadzonych wśród studentów siedmiu warszawskich uczelni wynika, że 75,6% respondentów przeżyło co najmniej jedno doświadczenie traumatyczne, a 16,5% relacjonowało cztery lub więcej takich wydarzeń (Lis-Turlejska, 2009). Wynik innego badania przeprowadzonego w podobnej grupie wiekowej wskazał, że 63,6% studentów przeżyło co najmniej jedno zdarzenie traumatyczne (Barańczuk, Zawadzki, 2013).

Dzieci i młodzież są na ogół narażone na te same traumatyczne wydarzenia, co dorośli. Podczas gdy traumatyczne doświadczenia są porównywalne z doświadczeniami dorosłych, reakcja psychologiczna może być inna, ponieważ jest zdeterminowana przez rozwijający się organizm, który nadal dojrzewa poznawczo, fizycznie i społecznie. Co

więcej nieletni są częścią systemu rodzinnego, który ma wpływ na ich funkcjonowanie. Dziecko jest w procesie rozwojowym, w którym zmagają się z kwestiami separacji i indywidualizacji, zmieniających się sposobów postrzegania siebie i innych. Ponadto w dalszym ciągu uczy się mechanizmów regulacji afektów i impulsów oraz strategii radzenia sobie i adaptacji.

Wśród zdarzeń traumatycznych najczęściej doświadczanych przez młodzież wymienia się: nadużycia seksualne, przemoc w środowisku domowym, udział w katastrofie czy wypadku, działania wojenne, akty terroryzmu, uchodźstwo, skutki procedur medycznych oraz tragiczną śmierć kogoś bliskiego (Cohen i in., 2010). Należy zwrócić uwagę, że wielu nieletnich doświadcza również mniej zagrażających sytuacji, takich, jak rozwód rodziców czy rozstanie z bliską osobą, które choć nie są traktowane jako zdarzenia traumatyczne zgodnie z klasyfikacjami omówionymi wcześniej, to mogą jednak pociągać za sobą podobne konsekwencje.

Wypadki drogowe stanowią powszechną formę potencjalnie traumatycznego zdarzenia, z jakim spotyka się młodzież. Są również głównymi przyczynami zgonów na świecie w wieku 15-19 lat, podczas gdy w wieku 12-14 lat stanowią drugą najczęstszą przyczynę zgonów (Kenith, Miller, 2004). W próbie *National Survey of Adolescents* (NSA) 21% nastolatków zadeklarowało w ciągu całego życia udział w poważnym wypadku, który mógł mieć miejsce w pojeździe mechanicznym lub w innych okolicznościach (Kilpartick i Saunders, 1995).

Według WHO bezpieczeństwo na drogach jest problemem globalnym, ponieważ szacuje się, że wypadki drogowe są ósmą najczęstszą przyczyną śmierci z około 1,25 miliona zgonów i 50 milionami obrażeń innych niż śmiertelne na całym świecie rocznie (Phan, 2016). Wśród nastolatków w wieku odpowiednio 10-14 i 15-19 lat urazy z powodu wypadków są odpowiedzialne za 57% i 79% wszystkich obserwowanych zgonów (Runyan i Gerken, 1989). Kraje o niskich i średnich dochodach (rozwijające się) odpowiadają za większość z tych zgonów, gdzie śmiertelność wynosząca odpowiednio 24,1 i 18,4 na 100 000 jest dwukrotnie wyższa niż w krajach o wysokich dochodach (9,2 na 100 000) (Esan i Adeleke, 2017). Badania wśród polskiej populacji również dostarczyły danych wskazujących, że najczęściej doświadczanym przez studentów zdarzeniem traumatycznym jest wypadek komunikacyjny (Rzeszutek i in., 2017).

Z danych WHO (2022) wynika, że od roku 2000 śmiertelność z powodu urazów drogowych spadła na całym świecie o prawie 13%, z 19,1 na 100 000 mieszkańców do

16,7 na 100 000 ludności w roku 2019. Jednak ze względu na wzrost liczby ludności całkowita liczba zgonów spowodowanych obrażeniami nieznacznie wzrosła w tym okresie, z 1,2 mln do 1,3 mln w 2019 r. Największy spadek odnotowano w Regionie Europejskim – o 51% od 2000 r., do 7,4 zgonów na 100 000 mieszkańców w 2019 r., co było najniższym wskaźnikiem wśród wszystkich regionów WHO (WHO, 2022).

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO, 2013) także analizowała rodzaje zdarzeń traumatycznych doświadczanych przez dzieci i młodzież na całym świecie. W badaniu WHO z 2013 roku, obejmującym 21 krajów ponad 10% respondentów zgłosiło, że było świadkiem przemocy (21,8%) lub doświadczyło przemocy interpersonalnej (18,8%), wypadku (17,7%), narażenia na wojnę (16,2%) lub traumę występującą u bliskiej osoby (12,5%). Natomiast Raport Światowej Organizacji Zdrowia z 2017 roku (WHO, 2017) wskazuje, że:

- prawie 3 na 4 dzieci – czyli 300 milionów dzieci – w wieku 2–4 lat regularnie doświadcza kar fizycznych i/lub przemocy psychicznej ze strony rodziców i opiekunów.
- jedna na 5 kobiet i 1 na 13 mężczyzn zgłaszają, że byli wykorzystywani seksualnie jako dziecko w wieku 0-17 lat.
- 120 milionów dziewcząt i młodych kobiet poniżej 20 roku życia doświadczyło jakiejś formy przymusowego kontaktu seksualnego.

Dąbkowska (2006) zwraca uwagę, że sytuacje traumatyczne w grupie dzieci i nastolatków dotyczą przede wszystkim przemocy fizycznej, zaniedbywania emocjonalnego czy wykorzystywania seksualnego. Badania amerykańskie wskazują, że 6% młodych Amerykanów w wieku 0-17 lat doświadczyło co najmniej jednego doświadczenia z kategorii nadużyć seksualnych (Finkelhore i in., 2009). W tych samych badaniach oraz w ich aktualizacji (Finkelhore i in., 2009, Finkelhore i in., 2013) autorzy wskazują, że odpowiednio 19% i 18% badanych doznało fizycznego znęcania się i napaści.

Maltretowanie dzieci to wieloaspektowy problem występujący na całym świecie. Obejmuje ono wykorzystywanie i zaniedbywanie dziecka w wieku poniżej 18 lat, działanie ze strony rodzica lub opiekuna, które skutkuje śmiercią, poważną krzywdą fizyczną lub emocjonalną, wykorzystywaniem, w tym również seksualnym; działanie bądź zaniechanie działania, które stwarza bezpośrednie ryzyko poważnej szkody. Przemoc fizyczna została zdefiniowana jako nieprzypadkowe akty fizyczne, które ranią dziecko i mogą obejmować zachowania, takie jak uderzanie pięścią, bicie lub palenie

dziecka. Wykorzystywanie seksualne zostało zdefiniowane jako usiłowanie lub ukończenie aktów seksualnych z dzieckiem (np. pieszczoty lub współżycie seksualne) lub wykorzystywanie seksualne dziecka poprzez prostytutkę lub pornografię dziecięcą. Przemoc emocjonalna (lub przemoc psychiczna) to wzorzec zachowania, który upośledza rozwój emocjonalny dziecka lub poczucie własnej wartości i może obejmować takie zachowania, jak ostra krytyka lub oczernianie dziecka (Cicchetti i Toth, 2005). Ponieważ często nie ma widocznych oznak przemocy emocjonalnej, może to być jedna z najtrudniejszych do zweryfikowania form przemocy (Heim i in., 2010).

Narażenie na przemoc domową, nadużywanie substancji przez rodziców i porzucenie dziecka są również postrzegane jako formy znęcania się nad nim. Przemoc fizyczna, seksualna i emocjonalna obejmuje bezpośrednie akty przemocy wobec dziecka. Natomiast zaniedbanie (inna forma maltretowania dziecka) wiąże się z brakiem zaspokojenia podstawowych potrzeb dziecka (*Child Abuse Prevention and Treatment Act* – CAPTA, 2010; Mennen i in., 2010; Pereda i in., 2009). Rodzice i opiekunowie są uważani za zaniedbujących, gdy nie zapewniają dzieciom schronienia, jedzenia, odzieży, wsparcia emocjonalnego, edukacji, opieki zdrowotnej i nadzoru.

Ogólnie przyjmuje się, że zgłaszane wskaźniki znęcania się nad dziećmi słabo odzwierciedlają skalę problemu, ponieważ dzieci będące ofiarami mogą nie przyznać się do swoich doświadczeń z powodu wstydu, poczucia winy i ciągłej zależności od sprawców (Pereda i in., 2009). Raport amerykańskiego Departamentu Zdrowia i Opieki Społecznej (*Children's Bureau's Child Maltreatment Report* - USDHHS, 2011) wskazuje, że w 2011 roku zgłoszono i zbadano około 2 miliony przypadków maltretowania dzieci, z czego 681 000 zostało potwierdzonych. Spośród uzasadnionych przypadków około 79% dotyczyło zaniedbania, 15% przemocy fizycznej, a 10% wykorzystywania seksualnego. Dzieci poniżej 1 roku życia miały najwyższy wskaźnik wiktymizacji. W polskim badaniu przeprowadzonym w grupie młodzieży studenckiej, aż 23% badanych potwierdzało fakt doświadczenia przemocy fizycznej w dzieciństwie (Lis-Turlejska, 2004).

Badania wskazują, że maltretowane dzieci są zazwyczaj narażone na wiele rodzajów nadużyć, które są chroniczne i często prowadzą do znaczących negatywnych skutków fizycznych i psychicznych występujących w okresie dzieciństwa i dorosłości (Muela i in., 2012). Znęcanie się w dzieciństwie jest szczególnie niszczące, ponieważ pojawia się w okresie neurobiologicznym, kiedy mózg wciąż się rozwija i jest bardziej podatny na

szkodliwe skutki. Badania pokazują, że narażenie na maltretowanie dziecka może zaburzyć lub zmienić normalny rozwój mózgu, co z kolei naraża te osoby na zwiększone ryzyko późniejszych problemów psychicznych i fizycznych (Heim i in., 2010).

Jaffee i in. (2002) analizowali w swoich badaniach częstotliwość bycia świadkiem przemocy w domu i społeczności. Wyniki pokazują, że 2 na 5 nastolatków doświadczyło tego typu zdarzenia. Ci, którzy byli narażeni na wiele różnych rodzajów wiktylizacji w oddzielnych incydentach, zostali nazwani „poli-ofiarami” (Finkelhor i in., 2005). Dla takich dzieci wiktylizacja wydaje się być bardziej stanem niż wydarzeniem (Finkelhor i in., 2007). Badania wykazały, że doświadczenia wielokrotnych wiktylizacji w dzieciństwie są powszechne. Na przykład w próbie hiszpańskiej młodzieży w wieku od 12 do 17 lat 19,3% zostało sklasyfikowanych jako poli-ofiary (Pereda i in., 2014). Okazuje się, że wskaźniki poli-wiktylizacji różnią się w zależności od badanego kraju. W Rosji retrospektywne doniesienia o wiktylizacjach doświadczanych przez cały okres dzieciństwa-dorastania wykazały, że 45% badanych zgłosiło doświadczenie od 8 do 14 rodzajów wiktylizacji, a 11% badanych 15 lub więcej (Bogolyubova i in., 2015). Badania Riley i in. (2017) rozszerzają dotychczasowe badania o ocenę rozpowszechnienia i predyktorów poli-wiktylizacji wśród młodzieży w Polsce. Odkrycia autorów wskazują, że wiktylizacja i poli-wiktylizacja są powszechne i zgodne z wcześniejszymi badaniami (Ellonen i Salmi, 2011; Lila i in., 2008; Nurius i in., 2009). Jeśli chodzi o rozpowszechnienie, to 84% badanych zgłosiło, że doświadczyło co najmniej jednego rodzaju przemocy w ciągu ostatniego roku, a 35% doświadczyło wysokiego poziomu różnych wiktylizacji i zostało zaklasyfikowanych jako poli-ofiary. Odsetek nastolatków poddanych poli-wiktylizacji w polskiej próbie jest wyższy niż zgłaszany we wcześniejszych badaniach ze Stanów Zjednoczonych i Europy Zachodniej, gdzie poli-wiktylizacja wahała się od 9% (Cyr i in., 2013) do 22% (Finkelhor i in., 2007).

Gwałtowna śmierć bliskiej osoby może być również dla dzieci poważnym urazem. Korzystając z danych Ogólnokrajowego Badania Młodzieży (*National Survey of Adolescents* - NSA-R), Rheingold i in. (2012) stwierdzili, że prawie 1 na 5 (18%) amerykańskich nastolatków stracił członka rodziny lub przyjaciela w wyniku jakiegoś rodzaju zabójstwa. Spośród nastolatków 9% to osoby, które były świadkiem zabójstwa kryminalnego, 7% zabójstwa samochodowego, a 2% zgłosiło przeżycie obu rodzajów strat. Spośród ocalałych 53% straciło bliskiego przyjaciela, 42% niebezpośredniego członka rodziny, a 5% bliskiego członka rodziny (Rheingold i in., 2012). W badaniach

Ogińskiej-Bulik (2010) również najczęstszym doświadczaną przez młodzież sytuacją traumatyczną była strata ukochanej osoby. W następnej kolejności znalazły się: przewlekła lub ostra choroba, wypadek lub uraz.

Kolejną kategorią traumatycznych wydarzeń, która dotyczy dzieci i młodzieży, są katastrofy. Klęski żywiołowe to zazwyczaj nagłe zdarzenia, które przynoszą ogromne straty i sieją spustoszenie w najbliższym otoczeniu. Z tego powodu ludzie mieszkający na obszarach dotkniętych katastrofą mogą odczuwać lęk i niepokój o własne życie, a także o życie swoich bliskich, co skutkuje podważeniem poczucia bezpieczeństwa i spokoju. Narażenie na różne stresory rutynowo towarzyszy katastrofie i może prowadzić do poważnych negatywnych skutków, zwłaszcza u dzieci i młodzieży (np. Weissbecker i in., 2008). Badania Kilpatrick i Saunders (1995) wskazują, że około jedna czwarta nastolatków doznała w swoim życiu klęski żywiołowej, z czego około 1 na 3 obawiała się, że w wyniku tej sytuacji dozna poważnych obrażeń lub śmierci. Warto podkreślić, że katastrofy z reguły pociągają za sobą dużą liczbę ofiar i poszkodowanych. Dla przykładu, po 4 sierpnia 2020 r. w porcie w Bejrucie, gdzie doszło do jednej z najsilniejszych eksplozji niejądrowych w historii, zginęło około 200 osób, przesiedlono 300 000 osób i ponad 1000 dzieci zostało rannych (Maalouf i in., 2022).

W latach 2017–2020 ponad 275 milionów ludzi na całym świecie zostało przymusowo przesiedlonych z różnych powodów, od konfliktów zbrojnych i prześladowań po presję gospodarczą i klęski żywiołowe. Szacunki ponadto sugerują, że 30–43% wszystkich uchodźców na świecie ma mniej niż 18 lat. Młodzież pozostająca bez opieki, która nie jest chroniona przez rodzica lub opiekuna, przesiedlająca się jako uchodźcy stanowi populację szczególnie wrażliwą. Ci młodzi ludzie stają w obliczu okrucieństw związanych z przemocą związaną z konfliktami i licznymi trudami prowadzonych walk w kluczowych fazach ich rozwoju fizycznego, emocjonalnego, społecznego i poznawczego. Przeprowadzono wiele badań dotyczących traumy i stresorów związanych z walką, po emigracji młodych uchodźców, którzy osiedlili się w kilku krajach Europy Północnej (Pfeiffer, 2022). Wojna w Ukrainie przypuszczalnie spowoduje znaczący wzrost odsetka młodych ludzi cierpiących nie tylko z powodu urazów fizycznych, ale także zmagających się różnego rodzaju zaburzeniami psychicznymi.

Występująca sytuacja pandemii może być również postrzegana jako traumatyczna. Wiele osób po zakażeniu się zgłasza nasilone objawy psychopatologii, takie jak ciągły

lęk, obniżenie nastroju, przewlekłe napięcie. Najnowszy raport WHO z 2022 roku poświęcony jest różnym aspektom funkcjonowania ludzi w okresie pandemii Covid-19. Wskazuje on również, że na całym świecie około jedna czwarta (26%) kobiet w wieku 15 lat i starszych była ofiarą przemocy fizycznej i/lub seksualnej ze strony intymnego partnera płci męskiej przynajmniej raz w życiu. Pandemia COVID-19 prawdopodobnie spowodowała poważne niepowodzenie w wysiłkach na rzecz ograniczenia przemocy wobec kobiet i dziewcząt, a wstępne dane wskazują na wzrost przemocy ze strony partnerów intymnych (WHO, 2022).

Zgony bezpośrednio związane z zakażeniem COVID-19 są silnie zależne od wieku, przy czym najmniej dotknięte są dzieci i młodzież. Aktualne szacunki wskazują, że dzieci poniżej piątego roku życia stanowiły około 2,5% globalnych przypadków COVID-19 i 0,1% zgonów z powodu choroby (WHO, 2022).

1.2.3. Negatywne skutki ekspozycji na traumę u dzieci i młodzieży

Konsekwencje traumy doświadczanej przez dzieci i młodzież obejmują zaburzenia zdrowia fizycznego i psychicznego, w szczególności patologiczne zachowania i reakcje w postaci agresji, trudności emocjonalnych, takich jak złość, strach oraz upośledzenia funkcji poznawczych. Wśród skutków doświadczonej traumy można wyróżnić: zaburzone poczucie bezpieczeństwa, utratę zdrowia somatycznego i kondycji fizycznej, trwałe urazy fizyczne, poczucie bezradności, bezsilności i braku wpływu na okoliczności i na siebie, zaburzenia i choroby psychiczne (depresja, zaburzenia lękowe, zaburzenia zachowania, zaburzenia stresowe pourazowe itp.), zaburzenia regulacji fizjologicznej, zachowania autodestruktywne (samookaleczenia, próby samobójcze). Do najczęściej opisywanych skutków zdarzeń traumatycznych w tej grupie wiekowej należy zespół stresu pourazowego.

1.2.3.1. Zespół stresu pourazowego

Zespół stresu pourazowego jest w ostatnich latach przedmiotem wielu analiz naukowych, ale niewiele badań w tym zakresie przeprowadzono z udziałem dzieci i młodzieży w wieku szkolnym. Zespół stresu pourazowego jest klasyfikowany jako ciężkie zaburzenie lękowe i stanowi główny problem zdrowia publicznego na całym świecie. Charakteryzuje się on takimi objawami, jak ponowne przeżywanie

traumatycznego zdarzenia, unikanie, negatywne przekonania i nadmierna czujność. Chociaż większość osób nie zgłasza problemów ze zdrowiem psychicznym w wyniku narażenia na traumatyczne wydarzenie, to niektóre wykazują czynniki podatności i poprzez to mogą odczuwać zarówno krótko, jak i długoterminowe skutki. Młodzież stanowi populację szczególnie narażoną na rozwój zaburzeń psychicznych po traumatycznym przeżyciu. Wcześniej raczej nie uznawano, że dzieci i młodzież mogą cierpieć na zespół stresu pourazowego. Dopiero w ostatnich 30 latach podkreśla się, że również w tej grupie wiekowej można diagnozować objawy PTSD.

W jednym z najwcześniejszych rozważań na temat reakcji dzieci na traumę Garnezy i Rutter (1985, za: Meiser-Stedman, 2002) stwierdzali, że reakcje dzieci na traumę nie były tak poważne, jak te wywoływane przez dorosłych, i że reakcje dzieci nie uzasadniają włączenia ich do kategorii diagnostycznej PTSD. Wynikało to w szczególności z braku doniesień, że dzieci narażone, np. na katastrofy, wykazywały objawy charakterystyczne dla zespołu stresu pourazowego, takie jak amnezja, odrętwienie psychiczne lub natrętne retrospekcje. Szybko jednak zwrócono uwagę na bariery utrudniające zrozumienie reakcji dzieci na traumatyczne wydarzenia. Yule i Williams (1990, za: Meiser-Stedman, 2002) wskazali, że badania nieletnich narażonych na traumę są trudne do przeprowadzenia z powodu tendencji dorosłych do nadopiekuńczości wobec takich dzieci i zaprzeczania, że mogą one cierpieć z powodu zaburzeń psychicznych po urazie. Ponadto autorzy zauważyli, że jedno z najwcześniejszych badań (Galante i Foa, 1986, za: Meiser-Stedman, 2002) nie stosowało narzędzi pomiaru odpowiednich do wykrywania reakcji na stres traumatyczny u dzieci. W tym epidemiologicznym badaniu przebadano około 300 włoskich uczniów szkół podstawowych, które padły ofiarą niszczycielskiego trzęsienia ziemi, natomiast zastosowanym narzędziem był Kwestionariusz Zachowania Ruttera wypełniany przez nauczycieli, który nie spełnił swojej funkcji w diagnostyce objawów PTSD.

Bardziej szczegółowe zrozumienie zespołu stresu pourazowego u dzieci i młodzieży uzyskano dzięki zastosowaniu narzędzi pomiaru zaprojektowanych specjalnie do oceny objawów PTSD w tej grupie wiekowej. Skala Wpływu Zdarzeń (*Impact Event Scale - IES*; Horowitz, Wilner i Alvarez, 1979) została wykorzystana w badaniu dzieci zaangażowanych w katastrofę promową *Herald of Free Enterprise* (Yule i Williams, 1990, za: Meiser-Stedman, 2002). Okazało się, że dzieci oceniane za pomocą tej samoopisowej skali uzyskują wyniki podobne do grupy dorosłych. Pynoos i in. (1987, za:

Meiser-Stedman, 2002), aby ocenić nieletnich, którzy byli świadkami śmiertelnego ataku snajperskiego na szkolnym boisku wykorzystał Indeks Reakcji PTSD (PTSD Reaction Index - PTSD-RI), ustrukturyzowany wywiad oparty na kryteriach diagnostycznych DSM-III dla zespołu stresu pourazowego. Jak się okazało, dzieci przebywające na placu zabaw w czasie strzelaniny były bardzo podatne na to zaburzenie, aż 77% z nich rozwinęło objawy PTSD od umiarkowanego do ciężkiego.

Opisana przez Merecz-Kot (2021) diagnoza zespołu PTSD według DSM-5 u dzieci powyżej szóstego roku życia i młodzieży wymaga szczegółowej analizy poszczególnych kryteriów, które są takie same jak dla osób dorosłych. Postawienie diagnozy wymaga przede wszystkim spełnienia Kryterium A, czyli ekspozycji na śmierć, zagrożenie śmiercią, poważnego zranienia lub przemocy seksualnej przejawiającej się w jeden lub więcej z wymienionych sposobów: bezpośrednie doświadczenie zdarzenia traumatycznego; bycie świadkiem zdarzenia, które przytrafiło się innym; uzyskanie informacji o tym, że ktoś z bliskich (rodzina, przyjaciele) uczestniczył w zdarzeniu traumatycznym. W przypadku śmierci lub zagrożenia utratą życia członka rodziny czy bliskich przyjaciół zdarzenie musi być przypadkowe lub nacechowane przemocą. Ponadto muszą być spełnione warunki z kolejnych Kryteriów B-E, które zostały poniżej szczegółowo scharakteryzowane.

Kryterium B: obecność jednego lub więcej z wymienionych objawów intruzji związanych ze zdarzeniem traumatycznym, które pojawiły się po jego wystąpieniu: powtarzające się, niechciane i intruzywne stresujące wspomnienia traumatycznego wydarzenia (wydarzeń). U dzieci powyżej 6 r.ż. mogą pojawiać się powtarzające się zabawy, w których tematy związane ze zdarzeniem traumatycznym lub pewne aspekty tego zdarzenia są odtwarzane; powtarzające się stresujące sny, których treść i/lub afekt odnosi się do zdarzenia traumatycznego. U nieletnich mogą to być przerażające sny bez rozpoznawalnej treści; reakcje dysocjacyjne (np. wtargnięcia – „flashback”), w których jednostka czuje się lub działa tak, jak gdyby zdarzenie traumatyczne się powtarzało (takie reakcje mogą pojawiać się na kontinuum, którego najbardziej skrajnym przejawem jest całkowita utrata świadomości otoczenia). Odtwarzanie sytuacji związanych z traumą może pojawić się w zabawie; intensywna lub przedłużona reakcja stresowa na ekspozycję na zewnętrzne lub wewnętrzne sygnały, które symbolizują lub przypominają jakiś aspekt zdarzenia traumatycznego; znaczące fizjologiczne reakcje na zewnętrzne lub wewnętrzne sygnały, które symbolizują lub przypominają jakiś aspekt zdarzenia traumatycznego.

Kryterium C uwzględnia utrzymujące się unikanie bodźców związanych ze zdarzeniem traumatycznym, pojawiające się po jego doświadczeniu i manifestujące się poprzez przynajmniej jedno z poniższych zachowań: unikanie lub podejmowanie wysiłków by uniknąć stresujących wspomnień, myśli lub odczuć o zdarzeniu traumatycznym lub blisko z nim związanych; unikanie lub podejmowanie wysiłków by uniknąć zewnętrznych wspomnień (ludzi, miejsc, rozmów, aktywności, przedmiotów, sytuacji), które wzbudzają stresujące wspomnienia, myśli lub odczucia o zdarzeniu traumatycznym lub są z nimi blisko związane.

W Kryterium D zostały zawarte negatywne zmiany w procesach poznawczych i nastroju związane ze zdarzeniem traumatycznym, które pojawiły się lub pogorszyły po zdarzeniu i przejawiają się w jednym lub więcej z poniższych objawów: niezdolność do pamiętania istotnych aspektów zdarzenia traumatycznego (zwykle jako skutek amnezji dysocjacyjnej, a nie urazu głowy, działania alkoholu lub leków); utrzymujące się, przesadzone negatywne przekonania lub oczekiwania na temat własnej osoby, innych lub świata (np. jestem zły, nikomu nie można zaufać, świat jest niebezpieczny); utrzymujące się zniekształcenia poznawcze na temat przyczyn i konsekwencji zdarzenia traumatycznego, które doprowadzają jednostkę do winienia siebie lub innych; utrzymujące się negatywne stany emocjonalne (np. strach, horror, gniew, wina lub wstyd); znacząco obniżone zainteresowanie lub uczestnictwo w ważnych aktywnościach; poczucie wyobcowania, oddalenia się od innych; utrzymująca się niezdolność do doświadczania pozytywnych emocji (np. niezdolność do przeżywania szczęścia, zadowolenia czy uczucia miłości).

Ostatnie, Kryterium E uwzględnia znaczące zmiany w pobudzeniu i reaktywności związanej ze zdarzeniem traumatycznym, które pojawiły się lub pogłębiły po urazie i przejawiają się w co najmniej dwóch z wymienionych objawów: poirytowanie wyrażone w zachowaniu i wybuchy gniewu (przy niewielkiej lub braku prowokacji), zwykle wyrażane w postaci werbalnej lub fizycznej agresji wobec ludzi i przedmiotów; lekkomyślne lub autodestruktywne zachowanie; nadmierna czujność; wyolbrzymiona reakcja przestachu; problemy w koncentracji; zaburzenia snu (np. trudności z zaśnięciem, ciągłością snu, sen nie dający wypoczynku).

Ponadto objawy z kryteriów B-E powinny utrzymywać się co najmniej przez miesiąc (Kryterium F) oraz powodować klinicznie istotny dystres lub zakłócenia w życiu społecznym, zawodowym lub innych ważnych obszarach funkcjonowania (Kryterium

G). Natomiast zaburzenie nie wynika z fizjologicznych skutków używania substancji psychoaktywnych (np. alkoholu, leków) ani nie jest skutkiem innych uwarunkowań medycznych (Kryterium H).

Wyjątek stanowią dzieci poniżej sześciu lat, dla których w klasyfikacji DSM-5 po raz pierwszy pojawiły się odrębne kryteria. Wśród nich, jak opisują Izydorczyk, Zielona-Jenek i Zdankiewicz-Ścigała (2020), wyróżniono:

Kryterium A – jest takie samo, jak dla osób dorosłych oraz dzieci powyżej 6 roku życia i młodzieży.

Kryterium B - ponowne przeżywanie sytuacji na co najmniej jeden z podanych sposobów: nawracające, natrętne wspomnienia; koszmary senne; reakcje dysocjacyjne, tzw. „flashbacki”; cierpienie psychiczne występujące jako reakcja na sygnały przypominające traumę; reakcja fizjologiczna występująca w odpowiedzi na sygnały przypominające aspekty traumy.

Kryterium C – unikanie myśli i uczuć, sytuacji traumatycznej.

Kryterium D – niekorzystne zmiany z zakresu zdolności poznawczych i w nastroju w postaci: amnezji dysocjacyjnej; negatywnych przekonań o sobie i świecie; zniekształconego postrzegania przyczyn zdarzenia, obwiniania siebie; utrwalonych stanów negatywnych emocji; zmniejszonego zainteresowania ważnymi aktywnościami; emocjonalnego odrętwienia.

Kryterium E – nadmierne pobudzenie przejawiające się w następujący sposób: drażliwość i wybuchy gniewu; ryzykowne/destrukcyjne zachowanie; nadmierna czujność; wzmożona reakcja na zaskoczenie; zaburzenia koncentracji uwagi; problemy ze snem.

Kryterium F i G również są takie same jak dla osób starszych.

Główne różnice między objawami występującymi u osób dorosłych, a tymi, które występują u dzieci i młodzieży dotyczą objawów występujących u nieletnich w kontekście radzenia sobie ze skutkami traumy, w postaci niespecyficznych koszmarów sennych lub odtwarzania traumy w formie zabaw.

W odniesieniu do osób dorosłych powstało wiele modeli teoretycznych dotyczących zespołu stresu pourazowego. Z uwagi na fakt, że diagnoza objawów PTSD, zgodnie z klasyfikacjami DSM i ICD, przebiega w bardzo podobny sposób dla dzieci i młodzieży, można zatem uznać, że modele omówione we wcześniejszym podrozdziale mają także zastosowanie do osób młodszych (Boyes i in., 2012). Co więcej model Ehlers i Clarka

(2000) wykorzystywany jest do tworzenia programów terapeutycznych poświęconych dzieciom i młodzieży (Vickers, 2005; Wiseman i in., 2021).

1.2.3.2. Rozpowszechnienie PTSD

Rozpowszechnienie występowania objawów PTSD w grupie dzieci i młodzieży jest bardzo zróżnicowane i waha się od 0% do nawet 80-90%. Różnice te mogą być spowodowane wiekiem i płcią osób badanych, rodzajem doświadczonych zdarzeń, czasem jaki upłynął od zdarzenia, a także czynnikami indywidualnymi i społecznymi. Według Dąbkowskiej (2002) PTSD rozpoznaje się u 15-25% dzieci i młodzieży.

Wyniki metaanalizy dokonanej przez Alisic i in. (2014) dostarczyły danych wskazujących, że ogólny wskaźnik PTSD wśród badanej młodzieży wyniósł średnio 15,9% (od 11,5% do 21,5%). Natomiast z badania przeprowadzonego przez Jin i in. (2019) wśród 4140 nastolatków w wieku 12-18 lat, którzy przeżyli trzy lata po trzęsieniu ziemi w Ya'an wynika, że u 13,1% badanych wystąpiły objawy wskazujące na PTSD. Wyższe wskaźniki uzyskały dziewczęta.

Arash i in. (2020) przeprowadzili metaanalizę artykułów naukowych przedstawiających wyniki badań dotyczących występowania PTSD u nieletnich, którzy byli uczestnikami trzęsień ziemi i powodzi. Łączna częstość występowania PTSD wśród dzieci i młodzieży, które przeżyły katastrofy naturalne, wyniosła 19,2%, 30,0%, 24,4% i 20,4%, odpowiednio w pierwszym, drugim, trzecim i czwartym sześciomiesięcznym okresie po katastrofie. Analiza wykazała również, że PTSD istotnie częściej występował wśród dziewcząt, a ryzyko wystąpienia PTSD wśród osób, które przeżyły zwiększał brak wsparcia psychologicznego. Maalouf i in. (2022) analizowali konsekwencje eksplozji w Bejrucie. W badaniu wzięło udział 801 dzieci w wieku 8-17 lat. Wyniki wskazały, że u 52% pojawiły się objawy PTSD oceniane za pomocą *The Children Revised Impact of Events Scale* - CRIES-13.

Analizując konsekwencje traumy związane z doświadczeniem katastrof podkreśla się, że dzieci i młodzież, zwłaszcza dziewczynki, są bardziej podatne na rozwój zespołu stresu potraumatycznego niż osoby dorosłe. Potwierdza się również duże zróżnicowanie rozpowszechnienia objawów PTSD szacowane od 0% do aż 95%, co jest związane z rodzajem katastrofy i czasem, jaki upłynął od jej wystąpienia (Arash i in., 2020; Bokszczanin, 2003, 2015).

Van Meijel i in. (2019) sprawdzali długoterminową częstość występowania zespołu stresu pourazowego u dzieci i młodzieży po przypadkowych urazach oraz analizowano czynniki, które mogą być związane z występowaniem PTSD. Badanie miało charakter prospektywny i odbyło się w dwóch etapach: pierwszy 3 miesiące po zdarzeniu traumatycznym, a drugi 2-4 lata później. Częstość występowania PTSD wynosiła 11,6% przy pierwszej ocenie i 11,4% w okresie kolejnej obserwacji.

Andrades i in. (2021) również przeprowadzili badania podłużne, w których obserwowali poziom PTSD, wykorzystując Skalę do Pomiaru Objawów PTSD dla Dzieci (*Childhood PTSD Symptom Scale*), której autorami są Foa i in. W badaniach wzięło udział 325 osób w wieku 10-16 lat, którzy doświadczyli trzęsienia ziemi i tsunami w Chile. W pierwszym pomiarze nieletni osiągnęli średni poziom zespołu stresu pourazowego 17,58, natomiast w drugim – 6,89, co świadczy o obniżaniu się PTSD wraz z upływem czasu.

W kolejnym retrospektywnym badaniu analizowano związek między doświadczeniami wiktymizacji w szkole i zespołem stresu pourazowego. Wyniki pokazały, że osoby badane zgłaszały łagodny poziom PTSD (Andreou i in., 2021).

Analizowano również poziom PTSD podczas występowania pandemii COVID-19. Przykładem mogą być badania Zhen i Zhou (2022), przeprowadzone w grupie 683 chińskich nastolatków w wieku 15-18 lat w prowincji Hubei. Wyniki wykazały, że 35,4%% respondentów zgłaszało objawy zespołu stresu pourazowego w związku z pandemią.

Należy zwrócić uwagę, że rozpowszechnienie objawów PTSD różni się w zależności od kryteriów, jakie są brane pod uwagę. W badaniu Sachser i Goldbeck (2016) poddano analizie częstość występowania PTSD u dzieci i młodzieży uwzględniając zmiany w klasyfikacji proponowanej przez ICD-11. Wskaźniki rozpowszechnienia PTSD w próbie klinicznej 159 dzieci i młodzieży po urazach porównano stosując kryteria zgodne z 4. wydaniem Podręcznika Diagnostycznego i Statystycznego Zaburzeń Psychiczych (DSM-IV), ICD-10 oraz ICD-11. Wskaźnik rozpowszechnienia wyniósł 76,1% przy użyciu DSM-IV, 88,1% przy ICD-10 i 61,0% przy ICD-11. Zastosowanie kryteriów zaproponowanych dla ICD-11 spowodowało 27,1% mniej pozytywnych przypadków w porównaniu z ICD-10 i 15,1% mniej pozytywnych przypadków w porównaniu z DSM-IV. Autorzy wykazali więc, że w próbie klinicznej dzieci i młodzieży na ustalenie diagnozy PTSD istotny wpływ miało zastosowanie różnych systemów diagnostycznych.

1.2.3.3. Inne zaburzenia potraumatyczne

Doświadczenie sytuacji traumatycznych przez dzieci i nastolatków może skutkować pojawieniem się szeregu różnych objawów potraumatycznych. Cohen, Mannarino i Deblinger (2011) wskazują, że objawami potraumatycznymi, które charakteryzują dzieci i młodzież w aspekcie emocjonalnym, mogą być: lęk, złość, stany depresyjne, wahania nastroju. Niepokój dziecka jest związany ze wspomnieniami tego, co się wydarzyło i może powracać w nieoczekiwanych momentach. Czasami przybiera formę powracających koszmarów. Uczucia niepokoju są związane przede wszystkim z faktem, że traumatyczna sytuacja pojawia się nieoczekiwanie i niespodziewanie. Dziecko staje się bardziej czujne i niespokojne. Taka utrata poczucia bezpieczeństwa i zaufania może przyczynić się do zwiększenia poczucia smutku i depresji, a tym samym pogorszenia funkcjonowania. Czasami pojawiają się również zachowania awersyjne odwracające uwagę od trudnych emocji: agresja, fiksacja, wycofanie (tupanie, krzyk, moczenie), rezygnacja, bezruch. Badacze zauważyli, że nieletni często czują złość, gdy dzieje się z nimi coś nieoczekiwanego. Mogą nie rozumieć, dlaczego przytrafia im się dana sytuacja lub obwiniać się za jej istnienie. Konsekwencją tego jest niska samoocena dziecka, a nawet zmiana całego obrazu siebie. Frustracja i nieporozumienia mogą przyczynić się do bycia uwrażliwionym na otoczenie, utraty zaufania do otaczającego ich świata.

Cohen, Mannarino i Deblinger (2011) podkreślają, że objawy potraumatyczne mogą przejawiać się w różnych sferach funkcjonowania dziecka, wskazując na:

1. Sferę somatyczną – zaburzenia kontroli funkcji fizjologicznych, np. moczenie się; skłonność do chorób somatycznych, np. przeziębień, alergii; zaburzenia snu, łaknienia; męczliwość;
2. Procesy poznawcze – zaburzenia myślenia, koncentracji uwagi, rozkojarzanie się; zaburzenia pamięci; trudności w przełączaniu się z jednej aktywności myślowej na inną;
3. Procesy emocjonalne – poczucie braku bezpieczeństwa; zakłócenia w procesie regulacji i samoregulacji emocji; brak zaufania do innych; obniżony nastrój, lękliwość; zaburzona samoocena;
4. Zachowanie – zachowania impulsywne; zachowania wymierzone przeciw sobie (samookaleczenia) lub przeciw innym; skłonność do regulacji afektu za pomocą używek (alkoholu, dopalaczy, narkotyków).

Z kolei Izydorczyk, Zielona-Jenek i Zdankiewicz-Ścigała (2020) opisują zróżnicowanie objawów po traumie u dzieci i młodzieży ze względu na wiek. I tak, u małych dzieci (0-5 lat) możemy zaobserwować takie symptomy, jak: drażliwość, „grymaszenie”; łatwość wpadania w stany pobudzenia i trudności w ukojeniu; częste napady złości bez jakiegokolwiek powodu; zamknięcie i niechęć eksplorowania otoczenia; stany podwyższonej lub obniżonej aktywności w porównaniu z grupą rówieśniczą; uporczywe odtwarzanie traumy przez różne czynności, w tym odgrywanie w zabawie; opóźnienia w rozwoju funkcji kluczowych dla danego okresu zarówno w rozwoju fizycznym (np. dziecko przestaje chodzić samodzielnie), jak i psychicznym (np. mowa). Z kolei u dzieci w wieku szkolnym (6-12 lat) wyróżnia się następujące symptomy: zaburzenia koncentracji uwagi i skupienia się na danej czynności; wycofanie z aktywności społecznej, „bycie niewidocznym”; płaczliwość i nadmiernie utrzymujący się smutek; katastrofizowanie i przywoływanie sytuacji przerażających; trudności w przejściu z jednej formy aktywności do drugiej; zaburzenia zachowania w kierunku impulsywnego rozładowania napięcia przez agresję; wycofywanie się z relacji z dorosłymi i rówieśnikami (manifestowanie potrzeby bycia zostawionym samemu sobie); zaburzenia łaknienia; bóje z rówieśnikami; problemy w nauce; zaburzenia somatyczne – bóle brzucha, głowy, itp.; zachowania charakterystyczne dla młodszych dzieci (moczzenie się, ssanie palca); lęk przed ciemnością. Natomiast w przypadku młodzieży w wieku 13-18 lat obserwuje się: nieustanne opowiadanie o przeżytej traumie lub wprost przeciwnie, milczenie i zaprzeczanie, że coś się stało; stany chronicznego zmęczenia, przesypianie wielu godzin, brak energii do podejmowania jakiegokolwiek aktywności; zachowania niebezpieczne i ryzykowne; zaburzenia zachowania związane z impulsywnym rozładowaniem napięcia przez agresję i łamanie zasad oraz norm; szukanie nowych znajomych o podobnych zainteresowaniach; regulacja napięcia za pomocą używek i narkotyków.

Oprócz opisanych objawów i zespołu stresu pourazowego autorzy klasyfikacji DSM-5 (APA, 2013) wyróżnili również dwa specyficzne zaburzenia występujące w okresie dzieciństwa, które są związane z doświadczaniem charakterystycznego typu wydarzeń traumatycznych w tym okresie rozwojowym. Są to:

- Reaktywne zaburzenie przywiązania (*Reactive Attachment Disorder* – RAD) – charakteryzuje się nieprawidłowościami we wzorcach wytwarzania więzi (przywiązania) u dziecka, które są związane z zaburzeniami emocjonalnymi (brak społecznej i

emocjonalnej reaktywności na innych, epizody nieuzasadnionej drażliwości, smutku, lęku, ograniczenie pozytywnego afektu).

- Odhamowane angażowanie się w relacje społeczne (*Disinhibited Social Engagement Disorder*) – charakteryzuje się zmniejszeniem lub brakiem odpowiedniego zahamowania w nawiązywaniu relacji z nieznanymi dorosłymi.

Van der Kolk (2003) uważa, że trauma dziecięca to bardzo poważny stan, który może mieć konsekwencje w przyszłości. Wpływa na rozwój dzieci i młodzieży, ich zachowanie, postępowanie, dokonywanie życiowych wyborów. Nieletni po traumie częściej chorują, skarżą się na bóle głowy, brzucha i nudności. Są wycofani i nieśmiali lub odwrotnie, nadmiernie podekscytowani. Za wszelką cenę starają się rozładować stres i strach, uciekając się do używek lub samookaleczeń. Ogólnie, trauma, zwłaszcza jej postać przewlekła lub złożona, ma destrukcyjny wpływ na rozwój dziecka. Odbiera mu poczucie bezpieczeństwa, stabilności i przewidywalności. To z kolei zakłóca istniejące relacje społeczne, a także utrudnia budowanie przyszłych.

1.2.4. Pozytywne następstwa ekspozycji na traumę u dzieci i młodzieży

Doświadczenie zdarzenia traumatycznego przez dzieci i młodzież może również prowadzić do korzystnych następstw. Poszukiwanie pozytywnych zmian jest zgodne z poglądem salutogenetycznym Antonovskiego wskazującym, że stresujące wydarzenia mogą mieć jednocześnie ujemne i dodatnie skutki (Ogińska-Bulik, 2013a). Do najlepiej poznanych pozytywnych konsekwencji traumy wśród nastolatków, podobnie jak w grupie osób dorosłych, należy zjawisko potraumatycznego wzrostu.

1.2.4.1. Potraumatyczny wzrost

Definicję wzrostu po traumie wprowadzili do literatury dwaj amerykańscy naukowcy Tedeschi i Calhoun (1995). Potraumatyczny wzrost, jak wskazują sami badacze, jest powiązany z pozytywnymi zmianami, jakie zachodzą u ludzi, gdy próbują poradzić sobie z traumatycznymi wydarzeniami. Należą do nich m.in. odkrywanie nieznanych wcześniej aspektów siebie i relacji z innymi, prowadzących do tworzenia nowego spojrzenia na siebie i świat, budowanie wizji i przekonań dostosowanych do zmienionej przez traumę rzeczywistości, a w przypadku dzieci i młodzieży także wzrost

dojrzałości, który może przyczynić się do zwiększenia odporności i skuteczniejszego radzenia sobie z przyszlými wydarzeniami traumatycznymi.

Tedeschi i Calhoun (2006), a także Ogińska-Bulik i Juczyński (2010a) uważają, że wzrost potraumatyczny to proces, który trwa w czasie. Zjawisko to występuje nie tylko w wyniku doświadczenia traumy, ale także jako efekt radzenia sobie z nią. Proces wzrostu potraumatycznego podzielony jest na etapy. Pierwszym etapem jest zaangażowanie poznawcze jednostki, które prowadzi do zainicjowania procesów naprawczych, dzięki którym jednostka obniża poziom cierpienia. Dopiero wówczas osoba może rozpocząć proces zrozumienia tego, co się wydarzyło. Kolejnym krokiem w rozwoju jest otwarcie się na innych. Wyrażanie swoich uczuć przez jednostkę może prowadzić do dwóch reakcji ze strony otoczenia: z jednej strony postaw wspierających i zachęcających do ujawniania się, a z drugiej postaw zaprzeczających, co może powodować samoograniczenie i prowadzić u ofiary traumy do zahamowania potraumatycznego wzrostu.

W procesie PTG szczególną rolę przypisuje się procesom poznawczym, w tym zdolności do przetwarzania informacji jako czynnika sprzyjającego czerpaniu korzyści z traumy. W obliczu sytuacji traumatycznej jednostka przeżywa nie tylko negatywne emocje, ale także myśli i wspomnienia związane z przeżytym wydarzeniem, rozważając (ruminując), analizując je i stopniowo nadając mu nowe znaczenie. Ogińska-Bulik (2013a) uważa, że ten krok, choć bolesny (zwiększa negatywne emocje i niepokojące stany), może prowadzić do odkrycia nowych aspektów siebie i relacji z innymi, które dotąd były nieznane. Staje się to podstawą do tworzenia nowego światopoglądu, budowania przekonań i perspektywy życiowej spójnej z nową rzeczywistością. Ten etap można określić jako proces odbudowy własnego życia. Obecność pozytywnych zmian wskazuje, że uraz został „przepracowany” i jest objawem skutecznego leczenia.

Mechanizm potraumatycznego wzrostu u dzieci po przeżyciu traumatycznym wydaje się być podobny do tego, który występuje u osób dorosłych (Meyerson i in., 2011; Ogińska-Bulik, 2013a). Jednocześnie u dzieci i młodzieży proces ten wydaje się trudniejszy ze względu na ich wiek, rozwijającą się osobowość i stale zmieniające się wzorce poznawcze. Oznacza to, że pojawienie się wzrostu potraumatycznego wymaga pewnego rodzaju dojrzałości poznawczej, samoświadomości, samozrozumienia lub autorefleksji. Należy również pamiętać, że pewne zmiany, które zachodzą u młodych ludzi, takie jak zmiany w filozofii życiowej czy postrzeganiu siebie, mogą być wynikiem

realizacji różnego rodzaju zadań rozwojowych okresu dojrzewania, a nie przeżytej traumy. Dlatego ważne jest, aby odróżnić wzrost potraumatyczny od zmian wynikających z naturalnego rozwoju jednostki. Przeprowadzone badania porównawcze (Alisic i in., 2008; Taku i in., 2008) wykazały, że młodzi ludzie, którzy doświadczyli traumatycznego wydarzenia, mają wyższy poziom pozytywnych zmian niż ci, którzy takiej sytuacji nie doznali.

1.2.4.2. Występowanie potraumatycznego wzrostu

W ostatnich latach wzrosła ilość badań dotyczących występowania potraumatycznego wzrostu w młodszych grupach wiekowych, choć wciąż jest ich niewiele w porównaniu z populacją osób dorosłych. Badania Salter i Stallard (2004) przeprowadzone wśród dzieci, które doświadczyły traumy w postaci wypadku drogowego, wskazują na występowanie pozytywnych zmian potraumatycznych. W analizowanej grupie 42% badanych ujawniło objawy wzrostu, przede wszystkim w zakresie filozofii życiowej, relacji z innymi i oceny siebie.

Badania przeprowadzone wśród nastolatków po ataku terrorystycznym na World Trade Centre z 11 września 2001 r. wykazały, że 1/3 spośród nich doświadczyła potraumatycznego wzrostu, szczególnie w takich obszarach, jak docenianie życia, relacje z innymi czy większe zaufanie do siebie (Milam i in., 2005). Wcześniejsze badania wśród młodzieży, która doznała zdarzeń traumatycznych, wskazały na występowanie podobnych zmian o charakterze wzrostowym (Milam i in., 2004).

Laufer i Solomon (2006) przeprowadzili badania nastoletnich izraelskich ofiar terroryzmu, obejmujące 2999 osób. Uzyskane rezultaty wskazały, że 74,4% spośród badanych doświadczyło potraumatycznego wzrostu. Wykazano także występowanie przeciętnego poziomu PTG wśród młodzieży po doświadczeniu huraganu Floyd i związanej z nim powodzi (Cryder i in., 2006). Z kolei wyniki badań przeprowadzonych po wystąpieniu huraganu Katrina w Stanach Zjednoczonych ujawniły, że aż 50% badanych dzieci relacjonowało pozytywne zmiany potraumatyczne (Kilmer i in., 2009).

Barakat i in. (2006) przeprowadzili analizy w grupie 150 nastolatków w wieku 11-16 lat, którzy zmagali się z chorobą nowotworową. Rezultaty badań wskazują, że 87,5% respondentów relacjonowało co najmniej jedną pozytywną zmianę, natomiast prawie 32% - cztery i więcej. Tang i in. (2020) ocenili poziom wzrostu potraumatycznego w dużej próbie chińskich nastolatków, którzy przeżyli trzęsienie ziemi. To przekrojowe

badanie wykazało, że rozpowszechnienie wzrostu po traumie wśród nastolatków wynosiło 14,8%. Z kolei badania przeprowadzone wśród tybetańskich nastolatków 6 lat po trzęsieniu ziemi wykazały, że 49,70% badanych osiągnęło potraumatyczny wzrost. Średni wynik ogólnego wzrostu pourazowego był umiarkowanie wysoki, a średni wynik dla podskali PTG – relacje z innymi, był dosyć wysoki, co wskazywało, że większość uczestników w efekcie doznanej traumy poprawiła kontakty społeczne (Xie i in., 2019).

Aktualna metaanaliza badań przeprowadzona przez Harmon i Ventę (2022) potwierdza występowanie potraumatycznego wzrostu w grupie osób w wieku 12-18 lat. Badaczki sprawdziły 22 artykuły dotyczące PTG u nastolatków, którzy doświadczyli różnych zdarzeń traumatycznych. Jednak do właściwych analiz zakwalifikowano tylko pięć z nich (17 publikacji zostało wykluczonych ze względu na brak spełnionych kryteriów). Głównym celem autorek było poszukiwanie dowodów empirycznych na doświadczanie potraumatycznego wzrostu w grupie młodzieży. Wskazano, że większość przeprowadzonych badań obejmujących nastolatków dostarcza dowodów, że taki wzrost występuje; jednak trudno jest ocenić jak długo się on utrzymuje ze względu na brak badań podłużnych w tym obszarze.

Nieliczne badania przeprowadzone w grupie młodzieży podczas pandemii COVID-19, która niewątpliwie jest sytuacją traumatyczną, również wskazują na występowanie potraumatycznego wzrostu. Przykładem mogą być podłużne badania Tang i in. (2022), w których wzięło udział 2090 osób w wieku 12-18 lat w pierwszym pomiarze i 1609 w drugim. Wyniki wskazują, że po upływie 5 miesięcy zaobserwowano delikatny wzrost poziomu PTG. Kolejnym przykładem mogą być badania Zhen i Zhou (2022), przeprowadzone w grupie 683 chińskich nastolatków w wieku 15-18 lat w prowincji Hubei w czasie trwania pandemii COVID-19. Rezultaty uzyskane przez badaczy wskazują, że 22% respondentów relacjonowało pozytywne zmiany potraumatyczne.

W Polsce także przeprowadzono badania dotyczące rozpowszechnienia PTG w populacji dzieci i młodzieży, z których najwięcej jest autorstwa Ogińskiej-Bulik. Najstarsze z nich zostało przeprowadzone w grupie 165 nastolatków w wieku 14-18 lat, wśród których 120 doświadczyło różnych sytuacji traumatycznych. Niskie nasilenie potraumatycznego wzrostu prezentowało 41,7%, przeciętne 35,8%, natomiast wysokie 22,5% badanych. Większe zmiany dotyczyły doceniania życia, percepcji siebie i relacji z innymi, mniejsze zaś – sfery duchowej (Ogińska-Bulik, 2010b). Także adolescenti, którzy doświadczyli choroby nowotworowej, ujawnili występowanie pozytywnych

zmian wzrostowych, a 35,9% z nich oceniło je jako zmiany pozytywne występujące w stopniu wysokim (Ogińska-Bulik, 2012a).

Ogińska-Bulik (2013a) w swoim obszernym projekcie badawczym, analizowała zakres i predyktory potraumatycznego wzrostu u młodzieży doświadczającej różnego rodzaju zdarzeń traumatycznych. Wyniki tego projektu wskazały, że najwyższy poziom wzrostu cechował osoby, które były zmuszone przez jakiś czas przebywać w domu dziecka, najniższy zaś u ofiar powodzi, wypadku drogowego i przemocy w rodzinie. Analizę tych ośmiu badań opisała również Bokszczanin (2015).

Badania Ogińskiej-Bulik i Kobylarczyk (2014) wykazały, że 60% nastolatków chorych onkologicznie ujawnia w stopniu przeciętnym pozytywne zmiany po doświadczeniu choroby. Podobnie Cieślak i Bidzan (2015), analizując nasilenie PTG wśród młodzieży zmagającej się z nowotworami, zaobserwowali przeciętny poziom PTG w badanej grupie.

Kolejne badanie zostało przeprowadzone przez Ogińską-Bulik (2014b) wśród ofiar wypadków drogowych w wieku 16-17 lat. Jego wyniki wskazują, że respondenci charakteryzowali się przeciętnym poziomem osobowego wzrostu. Podobne wyniki uzyskano w badaniach Ogińskiej-Bulik i Zadwornej-Cieślak (2013), a także u uczniów doświadczających różnych zdarzeń traumatycznych (Kobylarczyk i Ogińska-Bulik, 2018, Ogińska-Bulik i Kobylarczyk, 2016c). Na doświadczenie PTG u młodzieży po doświadczeniach klęski powodzi wskazują również badania Bokszczanin (2015).

Przeprowadzono także badania wśród studentów obcokrajowców pochodzących z Iraku, Syrii, Ukrainy i Kazachstanu studiujących na Uniwersytecie Łódzkim, którzy doświadczyli zdarzeń traumatycznych w kraju pochodzenia (Ogińska-Bulik i Nafullaeva, 2020). Wskazały one na występowanie przeciętnego poziomu pozytywnych zmian potraumatycznych w badanej grupie (5 sten). Zgodnie z opracowanymi dla Inwentarza Potraumatycznego Rozwoju normami, 41,3% studentów ujawniło niskie nasilenie PTG, 41,3% średnie i 17,4% wysokie. Wyższe nasilenie PTG uzyskali studenci z Iraku i Syrii, a niższe studenci z Ukrainy i Kazachstanu.

Badania wśród młodych dorosłych, przeprowadzone po eksplozji w parku wodnym Formosa Fun Coast w 2015 roku, wskazują na dosyć duże rozpowszechnienie wzrostu po traumie trzy lata po wybuchu - 47,2% uczestników zgłaszało występowanie PTG (Su i Chow, 2020). W retrospektywnym badaniu (Andreou i in., 2021) analizowano związek między doświadczeniami wiktymizacji w szkole i rozwojem potraumatycznym wśród

greckich studentów uniwersytetu. Wyniki pokazały, że ofiary nękania w szkole zgłaszały umiarkowane odczucie potraumatycznego wzrostu (55% osób).

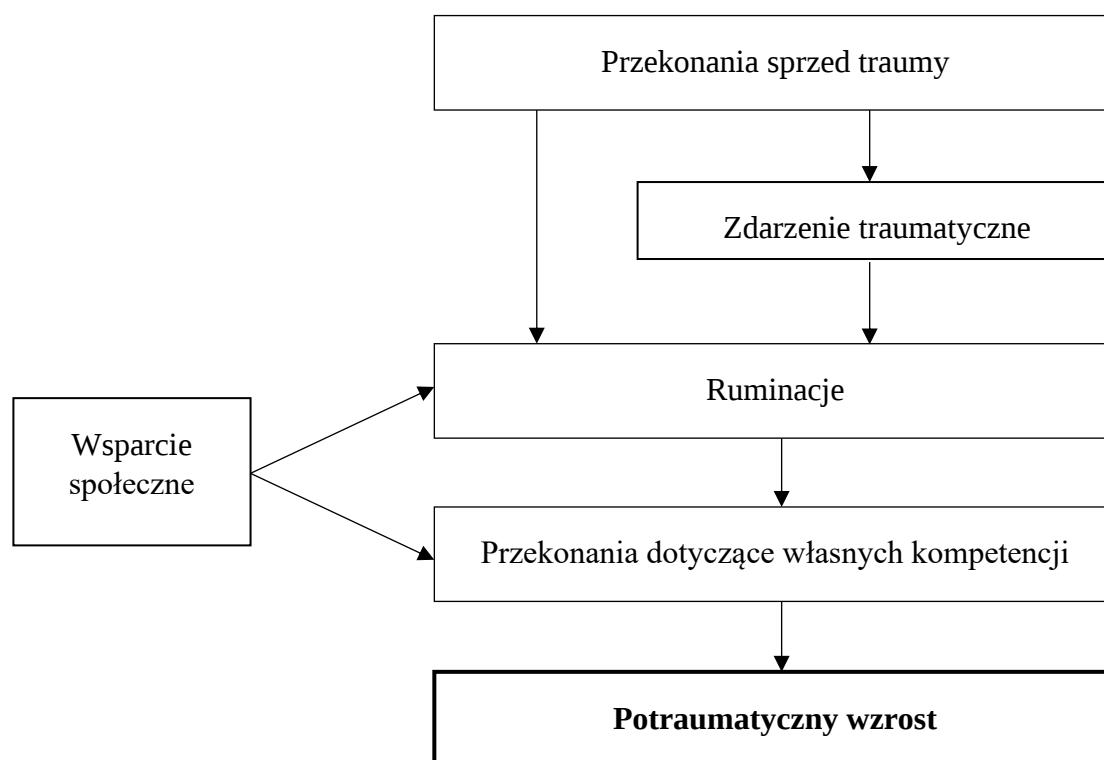
Należy podkreślić, że istniejące badania dotyczące PTG u dzieci i młodzieży skupiały się przede wszystkim na konkretnych zdarzeniach, a większość z nich odnosiła się do klęsk żywiołowych lub chorób zagrażających życiu. Ponadto analizowanie potraumatycznego wzrostu wśród nastolatków stawia wyzwania metodologiczne, takie jak potrzeba uwzględnienia rodzaju zdarzenia, czasu, jaki od upłynął od jego wystąpienia, a także różnic rozwojowych. Należy także wziąć pod uwagę zasoby osobiste i społeczne nastolatków wciąż będące w toku rozwoju, co może utrudniać im dostrzeganie pozytywnych zmian po doznanej traumie. Dlatego potrzebne są dalsze badania wśród młodzieży w zakresie rozpowszechnienia wzrostu po traumie.

1.2.4.3. Modele wzrostu po traumie

W odniesieniu do dzieci i młodzieży opracowano kilka modeli. Są to: model wzrostu po traumie u dzieci Cryder i in. (2006), model PTG Meyersona i in. (2011), model Kilmer i in. (2014), oraz model opracowany przez Andrades i in., 2017. Ich dość szczegółową charakterystykę przedstawiono poniżej.

Model Cryder i in. (2006) przedstawiony graficznie na Rycinie 2, oparty jest o model potraumatycznego wzrostu dla dorosłych Tedeschiego i Calhouna (1995, 1996, 2000, 2004).

Rycina 2. Model wzrostu po traumie u dzieci Cryder i in. (źródło: Ogińska-Bulik, 2013a, s.146).



W tym modelu istotne znaczenie przypisuje się przekonaniom jednostki na temat otaczającego świata i własnej osoby, które występowały przed traumą, a także ruminacjom, wsparciu społecznemu i przekonaniom dotyczącym własnych kompetencji do radzenia sobie.

Wyniki badań przeprowadzonych przez Cryder i in. (2006) potwierdzają, że zgodnie z przewidywaniami autorów, przekonania co do własnych kompetencji były istotnie powiązane ze wskaźnikami PTG u dzieci po ekspozycji na poważny stres lub uraz. To ujęcie jest zgodne z badaniami odporności psychicznej, sugerującymi znaczenie pozytywnych oczekiwań i przekonań na temat własnych kompetencji i własnej przyszłości, które mogą wpływać na to, jak dziecko postrzega samo wydarzenie, sposób, w jaki reaguje na stres lub traumę, a także wysiłek, jaki wkłada w zmaganie się z traumatycznymi okolicznościami (Cryder i in., 2006; Ogińska-Bulik, 2013a).

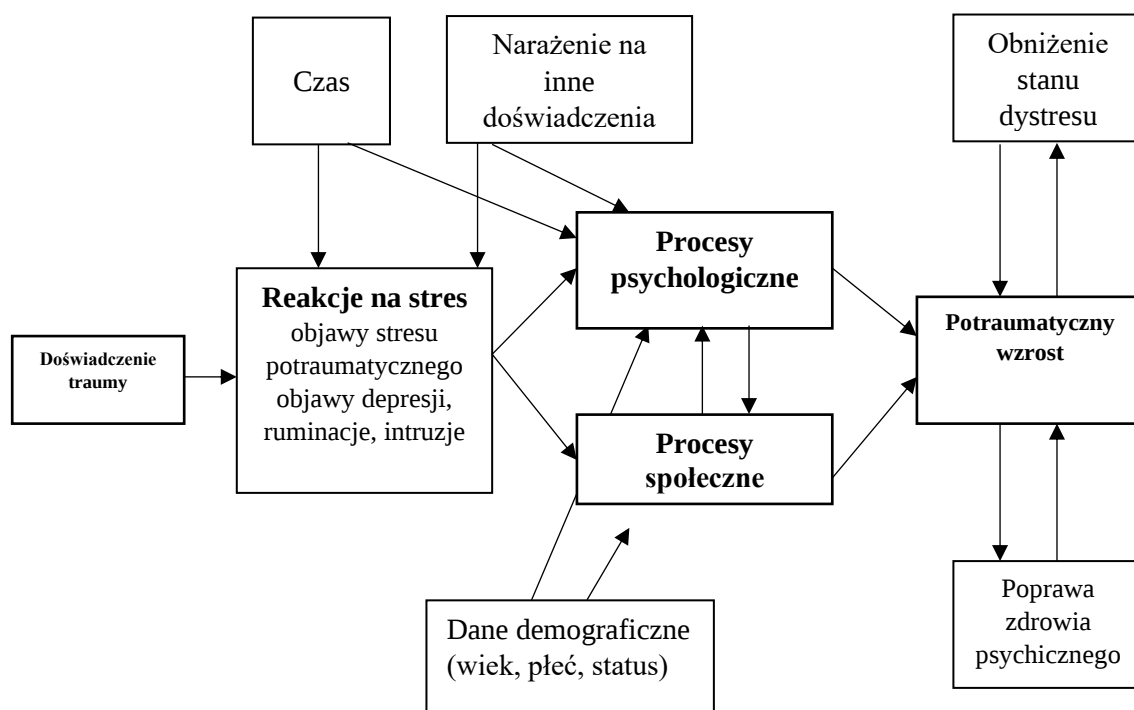
Ponadto, zgodnie z przewidywaniami Cryder i in. (2006), wspierające środowisko społeczne okazało się być powiązane z pozytywnymi przekonaniem, co do własnych kompetencji prezentowanych przez dzieci. Chociaż potrzebne są dalsze prace, aby lepiej zrozumieć te powiązania i ocenić ich występowanie w innych populacjach, to ujęcie

podkreślające rolę wsparcia dobrze pasuje do badań nad odpornością. Postrzeganie przez dzieci pozytywnych źródeł wsparcia konsekwentnie odróżniało te, które dobrze się przystosowały do sytuacji traumatycznej od tych, które miały trudności w tym zakresie. Dorośli mogą pomóc dzieciom zrozumieć znaczenie wydarzeń i trafność ich reakcji. Ponadto źródła solidnego wsparcia zachęcają do wyrażania uczuć, zapewniają nieoceniającą analizę myśli i emocji związanych z wydarzeniami oraz pomagają w razie potrzeby w innych aspektach wsparcia. Co więcej, mogą one zarówno wzmacniać przekonania dziecka na temat jego kompetencji, jak i przyczyniać się do konstruktywnego procesu ruminacji (Cryder i in., 2006; Ogińska-Bulik, 2013a). Badania Cryder i in. (2006), wbrew oczekiwaniom, nie potwierdziły związku ruminacji z PTG, chociaż istnieje związek między ruminacjami a przekonaniami o posiadaniu kompetencji. Specyfika związku ruminacji z przekonaniami o kompetencjach u dzieci pozostaje niejasna; jednak uzyskane wyniki sugerują, że sam poziom ruminowania nie jest istotnym czynnikiem w rozwoju PTG. Możliwe, że ruminacje wpływają na sam fakt pojawiania się zmian po traumie, ale nie na ich nasilenie.

Model Cryder i współpracowników, chociaż uwzględnia najważniejsze obszary dotyczące potraumatycznego wzrostu u dzieci, nie jest jednak wystarczający. Autorzy nie wzięli pod uwagę ważnych czynników, takich jak zmienne socjodemograficzne i sytuacyjne czy poziom dystresu, który towarzyszy doświadczaniu sytuacji traumatycznej. Ponadto analizy weryfikujące model zostały przeprowadzone na stosunkowo nielicznej grupie, tj. liczącej zaledwie 46 osób.

Drugi model wzrostu po traumie opracowany dla dzieci i młodzieży powstał w wyniku przeprowadzonej przez autorów metaanalizy wyników 25 badań (Meyerson i in., 2011). Prezentuje go Rycina 3.

Rycina 3. Model wzrostu po traumie u dzieci i młodzieży Meyerson i in. (źródło: Ogińska-Bulik, 2013, s.147).

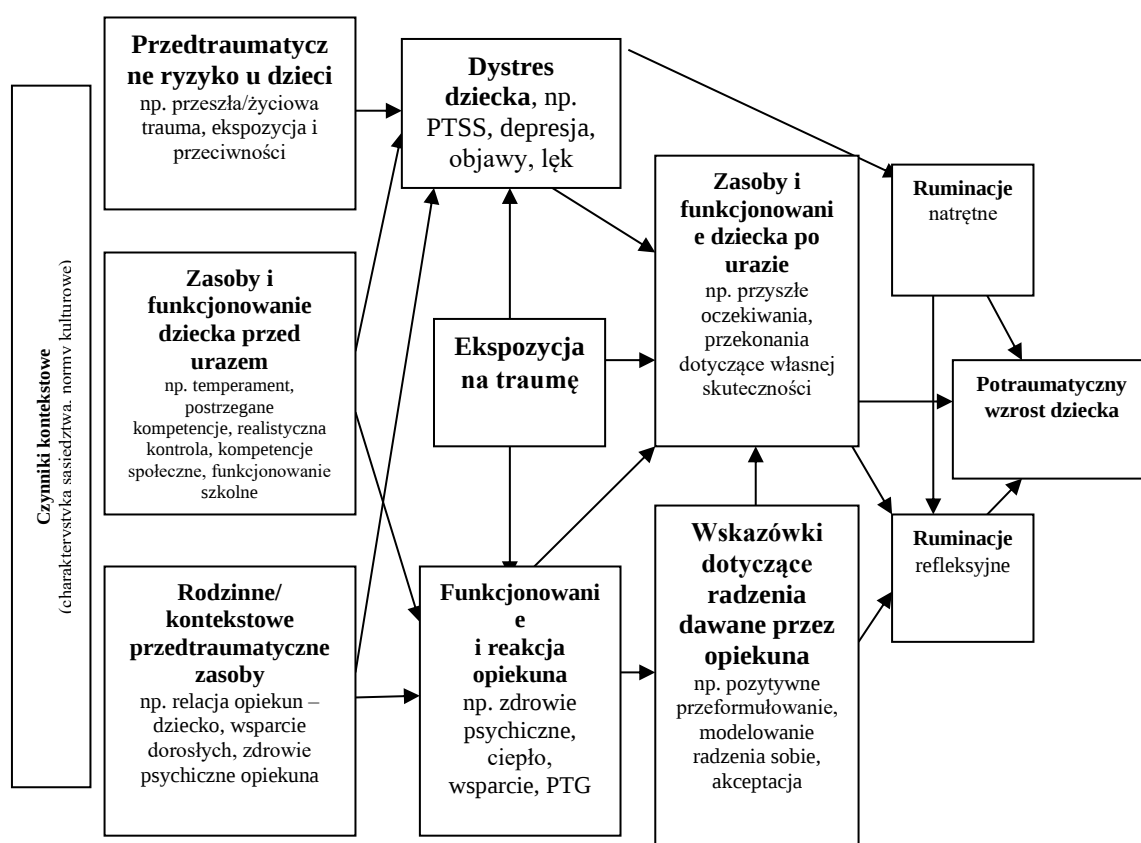


Zgodnie z tym modelem, czynnikiem inicjującym wystąpienie wzrostu po traumie jest doświadczenie zdarzenia o charakterze traumatycznym, które pociąga za sobą zazwyczaj negatywne skutki w postaci silnych emocji, objawów depresji i pourazowego dystresu. Nasilenie tych negatywnych reakcji jest uzależnione, m.in. od czasu wystąpienia zdarzenia, a także przeżycia innych, wcześniejszych wydarzeń traumatycznych. Wśród czynników istotnych dla pojawienia się wzrostu po traumie badacze wyróżniają intruzje i ruminacje (zarówno intruzywne, jak i refleksyjne). Doświadczenie sytuacji o charakterze traumatycznym uruchamia procesy psychologiczne, przede wszystkim w postaci podejmowanych strategii zaradczych. Wśród nich zwraca się szczególną uwagę na rolę strategii skoncentrowanych na problemie (aktywne radzenie sobie, planowanie), ale także emocjonalno-unikowych (pozytywne przewartościowanie, akceptacja). Ponadto uruchamiane są także procesy społeczne, w których istotną rolę pełni wsparcie społeczne. Efektywne radzenie sobie z kryzysem oraz korzystanie z pomocy innych zależy również od zmiennych socjodemograficznych, m.in. płci, wieku (Meyerson i in., 2011; Ogińska-Bulik, 2013).

Model Meyersona i in. jest bardziej rozbudowany i uwzględnia więcej elementów niż model Cryder i in. Warto jednak zwrócić uwagę na kilka kwestii. Model został stworzony w oparciu o metaanalizę różnych badań, w których stosowano także narzędzia przeznaczone dla osób dorosłych. Ponadto wiele konstruktów modelu było analizowanych tylko w kilku badaniach, natomiast metaanaliza obejmowała ich 25.

Jednym z ostatnich, jak dotychczas, jest model potraumatycznego wzrostu u dzieci i młodzieży opracowany przez Kilmer i in. (2014), który powstał w oparciu o istniejącą literaturę i konceptualizacje PTG. Przedstawia go Rycina 4.

Rycina 4. Model wzrostu po traumie u dzieci Kilmer i in. (opracowanie własne na podstawie Kilmer i in. 2014, s. 509)



Model Kilmer i in. (2014) jako pierwszy i do tej pory jedyny uwzględnia rolę opiekunów/rodziców w występowaniu pozytywnych zmian potraumatycznych. Jest to o tyle ważne, ponieważ dziecko jest członkiem systemu rodzinnego i wpływ najbliższego otoczenia jest bardzo istotny dla jego funkcjonowania. Co więcej zmienne związane z

osobą opiekuna, takie jak zdrowie psychiczne, ciepło, wsparcie czy PTG, mają duże znaczenie dla zasobów dziecka.

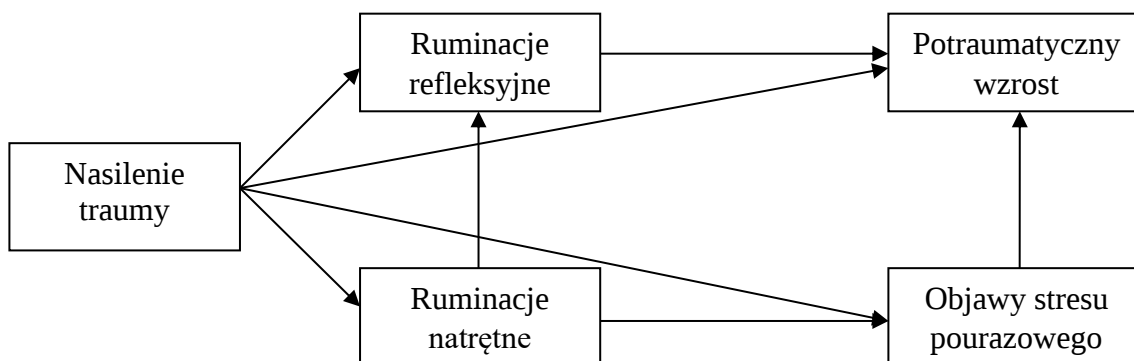
Model uwzględnia wiele zmiennych związanych z osobą dziecka. Istotne są elementy składające się na przedtraumatyczne ryzyko (w tym ekspozycja na przeszłą/życiową traumę), zasoby i funkcjonowanie dziecka przed traumą (temperament, postrzegane kompetencje, w tym społeczne, poczucie kontroli, funkcjonowanie szkolne) oraz zasoby rodzinne (relacja z opiekunem, wsparcie dorosłych, zdrowie psychiczne opiekuna). Po ekspozycji na traumę, która powoduje dystres u dziecka, ważne zdają się być funkcjonowanie i reakcja opiekuna. Te z kolei, mają związek z zasobami i funkcjonowaniem dziecka po traumie (w tym szczególnie z przyszłymi oczekiwaniami i przekonaniami, co do własnej skuteczności), które mogą wprost lub za pośrednictwem ruminacji refleksyjnych prowadzić do potraumatycznego wzrostu. Opiekun pełni też istotną rolę poprzez dawanie wskazówek dotyczących radzenia sobie, a te z kolei mogą mieć znaczenie dla ruminacji refleksyjnych. Dystres dziecka wiąże się z ruminacjami natrętnymi i w ten sposób może również prowadzić wprost lub pośrednio - poprzez ruminacje refleksyjne, do PTG.

Zgodnie z modelem i dotychczasowymi badaniami, ruminacje są podstawą rozwoju PTG. Natomiast, jeśli system opieki ma charakter wspierający (przy czym reakcje opiekunów mają wpływ na ich własne zasoby i funkcjonowanie), to przyczynia się to do bardziej pozytywnych oczekiwań w przyszłości dotyczących skuteczności podejmowanych działań u dziecka, a także do wyższego poziomu ruminacji refleksyjnych, które z kolei prowadzą do PTG. Ponadto model uwzględnia prawdopodobną rolę pozytywnych oczekiwań, co do przyszłości, które mogą wpływać na to, jak dzieci i młodzież postrzegają i reagują na wydarzenie, a także na stopień, w jakim podtrzymują wysiłek w radzeniu sobie z tym wydarzeniem, jego następstwa i potencjalne znaczenie (Kilmer i in., 2014).

Model Kilmer i in., chociaż bardzo rozbudowany i zawierający komponenty związane z osobą opiekuna, nie uwzględnia ważnych czynników, jakimi są zmienne socjodemograficzne oraz sytuacyjne, między innymi związanych z rodzajem doświadczanego zdarzenia. Można zatem uznać, że nie jest on w pełni kompletny i wymaga udoskonalenia.

Ostatni z zaprezentowanych to hipotetyczny model wzrostu po traumie u nastolatków, który został stworzony przez Andrades i in. (2017). Przedstawia go Rycina 5.

Rycina 5. Model wzrostu po traumie u nastolatków Andrades i in. (opracowanie własne, na podstawie Andrades i in. 2017, s. 3).



Model Andrades i in. (2017) składa się tylko z pięciu elementów: nasilenia traumy, ruminationi natrętnych i refleksyjnych oraz potraumatycznego wzrostu, jak również objawów stresu pourazowego. Jest zatem pierwszym, który jednocześnie uwzględnia zarówno pozytywne, w postaci PTG, jak i negatywne, w postaci PTSD, konsekwencje traumy.

Zdaniem autorów nasilenie traumy wiąże się zarówno z PTG i PTSD w sposób bezpośredni, jak i pośredni poprzez ruminatione (natrętne i refleksyjne). W modelu uwzględnione są również związki ruminationi natrętnych z refleksyjnymi oraz PTSD z PTG.

Model został sprawdzony w badaniach własnych autorów, w których uczestnikami było 325 dzieci i młodzieży w wieku 10-15 lat narażonych na trzęsienie ziemi i/lub tsunami w środkowo-południowym Chile, które miało miejsce w lutym 2010 roku. Andrades i in. (2017) wykazali, że czynnikiem najsilniej powiązanim z PTG okazały się ruminatione refleksyjne, które także były powiązane z ruminationami intruzywnymi. Z kolei z PTSD silnie wiązały się ruminatione natrętne, co według badaczy, może wynikać z faktu, że po potencjalnie traumatycznym zdarzeniu najpierw pojawiają się natrętne, automatyczne myśli o tym wydarzeniu i związanymi z nim przeżyciami, wpływając na występowanie objawów stresu pourazowego.

Autorzy modelu badali dzieci po doświadczeniu klęski żywiołowej, gdyż ich zdaniem zdarzenia takie powodują u wielu nieletnich wyraźne postrzegane zagrożenie życia. Są zatem wystarczająco stresujące, aby być warunkiem wstępnym dla PTG, ponieważ powaga samego wydarzenia prowadzi do silnego kwestionowania przekonań i cierpienia, co ułatwiłoby wystąpienie potraumatycznego wzrostu. Dystres u dzieci doświadczających klęski żywiołowej może przyczynić się do rozpoczęcia procesu przetwarzania traumy i być może do wystąpienia wzrostu. Utrzymujący się dystres natomiast umożliwia podtrzymanie procesu poznawczego, a tym samym interpretację zdarzenia jako potencjalnie traumatycznego. Andrades i in. (2017) zaobserwowali również dodatnią zależność między PTSD i PTG, wskazując, że objawy stresu pourazowego i wzrostu mogą współistnieć.

Model Andrades i in. jest interesującym podejściem wyjaśniającym mechanizm występowania PTG, ponieważ uwzględnia też negatywne konsekwencje w postaci PTSD. Jednak propozycja badaczy jest dosyć uboga w analizowane zmienne, gdyż skoncentrowali się oni jedynie na kilku aspektach: nasileniu doświadczanej traumy, ruminacjach oraz dwóch konsekwencjach – PTG i PTSD. Ponadto autorzy analizowali jedynie dzieci doświadczające klęsk żywiołowych, zatem nie można stwierdzić, czy model byłby również odpowiedni w przypadku innych zdarzeń traumatycznych. Andrades i in. nie uwzględnili w swoim modelu także zmiennych socjodemograficznych.

1.2.5. Współwystępowanie negatywnych i pozytywnych następstw traumy u dzieci i młodzieży

Zespół stresu pourazowego i potraumatyczny wzrost to dwa rodzaje reakcji psychologicznych, które często ze sobą współwystępują po doświadczeniu traumy również u dzieci i nastolatków. Teoria potraumatycznego wzrostu Tedeschiego i Calhouna (2006) sugerowała, że dystres może aktywować procesy poznawcze osób, które przeżyły traumę, a to może prowadzić do bardziej pozytywnych perspektyw siebie, innych i świata, co z kolei prowadzi do powstania PTG. Na współistnienie negatywnych i pozytywnych skutków doznanej traumy zwracają uwagę także autorzy modeli potraumatycznego wzrostu u dzieci i młodzieży (Andrades i in., 2014; Meyerson i in., 2011). Występujące intruzje, uważane za symptomy stresu pourazowego, wpływają na „przetwarzanie poznawcze” zdarzenia traumatycznego, umożliwiając jego zrozumienie i nadanie mu znaczenia; w ten sposób mogą zwiększać prawdopodobieństwo wystąpienia

potraumatycznego rozwoju. Dlatego wydają się być korzystne z punktu widzenia czerpania korzyści z traumy.

Jak dotychczas przeprowadzono niewiele badań dotyczących współwystępowania objawów stresu pourazowego i wzrostu po traumie w grupie dzieci i młodzieży. Ponadto obraz zależności między nimi nie jest klarowny. Dostępne badania wskazały, że PTSD ma pozytywny związek z PTG u nastolatków, którzy doświadczyli traumatycznych stresorów (Zhou i in., 2018a). Podobne wyniki uzyskali Thabet i ElRabbaiy (2018) w badaniach przeprowadzonych wśród sierot. Również Andrades i in. (2021), analizując 325 nieletnich w wieku 10-16 lat, którzy przeżyli trzęsienie ziemi i tsunami w Chile w 2010 roku, zaobserwowali dodatni związek między PTSD a PTG. Warto zwrócić uwagę, że ich badania miały charakter podłużny. Dokonano dwóch pomiarów: po 12 i 24 miesiącach od katastrofy. Wyniki wskazały, że poziom zarówno PTSD, jak i PTG obniżył się wraz z upływem czasu, ale w przypadku zespołu stresu pourazowego spadek był wyraźnie większy. Co więcej, w obydwu odcinkach czasu PTSD i PTG były ze sobą pozytywnie skorelowane.

Z kolei inne badania (Meyerson i in., 2011) sugerują, że stres na niskim poziomie może być zbyt słaby, aby aktywować procesy poznawcze, które stymulują PTG u osób po traumie, a zbyt silny stres może przytłoczyć te procesy i także utrudnić wystąpienie PTG. W związku z tym poziomy PTG w tych dwóch warunkach mogą być stosunkowo niskie. Badacze sugerują, że to stres na umiarkowanym poziomie najsilniej aktywuje procesy poznawcze ludzi, a zatem PTG jest najwyższe, gdy nasilenie PTSD jest umiarkowane. Wskazuje to na występowanie odwróconego związku „U” między PTSD a PTG, podobnie jak w przypadku osób dorosłych.

Taką zależność uzyskano w badaniach u nastolatków po różnych wydarzeniach traumatycznych (Levine i in., 2008), a także w analizach Andreou i in. (2021), w których wzrost potraumatyczny w wyniku wiktylizacji związanej z zastraszaniem w szkole był związany z nasileniem objawów PTSD i związek ten był krzywoliniowy. Warto nadmienić, że istnieją też badania, w których zaobserwowano negatywny związek między PTSD a PTG (Zhou i in., 2018b).

Przedstawione dane potwierdzają, że obraz zależności PTSD z PTG w grupie dzieci i młodzieży jest niejednoznaczny. Wskazane są więc dalsze badania w tym zakresie.

1.2.6. Zapobieganie PTSD i wspieranie wzrostu po traumie u dzieci i młodzieży

W odniesieniu do osób dorosłych powstało wiele różnych programów, mających na celu leczenie objawów PTSD i wspieranie PTG. Biorąc pod uwagę, że wśród dzieci i młodzieży również obserwujemy zarówno negatywne jak i pozytywne konsekwencje przeżytej traumy, warto przyjrzeć się bliżej i poszukiwać wskazówek do pracy również z młodszą grupą osób. W większości przypadków programy profilaktyczne dla dzieci i młodzieży opierają się na podobnych schematach, jak u osób dorosłych. Oznacza to, że etapy postępowania są podobne do wielu podejść terapeutycznych, w których klinicyści starają się stworzyć akceptującą i bezpieczną atmosferę oraz podjąć kroki, aby pomóc młodym ludziom w przywróceniu poczucia normalności i bezpieczeństwa (Kilmer i Gil-Rivas, 2008). W takich podejściach klinicyści są otwarci na dyskusję o traumie i uczuciach z nią związanych. Ich zadaniem jest słuchać aktywnie i uznawać trudność sytuacji, zapewnić wsparcie oraz pomóc młodzieży ponownie ocenić doświadczenie i uregulować emocje. Specjaliści powinni także pomagać nastolatkom w ich wysiłkach w dążeniu do odzyskania zdrowia, udzielając wskazówek, a nawet modelując stosowanie adaptacyjnych strategii radzenia sobie (Kilmer i in., 2014).

W pracy z dziećmi i młodzieżą po doświadczeniach traumatycznych podstawowym zadaniem na wczesnym etapie po traumie jest psychoedukacja. Pomaga ona rozwiązać problem dezorientacji dzieci co do natury traumy i pytań o ich bezpieczeństwo (Cohen i in., 2011). Następnie młodzież uczy się umiejętności behawioralnych (np. stopniowego rozluźniania mięśni, głębokiego oddychania) w celu radzenia sobie z lękiem i przygotowania ich do interakcji z potencjalnie niepokojącymi wspomnieniami traumy w późniejszym okresie leczenia. Dzieci uczone są także rozpoznawania różnych emocji, odpowiedniego ich wyrażania oraz odróżniania uczuć od myśli.

W ostatnich latach opisano interwencje mające na celu zmniejszenie stresu po traumie, z których wiele obejmuje również wspieranie wzrostu po traumie. W rzeczywistości, chociaż istniejące terapie PTSD nie są specjalnie ukierunkowane na promowanie wzrostu, wiele elementów standardowego leczenia bezpośrednio lub pośrednio wspiera procesy PTG (np. ruminacje refleksyjne, wsparcie opiekuna, pozytywne przewartościowanie, skupienie się na przyszłości). Co więcej, te oparte na dowodach interwencje dostarczają użytecznych informacji do skutecznego integrowania

zagadnień czasowych, rozwojowych i kulturowych w projektowaniu interwencji klinicznych w celu ułatwienia wystąpienia PTG.

Jedną z interwencji, która jest coraz bardziej popularna w leczeniu objawów zespołu stresu pourazowego u młodzieży, jest procedura przedłużonej ekspozycji. Ten rodzaj terapii powstał w oparciu o teorię przetwarzania emocjonalnego i został stworzony przez Foę i in. (2014) Celem terapii jest eliminacja objawów zaburzeń w drodze modyfikacji patologicznych elementów struktury strachu, m.in. poprzez przetworzenie traumy w ekspozycji wyobrażeniowej. Terapia metodą przedłużonej ekspozycji składa się z następujących elementów: psychoedukacji (uzasadnienie metody leczenia, omówienie typowych reakcji na traumę oraz roli unikania w podtrzymywaniu symptomów PTSD), treningu oddechowego, wielokrotnych ekspozycji in vivo (ekspozycje na sytuacje czy bodźce, których osoby unikają ze względu na potraumatyczny stres i lęk) oraz wielokrotnych ekspozycji wyobrażeniowych (konfrontujących ze wspomnieniami traumatycznego zdarzenia). Praca odbywa się w trakcie 9-12 półtoragodzinnych indywidualnych sesji, przy czym dokładny czas trwania i przebieg terapii zależą w dużej mierze od typu urazu doświadczonego przez klienta oraz tego, czy stres ma charakter ostry czy chroniczny (Foa i in., 2014).

Kolejną metodą, która może być wykorzystana w pracy z dziećmi i nastolatkami po doświadczeniu traumy, jest procedura odwrażliwiania i ponownego przetwarzania za pomocą bilateralnej stymulacji (*Eye Movement Desensitisation and Reprocessing* – EMDR, Shapiro, 2017). EMDR to złożona, ustrukturyzowana, potwierdzona naukowo interwencja terapeutyczna połączona z ruchami gałek ocznych lub innym rodzajem stymulacji dwustronnej, stosowana w sposób stymulujący mózgowy system przetwarzania informacji, tj. przetwarzanie traumatycznych sieci pamięci (mózg emocjonalny) i sieci z obszaru pamięci jawnej, świadomej (mózg poznawczy). Zakłada się, że wspomnienia traumatyczne są przechowywane w nieświadomych i emocjonalnych częściach mózgu i nie są połączone z częściami świadomymi i narracyjnymi. Dlatego stresujące wydarzenie jest wyzwalaczem dla systemu pamięci emocjonalnego mózgu. Celem EMDR, jak uważa autorka metody (Shapiro, 2017), jest zmiana sposobu myślenia o traumatycznych wspomnieniach oraz zmiana dystresu emocjonalnego, jaki wywołuje u osoby. Zadanie polega na poruszaniu się między wspomnieniem traumy z przeszłości (pamięcią, która powoduje szereg objawów) i teraźniejszości, co następnie wpływa na przyszłość.

Najlepiej opisaną i mającą największą skuteczność w pracy z dziećmi i młodzieżą jest terapia poznawczo-behawioralna skoncentrowana na traumie (*Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy* - TF-CBT), która jest programem interwencji psychologicznej o ściśle określonej strukturze, opartym na poznawczym, behawioralnym i interpersonalnym modelu terapii traumatycznego stresu. Standardowa interwencja terapeutyczna TF-CBT trwa do 12 sesji. Struktura procedury postępowania w terapii pozwala dziecku na samopoznanie reakcji na doświadczaną traumę oraz na rozwój umiejętności radzenia sobie ze stresem. Etap ten następuje przed wprowadzeniem do terapii elementów narracji związanej z doświadczeniem traumy, która w procesie desensytyzacji pozwala na poznawczą zmianę nieadaptacyjnych myśli i przekonań. Typowo terapia TF-CBT prowadzona jest niezależnie, dla dziecka i rodzica, aczkolwiek w tym samym czasie, poprzez realizację celów i zadań określonych w poszczególnych komponentach, aż do połączonej sesji dziecko-rodzic w końcowej fazie terapii, gdzie dziecko dzieli się z rodzicem swoją narracją na temat traumy (Cohen i in., 2011).

TF-CBT łączy myśli, uczucia i zachowania, które służą do rozwijania poznawczego radzenia sobie (np. przeformułowanie, pozytywna rozmowa z samym sobą); takie kroki mają wyraźne znaczenie dla PTG. Procesy poznawcze są traktowane jako podstawa do tworzenia narracji o traumie przez młodych ludzi. Zawiera ona kronikę konkretnych wydarzeń, myśli i uczuć, doświadczonych podczas urazu. Tworzenie narracji traumy jest uważane za kluczową technikę ekspozycji, która pozwala również klinicystom zidentyfikować i ostatecznie skorygować zniekształcenia poznawcze. Podobnie, opanowanie wspomnień o traumie jest promowane poprzez stopniowaną ekspozycję w celu zmniejszenia unikania bodźców niezagrożających.

Istnieje wiele dowodów, które potwierdzają skuteczność podejścia poznawczo-behawioralnego do leczenia PTSD u dzieci i młodzieży (Dorsey i in., 2011; Kowalik i in., 2011). Niedawna metaanaliza istniejących metod leczenia PTSD u młodzieży wykazała, że istnieje silne poparcie dla skuteczności terapii poznawczo-behawioralnej (*Cognitive Behavioral Therapy* - CBT), podczas gdy jest mniej dowodów empirycznych, co do skuteczności innych podejść (Wethington i in., 2008; Kowalik i in., 2011).

TF-CBT została pierwotnie zaprojektowana i była wykorzystywana głównie z udziałem osób, które przeżyły molestowanie seksualne w dzieciństwie (Cohen i in., 2004; Deblinger i in., 1996). Dowody potwierdzają również jej skuteczność u młodzieży narażonej na ataki terrorystyczne (CATS Consortium, 2007), przemoc fizyczną (Kolko,

1996; Kolko i Swenson, 2002) oraz traumatyczny żal (Cohen i in., 2011). W szczególności TF-CBT wiąże się z poprawą kompetencji społecznych i redukcją PTSD, depresji, lęku i problemów behawioralnych (CATS Consortium, 2007; Cohen i in., 2004; Jensen i in., 2013).

Warto zwrócić uwagę na rolę opiekunów w leczeniu dzieci i młodzieży z PTSD. Zaangażowanie opiekunów w leczenie jest nieocenione, ponieważ badania wykazały, że podejścia, które nie obejmują opiekunów, są mniej skuteczne (Deblinger i in., 1996). Sesje z opiekunami zawierają nauczanie wielu tych samych umiejętności, których uczy się młodzież, a także ogólnych i specyficznych dla traumy umiejętności rodzicielskich. Ponadto mają na celu pomóc opiekunom w radzeniu sobie z własnymi reakcjami na traumę i wyposażyć ich w kompetencje do wspierania dzieci w radzeniu sobie z traumą w domu (np. dostarczanie dokładnych i uspokajających informacji, modelowanie i wzmacnianie umiejętności radzenia sobie). Pod koniec leczenia przeprowadzane są wspólne sesje dziecko-opiekun, podczas których dzieci są zachęcane do dzielenia się z opiekunami opowieściami o traumie. W czasie ich trwania możliwe jest zadawanie pytań i wdrażanie środków w celu zwiększenia bezpieczeństwa i zapobiegania narażeniu na traumę w przyszłości. Co istotne, elementy tych komponentów można dostosować, aby zwiększyć ich znaczenie kulturowe i rozwojowe (Kerig i Becker, 2010).

Coraz bardziej rozwijają się także techniki i formy wspierania rozwoju potraumatycznego u młodzieży (Kilmer i Gil-Rivas, 2008). Specjaliści mogą korzystać z TF-CBT, ale również szukać wskazówek w innych interwencjach wykorzystujących wsparcie społeczne (Chemtob i in., 2002; Salloum i Overstreet, 2008; Stein i in., 2003). Zamierzone efekty mogą zasadniczo różnić się między interwencjami zaprojektowanymi w celu zmniejszenia PTSD a tymi, które mają na celu promowanie PTG. Jednak ich wspólny cel, jakim jest wspieranie adaptacyjnych reakcji pourazowych, przyczynia się do nakładania się prawdopodobnych mechanizmów zmiany. Na przykład dostarczanie dokładnych informacji i odpowiedzi na pytania młodzieży podczas psychoedukacji może być wczesnym krokiem w promowaniu ponownego przywołania i stabilizacji ich podstawowych przekonań, procesów zaangażowanych zarówno w zmniejszanie dystresu, jak i rozwój PTG. Ponadto, literatura dotycząca PTG potwierdza, że szkolenie w zakresie umiejętności radzenia sobie, zaangażowanie opiekunów i starannie zaplanowane czynności zachęcające do produktywnego ruminowania są potencjalnymi celami interwencji. Ogólnie rzecz biorąc, takie kroki mogą również stanowić podstawę do

późniejszych dyskusji na temat potencjalnych zysków i strat, których nastolatki doświadczyły w wyniku zmagania się z traumą (Tedeschi i Kilmer, 2005).

W klinicznej lub wspierającej pracy z dziećmi i młodzieżą profesjonalści mogą odgrywać ważną rolę nie tylko we wspieraniu młodych ludzi w podejmowanych przez nich wysiłkach w celu przystosowania się, ale także w tworzeniu odpowiedniego środowiska do występowania PTG. Specjaliści mogą wykorzystywać różne formy pracy, od diagnozy po interwencję lub leczenie. Istotną rolę odgrywają również rodzice, personel szkoły i specjaliści z zakresu zdrowia psychicznego, którzy mogą pomóc młodzieży w ich wysiłkach przystosowania się, wspierając ją w następstwie doświadczonej traumy. Praktycy mogą pracować nad wykorzystaniem zasobów młodzieży, wspierać ich aktywne radzenie sobie i pomagać im w radzeniu sobie z nową rzeczywistością. Mogą odgrywać kluczową rolę w pomaganiu dzieciom i młodzieży w rozwijaniu narracji o tym, co się wydarzyło, i słuchać, jak młodzież przedstawia zmiany ich przekonań na temat świata, a także pomagać w ich zrozumieniu (Kilmer i Gil-Rivas, 2008; Tedeschi i Kilmer, 2005). Zmiany mogą być obserwowane w sposobie formułowania myśli przez nastolatków, które w czasie procesu terapeutycznego powinny być akcentowane i wzmacnianie przez praktyków. Oczywiście bardzo ważne jest rozważenie momentu podjęcia takich kroków oceniając, kiedy może być przydatne (i akceptowalne) zwrócenie uwagi na postrzegane pozytywne zmiany (Kilmer i Gil-Rivas, 2008; Tedeschi i Kilmer, 2005; Tedeschi i Calhoun, 2009). W ten sposób praktycy mogą rozpoznać i wzmocnić te zmiany, rozważyć sposoby sformułowania zarówno trudności, jak i możliwych korzyści, oraz dyskutować i integrować korzyści z narracją młodzieży (Tedeschi i Kilmer, 2005). Podczas tych dyskusji ważne jest wspieranie zdolności młodych ludzi do utrzymania pozytywnych poglądów na siebie i swoją przyszłość (Kilmer, 2006; Kilmer i Gil-Rivas, 2008). W rzeczywistości podczas terapii wzmacnia się i pomaga budować mocne strony i kompetencje młodzieży. Szczególną uwagę można zwrócić na te, które mogą być istotne dla wzrostu i/lub te, które wydają się ważne dla pozytywnej adaptacji (i redukcji objawów), takie jak pozytywne przyszłe oczekiwania, optymizm, nadzieja i skuteczność (Gil-Rivas i in., 2007; Kilmer, 2006; Kilmer i in., 2009). Poza wspieraniem zasobów własnych, dostępne dane potwierdzają potencjalne korzyści płynące z pracy nad restrukturyzacją ocen traumy u dzieci i wspieraniem produktywnych ruminacji. Ten proces ruminacyjny wydaje się mieć kluczowe znaczenie

dla rozwoju dziecięcych narracji pourazowych i może również przyczynić się rozwojowi PTG (Kilmer i in., 2014).

Podsumowanie

Dzieci i młodzież, podobnie jak osoby dorosłe, są narażeni na wiele stresujących i traumatycznych wydarzeń. W kontekście nieletnich trauma najczęściej definiowana jest tak samo jak u osób dorosłych, czyli jako ekspozycja na wyjątkowo zagrażający lub katastroficzny stresor, związany z rzeczywistą śmiercią lub zagrożeniem życia, fizycznej integralności własnej lub innych ludzi, a także przemocą. W odniesieniu do dzieci i młodzieży wyróżniono różne typy traumy. Typ I odnosi się do zdarzenia pojedynczego i krótkotrwałego, zwany też traumą prostą. Typ II jest efektem długotrwałego oddziaływania sytuacji traumatycznej i jest określany jako trauma złożona. Z kolei trauma relacyjna to neurorozwojowe ujęcie, wskazujące na sytuację, w której rozwijający się organizm przekracza możliwości adaptacji i regulacji.

W grupie dzieci i młodzieży, podobnie jak w przypadku osób dorosłych, obserwuje się wzrost częstotliwości doświadczania sytuacji traumatycznych. Rozpowszechnienie tego typu zdarzeń waha się od 15% do nawet 95%. Dzieci i młodzież są na ogół narażone na te same rodzaje sytuacji, co dorośli. Wśród zdarzeń traumatycznych doświadczanych przez młodzież wymienia się: udział w katastrofie czy wypadku, zagrażającą życiu chorobę, tragiczną śmierć kogoś bliskiego, przemoc w środowisku domowym, nadużycia seksualne, a także działania wojenne, akty terroryzmu i uchodźstwo.

Doświadczenie zdarzenia traumatycznego przez młodych ludzi może nieść za sobą negatywne konsekwencje, czyli prowadzić do szeregu różnych objawów obejmujących sferę somatyczną, procesy poznawcze i emocjonalne oraz zachowanie. Do najczęściej opisywanych skutków zdarzeń traumatycznych w tej grupie wiekowej należy zespół stresu pourazowego, obejmujący cztery kategorie objawów: intruzje, unikanie, zmiany w procesach poznawczych, pobudzeniu lub reaktywności. Rozpowszechnienie objawów PTSD w grupie dzieci i młodzieży jest bardzo zróżnicowane i waha się od ok. 0% do nawet 80-90%. Oprócz objawów zespołu stresu pourazowego autorzy klasyfikacji DSM-5 wyróżnili inne reakcje potraumatyczne, w tym między innymi reaktywne zaburzenie przywiązania oraz odhamowane angażowanie się w relacje społeczne.

Dzieci i młodzież mogą również doświadczać pozytywnych następstw po traumie. Do najlepiej poznanych pozytywnych konsekwencji traumy wśród nieletnich, podobnie

jak w grupie osób dorosłych, można zaliczyć zjawisko potraumatycznego wzrostu. Mechanizm rozwoju potraumatycznego wzrostu u dzieci i młodzieży po przeżyciu traumatycznym wydaje się być podobny do tego, jaki występuje u osób dorosłych. W procesie PTG szczególną rolę przypisuje się procesom poznawczym, w tym zdolności do przetwarzania informacji związanych z doznaną traumą. Jednocześnie u dzieci i młodzieży proces ten wydaje się trudniejszy niż u dorosłych, ze względu na ich wiek, rozwijającą się osobowość i zmieniające się wzorce poznawcze. Prowadzone badania potwierdzają występowanie PTG u dzieci i młodzieży. Jego rozpowszechnienie szacuje się od 15% do nawet 60%.

Powstało kilka modeli PTG w odniesieniu do dzieci i młodzieży. Głównymi elementami, które mają znaczenie dla PTG, akcentowanymi przez te modele, są ruminacje, wsparcie społeczne, strategie radzenia sobie, a także zmienne socjodemograficzne i sytuacyjne. Wiele badań wskazuje na współwystępowanie PTSD i PTG w grupie dzieci i młodzieży, jednak natura tego związku nie jest w pełni poznana.

Ważnym aspektem doświadczania traumy przez nieletnich jest leczenie objawów PTSD oraz wspieranie PTG. Powstaje coraz więcej programów profilaktycznych oraz różnych form terapii, wśród których wymienia się EMDR, przedłużoną ekspozycję oraz TF-CBT, która, jak dotychczas, ma największą skuteczność potwierdzoną badaniami.

1.3. Uwarunkowania negatywnych i pozytywnych skutków doświadczonej traumy

Nie każda osoba, która doświadczyła zdarzenia traumatycznego, przejawia objawy zespołu stresu potraumatycznego czy wzrost po traumie. Wśród wielu czynników warunkujących występowanie zarówno negatywnych, jak i pozytywnych następstw ekspozycji na traumę, wymienia się zmienne sytuacyjne, związane z doświadczonym zdarzeniem, zmienne podmiotowe, w tym socjodemograficzne (głównie płeć), posiadane zasoby osobiste i społeczne, podejmowaną aktywność poznawczą, służącą przepracowaniu traumy, głównie w formie ruminowania o doznanej sytuacji, oraz stosowane strategie zaradcze. W psychologicznych mechanizmach powstawania PTSD, a także PTG, zwraca się także uwagę na rolę odporności psychicznej jednostki oraz posiadanych przekonań (schematów) poznawczych dotyczących własnej osoby i świata. Niekorzystne, szczególnie dla rozwoju PTSD, są schematy skrajne, zarówno negatywne, jak i pozytywne. Z kolei schematy plastyczne o umiarkowanym nasileniu mogą chronić przed rozwojem negatywnych, a sprzyjać pozytywnym skutkom doświadczonych zdarzeń traumatycznych. Ukształtowane przed traumą schematy poznawcze są powiązane z podmiotowymi właściwościami jednostki, w tym z posiadanymi przez nią zasobami osobistymi i mogą wpływać na podejmowaną przez nią aktywność zaradczą (Ogińska-Bulik, 2016c).

Zmaganie się z sytuacjami traumatycznymi wymaga od jednostki uruchomienia wielu różnych zasobów, zarówno osobistych, jak i społecznych, które mogą oddziaływać na poznawcze przetwarzanie traumy i determinować podejmowanie skutecznych sposobów radzenia sobie z nią. Są to właściwości, które ukształtowały się zanim jednostka doświadczyła zdarzenia traumatycznego. Na znaczenie podmiotowych właściwości człowieka, w tym posiadanych zasobów osobistych jako czynników chroniących przed rozwojem PTSD wskazuje wielu badaczy (m. in. Dudek, 2003, Ogińska-Bulik, 2013a, 2015a). Z kolei ich rolę jako czynników sprzyjających rozwojowi po traumie, akcentuje model wzrostu po traumie (Tedeschi i Calhoun, 2004), a także wyniki prowadzonych badań (Lu i in., 2022a; Ogińska-Bulik, 2013a; Ulset i Soest, 2021). Tak więc o nasileniu negatywnych i pozytywnych konsekwencji ekspozycji na traumę decyduje wiele czynników, które pozostają ze sobą w interakcji. Poniżej przedstawiono

charakterystykę wybranych czynników warunkujących występowanie PTSD i PTG, które uwzględniono w badaniach własnych.

1.3.1. Czynniki sytuacyjne

Do istotnych czynników sytuacyjnych, warunkujących występowanie objawów PTSD i PTG, można zaliczyć rodzaj doświadczonego zdarzenia, który wiąże się z intensywnością traumy, czas, jaki upłynął od zdarzenia, a także formy pomocy udzielanej osobom poszkodowanym.

Rodzaj zdarzenia

Obraz kliniczny PTSD może się różnić w zależności od rodzaju urazu. Na przykład DSM-III zawiera dwa stwierdzenia w tym zakresie: „niektóre stresory często wywołują zaburzenie (np. tortury), a inne sporadycznie” (s. 236); oraz „zaburzenie jest najwyraźniej poważniejsze i trwalsze, gdy jest zaprojektowane przez człowieka” (s. 236). Podobne stwierdzenia znalazły się również w DSM-III-R i DSM-IV (APA, 1987, 1993). Prowadzone badania epidemiologiczne potwierdziły, że różne urazy są związane z różnym warunkowym ryzykiem rozwoju PTSD. Na przykład Kessler i in. (1995) zidentyfikowali narażenie mężczyzn na walkę oraz gwałt i molestowanie seksualne kobiet, jako typy zdarzeń najbardziej powiązane z wystąpieniem objawów PTSD. Ponadto Resnick i in. (1993) stwierdzili, że ofiary traumy związanej z przestępstwami miały wyższe ryzyko rozwoju objawów PTSD, niż ofiary traumy niezwiązanej z tego typu wydarzeniami. Również Breslau i in. (1998) potwierdzili, że ryzyko rozwoju PTSD różniło się znacznie w zależności od rodzaju doświadczonego zdarzenia, przy czym najczęstszą przyczyną wystąpienia tego zaburzenia była doświadczona przemoc. Inni badacze (Kessler, 2000; Ogińska-Bulik, 2013a) potwierdzają, że największe nasilenie symptomów obserwuje się u osób, które doświadczyły takich zdarzeń, jak gwałt (65% mężczyzn, 46% kobiet), walki frontowe (39%) czy napaść seksualna (12% mężczyzn, 27% kobiet).

Należy zwrócić uwagę, że rodzaj doświadczonego zdarzenia jest z reguły powiązany z intensywnością traumy. Z kolei duża intensywność doznanej traumy, najczęściej wiążąca się wysokim ryzykiem zagrożenia zdrowia lub życia jednostki, sprzyja większemu nasileniu objawów PTSD (Dudek, 2003; Lauterbach i Vrana, 2001). Wykazano między innymi, że różne cechy intensywności i czas trwania traumy były

predyktorami PTSD u weteranów wojennych, ofiar wypadków drogowych i przestępstw (Blanchard i in., 1995; Kilpatrick i in., 1989; King i in., 1995). Wyniki badań przeprowadzonych w grupie żołnierzy uczestniczących w misjach pokojowych (Ogińska-Bulik, 2018) dostarczyły danych potwierdzających, że im większa intensywność doznanej traumy tym silniejsze objawy PTSD.

W grupie dzieci i młodzieży rodzaj zdarzenia i intensywność traumy również mogą mieć istotne znaczenie w pojawianiu się objawów zespołu stresu pourazowego. Najsilniejsze związki z PTSD u nieletnich dotyczą takich sytuacji, jak: gwałt, zaniedbanie w dzieciństwie, fizyczna przemoc i próby samobójcze. Dąbkowska (2006) wskazuje, że przemoc fizyczna, seksualna oraz bycie świadkiem przemocy to wydarzenia traumatyczne najbardziej predysponujące do pojawienia się symptomów PTSD (od 10% do 55% nieletnich). Erickson i Steiner (2001) z kolei analizowali nasilenie objawów zespołu stresu potraumatycznego wśród dzieci z chorobami nowotworowymi. Ich wyniki wskazują na występowanie PTSD u 10% badanych osób. Zbliżone rezultaty uzyskali Butler i in. (1996) informując, że 7% nastolatków chorych onkologicznie ujawniło objawy PTSD. Na wyższe wskaźniki występowania tych objawów wśród dzieci chorych onkologicznie sięgające 20%-25% wskazują Michel i in. (2010). Z kolei, według Baran (2009) nieletni zmagający się z nowotworami wykazują mniejsze nasilenie objawów PTSD niż dzieci, które doświadczyły takich sytuacji traumatycznych, jak katastrofy, wypadki komunikacyjne czy wykorzystywanie seksualne. Metaanaliza badań przeprowadzonych w grupie nieletnich wykazała, że u osób po urazie nieinterpersonalnym wskaźniki PTSD wynosiły 9,7%, podczas gdy po urazie interpersonalnym wzrosły do 25,2% (Alisic i in., 2014). W analizach Stupar i in. (2021) nastolatki narażone na wojnę i zmuszane do seksu, były około trzy razy bardziej narażone na pełny PTSD, ale prawdopodobieństwo pełnego PTSD mogło być nawet siedmiokrotnie wyższe w przypadku doświadczenia wojny i dziesięć razy wyższe u osób po doświadczeniach przemocy seksualnej. Narażenie na traumę wojenną i przemoc seksualną były zgłaszane jako zdarzenia traumatyczne najczęściej związane z objawami PTSD również we wcześniejszych badaniach (Kalaf i in., 2017; Thabet i in., 2008). Przytoczone wyniki badań wskazują, że objawy zespołu stresu potraumatycznego mogą się pojawić u nieletnich po doświadczeniu różnych zdarzeń traumatycznych. Jednak najwyższe wskaźniki PTSD notuje się po ekspozycji na przemoc fizyczną, psychiczną oraz seksualną.

Związek między rodzajem doświadczanego wydarzenia i intensywnością doznanej traumy a nasileniem pozytywnych zmian potraumatycznych nie jest jednoznaczny. Rezultaty analiz (Kira i in., 2006) wykazały brak powiązań konkretnych wydarzeń traumatycznych z ogólnym wynikiem Inwentarza Potraumatycznego Rozwoju (Posttraumatic Growth Inventory – PTGI). Natomiast szczegółowa analiza pozwala zauważyć, że takie wydarzenie, jak bycie torturowanym, było istotnie związane z rozwojem wewnętrznym i duchowym jednostki.

Z innych badań wynika, że traumy wojenne lub bojowe wiązały się z podskalą „docenianie życia” (Pietrzak i in., 2010). Doświadczanie chorób zagrażających życiu wykazywało powiązania z rozwojem wewnętrznym, docenianiem życia i rozwojem duchowym (Barskova i Oesterreich, 2009). Porzucenie dziecka przez matkę nie wiązało się z żadną skalą PTGI, natomiast porzucenie przez ojca okazało się powiązane z wynikami całkowitymi PTGI oraz wewnętrznym rozwojem duchowym, rozwojem osobistym i dostrzeganiem nowych możliwości (Kira i in., 2013). Stwierdzono również, że doświadczanie nietraumatycznych, nawracających lub nieustannych kłopotów lub chronicznych stresorów oraz poważne odrzucenie lub niepowodzenie w związkach było istotnie związane tylko z rozwojem wewnętrznym. Wykorzenienie (np. doświadczenie uchodźców) wiązało się pozytywnie z całkowitymi wynikami PTGI, rozwojem wewnętrznym, docenianiem życia i nowymi możliwościami. Bycie zaatakowanym lub pobitym przez osobę bądź osoby wykazywało dodatnie powiązania z wynikami ogólnej skali PTGI oraz z podskalami docenianie życia, siła osobista, nowe możliwości i relacje z innymi. Dyskryminacja ze strony rodziców ze względu na płeć nie była związana z PTGI ani żadną z jej składowych, natomiast dyskryminacja ze względu na płeć przez społeczeństwo była pozytywnie związana z wynikami całkowitej skali PTGI, a także z wewnętrznym rozwojem i relacjami z innymi. Bycie uciskany, dyskryminowanym i historia ludobójstwa negatywnie wiązały się z wynikami PTGI (Kira i in., 2013; Powell i in., 2003).

Z badań przeprowadzonych przez Tedeschiego i Calhouna (2004) wynika, że najwyższe nasilenie potraumatycznego wzrostu wystąpiło u studentów doświadczających różnego rodzaju zdarzeń traumatycznych, najniższe zaś u ofiar przestępców w Afryce Południowej. Natomiast przegląd badań Linleya i Josepha (2004) wskazują, że najwyższy poziom PTG prezentowany był przez kobiety w żałobie po stracie dziecka, a najniższy u mężczyzn, których żony zmagaly się z nowotworem piersi.

Niektórzy badacze wskazują, że wraz ze wzrostem intensywności traumy rośnie nasilenie zmian potraumatycznych, co świadczy o zależności prostoliniowej (Frans i in., 2005; McMillen i in. 1997; Park i in. 1996). Jednak wiele badań dowodzi, że wydarzenia o małej i skrajnie dużej intensywności nie sprzyjają pojawieniu się zmian wzrostowych. Natomiast trauma o umiarkowanym nasileniu zwiększa prawdopodobieństwo jej przepracowania, a w konsekwencji sprzyja wystąpieniu potraumatycznego wzrostu (Calhoun i Tedeschi 1999; Kleim i Ehlers 2009; Lechner, 2003, Linley i Joseph 2004; Ogińska-Bulik 2013a).

Rodzaj zdarzenia traumatycznego, a także intensywność traumy, mogą mieć znaczenie w pojawianiu się pozytywnych zmian potraumatycznych w grupie dzieci i młodzieży. Badania Ickovics i in. (2006) wskazują, że nastolatki doświadczające takich wydarzeń jak nieplanowana ciąża, śmierć bliskiej osoby, zagrożenie zdrowia fizycznego w obliczu choroby czy przestępstwa, ujawniają więcej pozytywnych zmian niż dziewczęta, które doświadczyły problemów interpersonalnych, molestowania seksualnego lub fizycznego. Takich zależności nie stwierdzono w badaniach Milam i in. (2004), w których analizowano grupę 435 hiszpańskich adolescentów, a najczęstszym relacjonowanym zdarzeniem była śmierć kogoś bliskiego. Również Ogińska-Bulik (2010b) w badaniach 165 polskich nastolatków nie zaobserwowała związku między rodzajem zdarzenia traumatycznego a nasileniem PTG.

Większość doniesień dotyczących związku intensywności doświadczonej traumy z PTG wśród dzieci i młodzieży wskazuje na związek pozytywny między zmiennymi, w tym rezultaty badania przeprowadzonego na populacji hiszpańskich nastolatków (Alisic i in. 2008), adolescentów zmagających się z nowotworem (Barakat i in. 2006; Yaskowich, 2003), norweskich dzieci po doświadczeniu tsunami (Hafstad i in. 2010), młodzieży po huraganie Katrina (Kilmer i in. 2009), ofiar terroryzmu (Laufer i Solomon, 2006; Laufer i in., 2009). Laufer i Solomon (2006) sugerują, podobnie jak u osób dorosłych, występowanie krzywoliniowej zależności między zmiennymi. Z kolei ujemną korelację między intensywnością traumy a wzrostem zaobserwowano w badaniach Kimhi i in. (2009). Dostępne są również badania, które nie potwierdzają powiązań między intensywnością traumy a występowaniem pozytywnych zmian potraumatycznych (Cryder i in., 2006; Kilmer i in. 2009; Kilmer i Gil-Rivas, 2010; Laufer i in., 2009; Milam i in., 2005; Yaskowich, 2003).

Czas od zdarzenia traumatycznego

Rozważając związek między ekspozycją na traumę a PTSD, przydatne jest rozróżnienie między ostrą a przewlekłą reakcją na traumatyczne wydarzenie. U większości osób narażonych na traumatyczne zdarzenia objawy pojawiają się we wczesnym okresie po jego wystąpieniu. Jednak w miarę upływu czasu intensywność początkowej reakcji maleje, a liczba osób, które przejawiają te reakcje zmniejsza się (Rothbaum i Foa 1993; McFarlane i Papay 1992; Grace i in. 1993). Wśród osób, które przeżyły traumę, objawy pourazowe mogą również stać się przewlekłe, czyli nasilenie objawów PTSD może pozostać na stosunkowo wysokim poziomie lub nawet rozwinąć się z opóźnieniem (Yehuda, 1998). Niektóre wyniki badań wskazują na zmieniające się poziomy PTSD w czasie po doświadczonych zdarzeniach, ale nie wskazują jednoznacznego kierunku zależności. Są więc takie, które informują, że w miarę upływu czasu następuje wzrost nasilenia PTSD (Galea i in., 2008), jak i takie, które wskazują na zmniejszanie się nasilenia tego typu objawów (Heid i in., 2017). Są również dostępne dane, z których wynika, że nasilenie objawów PTSD pozostaje na wysokim lub niskim poziomie niezależnie od czasu zdarzenia (Chan i in., 2016).

Badania przeprowadzone w grupie dzieci i młodzieży również wskazują na zróżnicowane nasilenie objawów PTSD w zależności od czasu, jaki upłynął od doświadczonej sytuacji traumatycznej. Przykładem są badania podłużne Liu i in. (2011) przeprowadzone w grupie 330 dzieci z klas 3-5, które przeżyły trzęsienie ziemi w prowincji Sichuan, w południowych Chinach. Dokonano dwóch pomiarów – 6 i 12 miesięcy po zdarzeniu. Wyniki wskazały, że wyższe nasilenie objawów PTSD u dzieci zanotowano po roku od zdarzenia. Sugeruje to wzrost nasilenia negatywnych konsekwencji ekspozycji na traumę wraz z upływem czasu. Kolejnym przykładem mogą być badania La Greca i in. (2013), w których analizom poddano wyniki uzyskane od 568 dzieci z klas 3-5 po doświadczeniu huraganu Andrew. Dokonano trzech pomiarów – 3, 7 i 10 miesięcy po zdarzeniu. Wyniki wskazują na najwyższe nasilenie objawów PTSD trzy miesiące po zdarzeniu, a najniższe po 10 miesiącach. W tym przypadku zatem negatywne skutki ekspozycji na traumę obniżały się wraz z upływem czasu.

Inne badania podłużne, w których sprawdzano poziom objawów PTSD w zależności od czasu, jaki upłynął od traumatycznej sytuacji przeprowadzili Fan i in. (2015). Obserwacji poddano łącznie 1573 nastolatków, którzy przeżyli trzęsienie ziemi w Wenuchan. Pomiarów dokonano 6, 12, 18 i 24 miesiące po zdarzeniu. Najwyższy poziom

objawów PTSD zaobserwowano po roku od trzęsienia ziemi, następnie po 6 miesiącach, po 2 latach, a najniższy po 1,5 roku. Wyniki wskazują zatem na zmieniający się w czasie poziom objawów PTSD. Warto jednak podkreślić, że zróżnicowane poziomy objawów PTSD w grupie dzieci i młodzieży mogą zależeć nie tylko od czasu, jaki upłynął od zdarzenia, ale także być efektem doświadczenia różnych zdarzeń traumatycznych i stosowania odmiennych narzędzi pomiaru.

Dostępne dane w zakresie związku nasilenia objawów PTG z czasem, jaki upłynął od wydarzenia traumatycznego, są również niejednoznaczne. Niektórzy badacze dowodzą, że najwięcej pozytywnych zmian występuje w okresie od dwóch tygodni do dwóch miesięcy po przeżytym wydarzeniu (Davis i in., 2000; Frazier i in., 2001; McMillen i in., 1997). Również autorzy konstruktu, Tedeschi i Calhoun (1998, 2007) twierdzą, że najwięcej pozytywnych zmian występuje w krótszym czasie od urazu, ale zwracają uwagę na to, że potraumatyczny wzrost może pojawić się także wiele lat po traumie. Z badań Cordovy i in. (2001), Evers i in. (2001) oraz Park i in. (1996) wynika, że największe nasilenie pozytywnych zmian było związane z dłuższym czasem od wydarzenia, tj. wystąpiło kilka lat po doznanej sytuacji. Niewiele jest badań podłużnych, w których można obserwować zmiany nasilenia PTG. Jedno z nich zostało przeprowadzone przez Frazier i in. (2001). Obserwacje trwały przez jeden rok, a pomiarów dokonywano po upływie dwóch tygodni, dwóch i sześciu miesięcy oraz po roku od doświadczonej sytuacji traumatycznej. Uzyskane wyniki wskazały, że najwyższe nasilenie pozytywnych zmian potraumatycznych zanotowano w ciągu dwóch tygodni od zdarzenia, ale następnie wraz z upływem czasu zmniejszało się. Z kolei na brak istotnego związku między czasem, jaki upłynął od doświadczonego wydarzenia traumatycznego, a PTG wskazują badania Milam i in. (2004) oraz Sheikh (2004).

Interesujące badania w tym zakresie przeprowadzili Morgan i Desmarais (2017). Analizowano, wykorzystując analizę skupień, związek między czasem od zdarzenia a poziomem PTG u weteranów wojskowych. Wyniki ujawniły cztery istotnie różne grupy (tj. skupiska), charakteryzujące się zróżnicowanymi powiązaniami między PTG a czasem od zdarzenia. Jedna z nich (skupienie 2) została oznaczona jako grupa o niskim wzroście i charakteryzowała się minimalnym nasileniem PTG niezależnie od czasu. Kolejna grupa (skupienie 3) została nazwana długoterminową grupą o małym wzroście i charakteryzowała się przede wszystkim niewielkimi przyrostami PTG w dłuższych okresach czasu. Skupienie 1 dotyczyło grupy o umiarkowanym wzroście i

charakteryzowało się umiarkowanym poziomem PTG w krótszych okresach czasu, a także wysokim poziomem objawów PTSD; grupa ta była również znacznie młodsza. Kolejna (skupienie 4), zwana grupą wysokiego wzrostu, charakteryzowała się wysokim nasileniem PTG niezależnie od czasu, ale także większym wyzwaniem dla podstawowych przekonań, największą liczbą świadomych ruminacji i zarazem największą liczbą objawów PTSD. Wyniki te potwierdzają, że związek między czasem, jaki upłynął od doznanego zdarzenia a nasileniem pozytywnych zmian potraumatycznych ma niejednoznaczny charakter.

Nieliczne wyniki badań, dotyczące zależności między czasem, jaki upłynął od zdarzenia a poziomem wzrostu po traumie w grupie nastolatków, są także zróżnicowane. Na ujemną zależność między zmiennymi wskazują badania Barakat i in. (2006). Analizom poddano 150 adolescentów w wieku 11-19 lat, którzy przeżyli nowotwór oraz ich rodziny. Do podobnych wniosków doszli Phipps i in. (2007), którzy swoimi badaniami objęli 199 nieletnich w wieku 7-18 lat zmagających się z nowotworami. Wyniki wskazały na zmniejszający się w czasie poziom potraumatycznego wzrostu. Podobnie, Wolchik i in. (2009) w badaniach 50 nastolatków i młodych dorosłych zaobserwowali, że wraz z upływem czasu od śmierci rodzica, zmniejszał się poziom PTG. Warto zwrócić uwagę, że badania te miały charakter retrospektywny – śmierć rodzica nastąpiła w okresie dzieciństwa lub adolescencji.

Z kolei inne dane dostarczyły informacji o braku związku między czasem od zdarzenia traumatycznego a nasileniem wzrostu po traumie. Przykładem mogą być badania Alisic i in. (2008), którymi objęto 1770 dzieci z 36 losowo wybranych szkół podstawowych. Również Currier i in. (2009), którzy analizowali wyniki uzyskane od grupy 78 dzieci zmagających się z nowotworami, nie zaobserwowali związku między czasem od zdarzenia a nasileniem pozytywnych zmian potraumatycznych. Do podobnych wniosków doszli Michel i in. (2010), również analizując wyniki 48 nastolatków w wieku 12-15 lat chorujących na raka, a także Milam i in. (2004), którzy swoimi badaniami objęli hiszpańskich nastolatków po doświadczeniu różnych zdarzeń traumatycznych. W polskiej populacji związek między czasem od zdarzenia a nasileniem pozytywnych zmian po doświadczeniu różnych wydarzeń traumatycznych przez nastolatków analizowała Ogińska-Bulik (2010b). Wyniki przeprowadzonych badań także nie wykazały tego typu powiązań.

Formy pomocy psychologicznej

Istotnym czynnikiem, który może wpływać na nasilenie negatywnych i pozytywnych konsekwencji ekspozycji na traumę, są formy pomocy psychologicznej udzielane osobom po doświadczeniach traumatycznych. Wśród sposobów pomocy osobom doświadczającym traumy możemy wyróżnić wsparcie psychologiczne, poradnictwo i terapię psychologiczną (psychoterapię). Różnica między psychoterapią a wsparciem psychospołecznym polega głównie na sposobie pracy z pacjentem (klientem). Psychoterapia to rodzaj leczenia, którego celem jest poprawa funkcji umysłowych i poprawa jakości życia, udzielana jest osobom z zaburzeniami zdrowia psychicznego przez wyszkolonych w trybie podyplomowym specjalistów. Terapeuta pomaga również pacjentowi wyzdrowieć, aktywując potencjał samoleczenia. Z kolei wsparcie psychologiczne to doraźna metoda wsparcia, która działa „tu i teraz”. Często korzystają z niego osoby znajdujące się w kryzysie, np. po śmierci bliskiej osoby, chorobie w rodzinie, separacji, utracie pracy, itp.

Jedna, jak i druga forma pomocy mogą być korzystne dla osób po doświadczeniu traumy, przy czym badania koncentrują się na konkretnych metodach terapeutycznych, a nie ogólnie na udzielanym wsparciu. W literaturze opisano różne formy terapii, które można zastosować w celu zmniejszenia nasilenia objawów PTSD u osób dorosłych (Dudek, 2003, Ogińska-Bulik, 2015a, Popiel i in., 2019). Coraz więcej jest też technik pracy poświęconych dzieciom i młodzieży, a ich skuteczność została potwierdzona badaniami (Cohen i in., 2011; Dorsey i in., 2011; Kowalik i in., 2011; Wethington i in., 2008).

Metody stosowane do obniżania objawów PTSD i leczenia wzbogacane są o techniki, które pozwalają na wspieranie wzrostu po traumie. Badania pokazują, że pozytywne efekty osiągane są u osób dorosłych (Lechner i Antoni, 2004; Ogińska-Bulik, 2013a), ale także u dzieci i młodzieży (Kilmer i Gil-Rivas, 2008; Tedeschi i Kilmer, 2005). Wśród form terapii najbardziej skuteczna jest terapia poznawczo-behawioralna, która powoduje obniżenie objawów PTSD i pomaga w pojawianiu się wzrostu potraumatycznego. Metaanaliza istniejących metod leczenia PTSD wśród młodzieży przeprowadzona przez Wethington i in. (2008) wykazała, że istnieje silne poparcie dla skuteczności terapii poznawczo-behawioralnej. Metoda ta została potwierdzona badaniami wśród dzieci i młodzieży narażonej na ataki terrorystyczne (CATS Consortium, 2007), przemoc fizyczną (Kolko, 1996; Kolko i Swenson, 2002) oraz traumatyczny żal (Cohen i in.,

2011). Ponadto ta forma terapii jest również skuteczna dla potraumatycznego wzrostu, co potwierdzają analizy Kilmer i Gil-Rivas (2008).

Zaprezentowany przegląd stosunkowo nielicznych badań, w których analizowano związki między czynnikami sytuacyjnymi a nasileniem PTSD i PTG w grupie dzieci i młodzieży wskazuje na duże zróżnicowanie wyników. Wskazane są więc dalsze prace w tym obszarze.

1.3.2. Czynniki podmiotowe

Kolejnym ważnym aspektem, który należy uwzględnić wśród czynników mogących mieć znaczenie dla negatywnych i pozytywnych skutków traumy są uwarunkowania podmiotowe. Do tych czynników można zaliczyć wiek i płeć osób badanych oraz zmienne psychologiczne, takie jak prężność, wsparcie społeczne, ruminacje i stosowane strategie radzenia sobie, które uwzględniono w badaniach własnych.

Zmienne socjodemograficzne

Nasilenie objawów zespołu stresu pourazowego i potraumatycznego wzrostu może być zdeterminowane przez takie zmienne, jak płeć i wiek osób, które doświadczyły zdarzenia traumatycznego. Większość przeprowadzonych badań wskazuje, że kobiety częściej wykazują objawy PTSD niż mężczyźni. Przykładem mogą być badania przeprowadzone w Stanach Zjednoczonych, z których wynika, że wskaźniki rozpowszechnienia PTSD wynosiły 10,4% u kobiet i 5% u mężczyzn. Z kolei kryteria PTSD spełniało 7,4% kobiet doświadczających traumatycznego wydarzenia w porównaniu do 3,6% mężczyzn w populacji szwedzkiej. Badania australijskie dostarczyły wyników wskazujących, że osoby, które doznały traumy charakteryzowały się niższym poziomem objawów PTSD (3,8% kobiet i 2% mężczyzn) (za: Lis-Turlejska, 2009). Kobiety są zatem narażone na objawy zespołu stresu potraumatycznego dwukrotnie częściej niż mężczyźni. Ponadto częściej niż mężczyźni zgłaszały główne objawy, takie jak retrospekcje, nadmierną czujność i intensywny stres psychiczny z powodu przypomnienia traumy, oraz miały tendencję do wykazywania silnej reakcji emocjonalnej i niskiej samooceny (Mahmood i in., 2019). Stosunek kobiet do mężczyzn w diagnostyce PTSD, wynoszący 2:1, jest konsekwentnie powtarzany w badaniach w wielu krajach uprzemysłowionych i w trzech wersjach kryteriów diagnostycznych PTSD (DSM-III-R,

DSM-IV i DSM-5) (Breslau i in., 1998; Kessler i in., 1995; Kilpatrick i in., 2013; Pineles i in., 2017; Tolin i Foa, 2006;).

W przypadku dzieci i młodzieży obserwuje się podobne zależności. Wyniki badań pokazały, że płęć męska była związana z niskimi objawami PTSD w badaniach 512 ocalałych nastolatków po trzęsieniu ziemi L'Aquila (Carmassi i in., 2014). Również w badaniach Zhou i in. (2015), którymi objęto 310 nastolatków z kilku gimnazjów w hrabstwie Lushan, obszarze najbardziej dotkniętym trzęsieniem ziemi w Yaan, zaobserwowano niższy stopień objawów PTSD u chłopców. Podobnie analizy Zhou i in. (2018b) przeprowadzone na grupie 591 nastolatków po trzęsieniu ziemi w Wenuchan w Chinach wskazały na słabsze nasilenie PTSD u płci męskiej.

W obszarze potraumatycznego wzrostu w grupie osób dorosłych to kobiety uzyskują wyższe wyniki w porównaniu z mężczyznami. Potwierdzają to wyniki badań zagranicznych (Jin i in., 2014a; Tedeschi i Calhoun, 1996; Weiss, 2002; Vishnevsky i in., 2010), jak i polskich (Ogińska-Bulik i Juczyński, 2010a,b; Rzesutek i in., 2016).

Badania dotyczące powiązań płci z PTG w przypadku dzieci i młodzieży są dość liczne, ale niejednoznaczne. Niektóre doniesienia informują, że to dziewczęta ujawniają więcej pozytywnych zmian po traumie niż chłopcy (Carmassi i in., 2014; Laufer i Solomon, 2006; Laufer i in., 2009; Yaskowich, 2003; Xie i in., 2019; Zhou i in., 2015; Zhou i in., 2018b). Z kolei inni badacze wskazują na odwrotną zależność, że to u chłopców obserwuje się więcej pozytywnych zmian potraumatycznych (Kimhi i in., 2009; Laufer i in., 2009; Ogińska-Bulik, 2013a). Jeszcze inni informują o braku powiązań między płcią a potraumatycznym wzrostem (Alisic i in., 2008; Cryder i in., 2006; Currier i in., 2009; Hafstad i in., 2010; Kilmer i in., 2009; Laufer i in., 2009; Michel i in., 2010; Milam i in., 2004, 2005; Ogińska-Bulik, 2010a; Phipps i in., 2007; Wolchik i in., 2009).

Czynnikiem, który może się wiązać z nasileniem negatywnych i pozytywnych konsekwencji ekspozycji na traumę jest także wiek badanych. Z dostępnych danych wynika, że związek między wiekiem a objawami PTSD jest niejednorodny. Najczęściej obserwuje się brak związku między zmiennymi (van Niekerk i in., 2020). Inne badania wskazują, że osoby młodsze (głównie kobiety) doświadczają wyższego nasilenia objawów PTSD niż starsi (Cordova i in., 1995; Green i in., 1998; Koopman i in., 2002).

Podobnie w grupie dzieci i młodzieży nieliczne wyniki badań wskazują na zróżnicowany związek między wiekiem a PTSD. W badaniach Bokszczanin (2007) przeprowadzonych wśród młodzieży doświadczającej katastrofy w postaci powodzi, u

młodszych, w porównaniu ze starszymi, zaobserwowano wyższe nasilenie PTSD. Sayed i in. (2021) przeanalizowali 537 nastolatków w wieku 7-18 lat objętych kwarantanną z powodu COVID-19. Wyniki badaczy wskazują na brak związku między wiekiem a objawami zespołu stresu pourazowego.

Brak jest jednoznacznych wyników dotyczących związku między wiekiem a potraumatycznym wzrostem wśród osób dorosłych. Helgeson i in. (2006) wskazują, że osoby młodsze przejawiają więcej zmian potraumatycznych niż starsi. Więcej analiz wskazuje jednak na negatywny związek tych zmiennych (Dirik i Karanci, 2008; Belizzi i Blank, 2006; Jaarsma i in., 2006; Powel i in., 2003). Natomiast polskie badania jednoznacznie nie określają powiązań między wiekiem a ogólnym nasileniem pozytywnych zmian po traumie. Niewielkie różnice zaobserwowano u osób starszych (powyżej 35 roku życia), którzy relacjonowali więcej pozytywnych zmian w zakresie relacji z innymi i zmian duchowych w porównaniu z młodszymi (Ogińska-Bulik i Juczyński, 2010a).

Niewiele jest badań, w których analizowano związek wieku z nasileniem potraumatycznego wzrostu wśród nieletnich. Te dostępne wskazują, że także w grupie dzieci i młodzieży nie obserwuje się istotnych związków między wiekiem a PTG. Natomiast istotne różnice zaobserwowano porównując wyniki adolescentów i osób dorosłych. Okazało się, że nastolatki charakteryzują się niższym poziomem pozytywnych zmian potraumatycznych, w porównaniu z osobami dorosłymi (Ogińska-Bulik, 2010a; Bokszczanin, 2015).

Prężność

Kolejnym czynnikiem, który jest powiązany z PTSD i potraumatycznym wzrostem jest prężność (*resilience*). Słowo *resilience* pochodzi od łacińskiego *salire*, oznaczającego sprężynować (ang. *spring, spring up*) i *resilire*, tj. odbijać się, powracać do poprzedniego stanu (ang. *spring back*). W literaturze używa się dwóch terminów, a mianowicie „resilience” i „resiliency”. Pierwszy jest utożsamiany z procesem skutecznego przezwyciężania negatywnych zjawisk i wydarzeń życiowych, drugi – oznacza właściwość osobowości lub względnie trwałe zasób jednostki (Ogińska-Bulik i Juczyński, 2010b, 2011). Nadolska i Sęk (2007) również zwracają uwagę na różne ujęcia prężności oraz na trudności znalezienia polskiego odpowiednika tego terminu. W literaturze pojawiają się więc, oprócz prężności, takie pojęcia, jak sprężystość,

elastyczność, odporność czy rezyliencja. Prężność oznacza zdolność do oderwania się od przykrych życiowych wydarzeń i pozwala na bardziej skuteczne radzenie sobie ze stresem i negatywnymi emocjami. Sprzyja ona wytrwałości i elastycznemu przystosowywaniu się do zmieniających się wymagań życiowych, ułatwia mobilizację do podejmowania działań zaradczych w trudnych sytuacjach, a także zwiększa tolerancję negatywnych emocji i niepowodzeń.

Luthar i in. (2000) zakładają, że prężność odnosi się do procesu dynamicznej i pozytywnej adaptacji w obliczu pojawiających się przeciwności. Do jej uruchomienia wymagane jest doświadczenie bezpośredniego zagrożenia lub sytuacji o charakterze traumatycznym oraz utrzymania możliwości i kompetencji, które pozwalają na poradzenie sobie z nimi.

Większość badaczy, w tym twórcy pojęcia (Block i Block 1980; Block i Kremen 1996; Letzring i in. 2005), ujmują prężność jako względnie trwałą dyspozycję, która determinuje proces elastycznej adaptacji do ciągle zmieniających się wymagań życiowych. Traktują ją więc jako cechę osobowościową (*ego-resiliency*) istotną w procesie zmagania się z wydarzeniami o charakterze traumatycznym, a także tymi występującymi w życiu codziennym. W polskiej literaturze ujęcie prężności zostało wprowadzone przez Uchnasta (1997), który posługuje się terminem *prężność ego*. Autor ujmuje ją jako ciągle rozwijaną i udoskonalaną zdolność do adekwatnego radzenia sobie z realizacją codziennych zadań w zmiennych i często trudnych warunkach (Ogińska-Bulik i Juczyński, 2010b; Ogińska-Bulik, 2013a). Osoba prężna jest zdolna do przystosowywania się w sposób adekwatny, spójny i wytrwały do zmieniających się warunków życiowych. Potrafi odpowiednio dopasowywać własne zdolności i umiejętności oraz wykorzystywać czynniki znajdujące się w otoczeniu. Uchnast (1997) uznaje prężność za podstawową właściwość osobowościowych procesów regulacyjnych. Natomiast prężność ego traktuje raczej w kategoriach typu niż cechy, z uwagi na specyfikę układu właściwości charakterologicznych. W kategoriach właściwości osobowościowych termin prężność traktuje także Fredrickson (2001). Wskazuje ona, że jest to trwały zasób jednostki, pojawiający się najczęściej w efekcie doświadczenia przez jednostkę poważnych trudności czy zagrożenia.

Zdaniem Waller (za: Heszen i Sęk, 2007) prężność nie jest tylko zbiorem właściwości osoby, ale wynika z wzajemnego oddziaływania cech jednostki i środowiska. Ujmuje ona prężność jako dynamicznie zmieniający się rezultat interakcji sił

uwarunkowany wieloma czynnikami. Podobnie prężność traktowana jest przez Luthar i in. (2000). Autorzy przyjmują, że odnosi się ona do procesu dynamicznej, pozytywnej adaptacji w obliczu pojawiających się trudności, a do jej aktywowania wymagane jest bezpośrednie doświadczenie zagrożenia lub sytuacji traumatycznej. Prężność, zdaniem Luthar i in., wyraża się w zachowaniu możliwości i kompetencji, które pozwalają na poradzenie sobie z tymi przeciwnościami. Zbliżone rozumienie prezentuje Charney (2004) wskazując, że prężność to wielowymiarowy konstrukt, obejmujący istotne czynniki (genetyczne, poznawcze, temperament, cechy osobowości), powiązane ze skuteczną adaptacją do stresujących wydarzeń. Wśród polskich autorów podobne podejście prezentuje Ostaszewski, definiując prężność jako „wieloczynnikowy proces pozytywnej adaptacji, w którym czynniki chroniące kompensują lub redukują wpływ czynników ryzyka” (2005, s. 2). Według Ostaszewskiego *resilience* jest dynamicznym procesem, w którym występują dwa zjawiska. Po pierwsze jednostka jest narażona na negatywną sytuację życiową wywołującą trudności w przystosowaniu się. Po drugie istnieją oznaki pozytywnej adaptacji jednostki do tej sytuacji, które przejawiają się w formie wzrostu kompetencji społecznych, realizacji zadań rozwojowych czy też braku zaburzeń emocjonalnych lub zaburzeń w zachowaniu.

Prężność u dzieci i młodzieży częściej ujmowana jest w kategoriach procesu niż właściwości osobowości, i w tym kontekście prowadzonych było wiele badań. Do takiego rozumienia prężności nawiązuje model zaproponowany przez Haase i in. (za: Ahern i in., 2006), który uwzględnia trzy kategorie czynników składających się na prężność u młodzieży. Są to indywidualne, rodzinne i społeczne czynniki ochronne. Badania, które są podejmowane w tym obszarze skupiają się na poszukiwaniu indywidualnych i środowiskowych zasobów odpornościowych, które pozwalają na prawidłowy rozwój młodzieży i prowadzą do adaptacji nawet w wyniku doświadczania przez nich traumatycznych sytuacji. Wśród indywidualnych właściwości jednostki, które są ważne w procesie radzenia sobie można wyróżnić niektóre cechy osobowości (niski poziom neurotyzmu, raczej wysoki poziom ekstrawersji i sumienności), dyspozycyjny optymizm, poczucie własnej wartości i skuteczności oraz poczucie koherencji. Natomiast wśród czynników środowiskowych istotną rolę w procesie adaptacji zdają się pełnić zasoby rodzinne i środowiska lokalnego. Badania Winfield (1994) wskazują, że prężność jest powiązana dodatnio ze wsparciem społecznym udzielanym przez rodziców, nauczycieli i inne osoby znaczące. Prince-Embury (2007) informuje, że jednostki z wysokim

nasileniem prężności wykazują lepszą adaptację do takich wydarzeń życiowych, jak rozwód rodziców czy bycie ofiarą przemocy domowej. Na występowanie prężności w grupie dzieci i młodzieży, które doświadczyły krytycznych zdarzeń życiowych wskazują też wyniki badań Silverman i Worden (za: Clak i in., 1999). Prężność rozumiana jako proces jest kształtowana w trakcie rozwoju. Jest to proces długotrwały, który wiąże się z rozwojem cech jednostki, pozwalających jej na skuteczną adaptację pomimo występujących zmian życiowych (Ogińska-Bulik i Juczyński, 2010b, 2011).

Zdecydowanie mniejszą ilość badań poświęcono prężności u dzieci i młodzieży ujmowanej w kategoriach właściwości osobowości. Klohnen (1996) charakteryzuje prężne dzieci jako takie, które wykazują: wyższe poczucie sensowności podejmowanych działań, pozytywne nastawienie do życia, wyższy poziom autonomii i zaufania do siebie oraz umiejętności niezbędnych w codziennym funkcjonowaniu. Z kolei badania Chuang i in. (2006) wskazują, że dzieci charakteryzujące się wyższym poziomem prężności mają większą zdolność do postrzegania siebie i świata oraz wyższe umiejętności interpersonalne, które ułatwiają nawiązywanie i utrzymywanie ciepłych i serdecznych relacji z innymi. Są też bardziej wnikliwe. Robins i in. (1996) informują, że prężne dzieci charakteryzują się wyższym poziomem inteligencji oraz niższymi wskaźnikami objawów psychopatologicznych w porównaniu do dzieci o niskim nasileniu tej cechy. Wyniki badań podłużnych prowadzonych wśród dzieci siedmioletnich wykazały, że prężność wiązała się z pilnością, uważnością, zdolnością do koncentracji, pomocą i skłonnością do współpracy (Hart i in., za: Torgersen i Vollrath, 2006). Niektóre badania wskazują też na powiązania prężności z poczuciem własnej wartości (Ogińska-Bulik i Zadworna-Cieślak, 2014; Oshio i in. 2002, 2003).

Zgodnie z modelem strategii odporności Huntera i Chandlera (1999), prężność jest procesem adaptacyjnym i elastycznym w obliczu przeciwności. Po traumatycznym lub trudnym wydarzeniu nawet ci, którzy charakteryzowali się wysokim poziomem prężności, mogą doświadczać objawów PTSD, co może z czasem osłabiać ich odporność. Agaibi i Wilson (2005) zasugerowali, że trauma jest siłą napędową rozwoju odporności, co oznacza, że pomimo istnienia poważnych zagrożeń lub stresorów, przy wystarczających zasobach, rozwinie się zdolność jednostki do radzenia sobie. Prężność pomaga ludziom odzyskać siły po traumatycznych wydarzeniach i skrajnym stresie (Wilson i Drozdek, 2004). Wielu badaczy analizowało powiązania prężności z objawami PTSD. Jednakże, jak podkreślają An i in. (2020), związek ten wydaje się być złożony.

Większość badań wskazuje, że prężność jest ujemnie związana ze stresem potraumatycznym (Connor i Davidson, 2003; Pietrzak i in., 2010). Negatywne powiązania prężności z PTSD wykazano między innymi w badaniach pacjentów, którzy byli poddani operacji kardiochirurgicznej (Ogińska-Bulik i Juczyński, 2012). Ta zależność wskazuje, że prężność może redukować reakcje patogenne po doznaniu traumatycznych wydarzeń, co pokrywa się z modelem zaproponowanym przez Agaibiego i Wilsona (2005). Autorzy dodają, że prężność związana z cechami osobowości i stylami radzenia sobie wpływa na myślenie i percepcję, co moduluje objawy PTSD.

Inne badania (np. Wu i in., 2015) wykazały jednak, że cechy prężności i objawy PTSD mogą ze sobą współwystępować. W jeszcze innych stwierdzono brak związku między prężnością i PTSD. Przykładem mogą tu być wyniki badań przeprowadzonych w grupie strażaków i ratowników medycznych, choć w tych ostatnich zanotowano słaby ujemny związek z jednym z czterech kryteriów PTSD, tj. z intruzją (Ogińska-Bulik, 2015).

Zdecydowanie mniej badań dotyczących powiązań prężności z PTSD zostało przeprowadzonych wśród dzieci i młodzieży. Te dostępne wskazują na ujemne zależności między zmiennymi. Przykładem są badania Alibwaini i Thabet (2019) przeprowadzone w grupie palestyńskiej młodzieży po operacji wojskowej w strefie Gazy. Predykcijną i ochronną rolę prężności w odniesieniu do objawów PTSD stwierdzono także u nastolatków po doświadczeniu wykorzystania seksualnego (Hébert i in., 2014), trzęsienia ziemi w Nowej Zelandii (Heetkamp i de Terte, 2015) czy młodzieży, która doświadczyła różnych zdarzeń traumatycznych (Fincham i in., 2009). Z kolei wyniki badań przeprowadzonych wśród brazylijskiej młodzieży wskazują na brak związku prężności z objawami PTSD (Avanci i in., 2021).

Niejednoznaczne są dane dotyczące powiązań między prężnością a potraumatycznym wzrostem. Może to wynikać z faktu, iż wielu autorów jednoznacznie lub pośrednio utożsamia prężność z PTG (Hobfoll i in., 2007). Inni z kolei, na przykład Carver (1998), odróżnili te dwa konstrukty, definiując prężność jako powrót do wcześniejszego poziomu funkcjonowania po doznanych trudnościach i wiążąc PTG nie tyle z powrotem do poprzedniego poziomu, co z jego przekroczeniem. Podobne podejście prezentują Westphal i Bonanno (2007). Badacze, próbując wyjaśnić zależności między prężnością i PTG argumentują, że osoby, które przeżyły traumę i są wysoce

odporne, nie będą angażować się w przetwarzanie poznawcze, które jest niezbędne do wystąpienia PTG.

Wyniki prac badawczych analizujących związek między prężnością a PTG są więc niespójne. Badanie przeprowadzone w Izraelu (Bensimon, 2012) wskazuje, że prężność i PTG były ze sobą pozytywnie powiązane. Jest to zgodne z założeniem Lepore i Revenson (2006) informującym, że te dwa czynniki mogą współistnieć jako czynniki salutogenne w obliczu traumatycznych wydarzeń. Podobną zależność zaobserwowano w grupie osieroconych rodziców (Zhang i in., 2016). W przeciwieństwie do tego, inne badanie przeprowadzone w grupie obywateli i personelu wojskowego po drugiej wojnie libańskiej (Levine i in., 2009) wykazało, że prężność i PTG są ze sobą ujemnie powiązane, tj. osoby o wysokim poziomie odporności przejawiają zdolność do ochrony przed negatywnymi zmianami w obliczu traumatycznych wydarzeń, więc wysoki poziom odporności może dawać niewielkie możliwości rozwoju. Do podobnych wniosków doszli też Westphal i Bonanno (2007). Biorąc pod uwagę, że prężność jest ujemnie związana z PTSD, ujemna korelacja między PTG a prężnością wydaje się nieadekwatna (Wu i in., 2015).

Wyniki badań przeprowadzonych w Polsce w grupach osób dorosłych sugerują istnienie pozytywnego związku między prężnością a pojawieniem się pozytywnych zmian po doświadczeniu traumy. Wykazano to w grupach osób, które straciły kogoś bliskiego (Ogińska-Bulik, 2014a), a także wśród pacjentów, którzy przeszli operację kardiochirurgiczną (Ogińska-Bulik i Juczyński, 2012). Niewiele jest natomiast badań analizujących powiązania między prężnością a potraumatycznym wzrostem u dzieci i młodzieży. Te dostępne wydają się potwierdzać dane dotyczące osób dorosłych. W polskich badaniach nastolatków, którzy doświadczyli różnego rodzaju negatywnych wydarzeń życiowych, prężność była pozytywnie związana z rozwojem potraumatycznym (Ogińska-Bulik, 2012b, 2013a; Ogińska-Bulik i Kobylarczyk, 2015b). Również w badaniach Lu i in. (2022a) przeprowadzonych w grupie chińskich dzieci z zaburzeniami rozwojowymi potwierdzono dodatni związek i predykcyjną rolę prężności dla potraumatycznego wzrostu. Na pozytywny związek prężności i PTG wskazują również analizy nastolatków po trzęsieniu ziemi w Wenchuan (Ren-li i Yan, 2017). Z kolei badania Levine i in. (2009), obejmujące 2908 adolescentów narażonych na terror wykazały, że wysoki poziom odporności wiązał się z najniższymi wynikami wzrostu pourazowego.

Badania przeprowadzone w grupie dzieci i młodzieży wskazują na zróżnicowany charakter związku prężności z potraumatycznym wzrostem. Wskazane są zatem dalsze prace badawcze w tym zakresie.

Wsparcie społeczne

Wsparcie społeczne jest zaliczane do najważniejszych zasobów człowieka, które sprzyjają adaptacji potraumatycznej. Definiowane jest ono jako zasób dostarczany człowiekowi poprzez interakcje z innymi ludźmi (Ogińska-Bulik i Juczyński, 2010b; Sęk i Cieślak, 2004). Wsparcie społeczne może być traktowane jako ogólne doświadczenie kontaktów społecznych i jako element proaktywnego radzenia sobie (Cieślak i Eliaś, 2004; Heszen-Celińska i Sęk, 2020). Najczęściej wsparcie zalicza się do zasobów społecznych ze względu na dawne, aktualne i potencjalne struktury społeczne oraz relacje interpersonalne. W tym ujęciu jest ono definiowane jako „obiektywnie istniejące i dostępne sieci społeczne, które wyróżniają się tym, że przez fakt istnienia więzi, kontaktów społecznych, przynależności pełnią funkcję pomocną wobec osób znajdujących się w trudnej sytuacji” (Sęk i Cieślak, 2012, s. 14).

W literaturze można wyróżnić różne rodzaje wsparcia. Wsparcie spostrzegane jest efektem działania sieci wspierających oraz zdobywania doświadczenia w relacjach społecznych. Są to wiedza i przekonania człowieka o tym, gdzie i do kogo może zwrócić się o pomoc. Natomiast wsparcie otrzymywane to faktyczna pomoc w odniesieniu do konkretnej sytuacji czy czasu. Charakteryzuje się obiektywną oceną lub subiektywną relacją jednostki, jako rzeczywiście otrzymywany rodzaj i zakres pomocy w danym czasie (Heszen-Celińska i Sęk, 2020). Wsparcie można podzielić również na:

- wsparcie emocjonalne – w toku interakcji przekazywane są podtrzymujące emocje, mające na celu uspokojenie, odzwierciedlenie troski i pozytywne relacje wobec wspieranej osoby. Dzięki opiece osoby cierpiącej mogą uwolnić się od własnych napięć i negatywnych uczuć. Poprawia się ich samopoczucie i wzmacnia samoocena. Ten rodzaj wsparcia występuje najczęściej i jest najbardziej oczekiwany;
- wsparcie informacyjne (poznawcze) – pomaga w lepszym zrozumieniu sytuacji, problemu. Polega na dostarczeniu informacji na temat skuteczności różnych działań zaradczych, które są podejmowane przez osobę wspieraną. W jego obrębie jest też dzielenie się własnym doświadczeniem przez osoby, które

przeżywają podobne trudności, np. w grupach samopomocy. Umiejętnie dostarczane informacje powodują u osoby wspieranej utrzymywanie poczucia kontroli nad sytuacją i poczucia sprawstwa, nie wpływając tym samym na obniżenie np. poczucia własnej skuteczności;

- wsparcie instrumentalne – jest to rodzaj instruktażu, który polega na przekazywaniu informacji o konkretnych sposobach postępowania w trudnych sytuacjach. Może być to także forma modelowania skutecznych zachowań zaradczych. Zazwyczaj jest stosowane w poradnictwie zdrowotnym i psychologicznym, ale w sposób przejściowy, ponieważ może ograniczać rozwój zasobów jednostki. Ta forma wsparcia jest pożądana przez osoby opiekujące się chorymi przewlekle, np. instruowanie pielęgniarki jak opiekować się daną osobą;
- wsparcie rzeczowe (materialne) – jest to forma konkretnej pomocy materialnej oraz finansowej, ale także działanie skierowane do osób potrzebujących, jak np. karmienie, udostępnianie schronienia, mieszkania, zaopatrzenie w środki lecznicze, lekarstwa. Ten rodzaj wsparcia często wiąże się z działalnością charytatywną;
- wsparcie duchowe – ten rodzaj pomocy występuje najczęściej w sytuacji kryzysu egzystencjalnego i sytuacjach terminalnych, które są związane z cierpieniem i lękiem przed śmiercią. Może mieć charakter duszpasterski, często stosowany w hospicjach i zespołach opieki paliatywnej. Wsparcie to dotyczy poziomu sensu życia i czynników indywidualnych, które mają wpływ na ten sens;
- wsparcie wartościujące – to dawanie jednostce do zrozumienia, że posiada takie możliwości, które są ważne dla prawidłowego funkcjonowania grupy lub osoby (Heszen-Celińska i Sęk, 2020).

Wsparcie można zróżnicować również ze względu na dostępne sieci wsparcia. Naturalne źródła wsparcia to osoby najbliższe, takie jak partner życiowy, rodzice, rodzeństwo, przyjaciele, grupy towarzyskie, grupy rówieśnicze, nauczyciele. Funkcjonują one spontanicznie, są łatwo dostępne i objęte zaufaniem. Natomiast do sformalizowanych źródeł wsparcia możemy zaliczyć grupy zawodowe, instytucje i stowarzyszenia. Funkcjonują one według określonych zasad czy reguł, są mniej spontaniczne, a dostęp do nich może być trudniejszy (Heszen-Celińska i Sęk, 2020).

Wsparcie otrzymywane od innych ludzi działa jak lekarstwo, które pozwala na regenerację sił. W krytycznych momentach życia jest ono potrzebne każdemu, jednak

największe zapotrzebowanie na wsparcie posiadają dzieci i młodzież, które na ogół mają trudności z samodzielnym radzeniem sobie. W odniesieniu do dzieci i młodzieży Kmicik-Baran (2000) wyróżniła cztery rodzaje wsparcia:

- wsparcie emocjonalne – to dawanie jednostce komunikatów werbalnych i niewerbalnych o tym, że zawsze na tę osobę może liczyć i w każdej chwili udzielona mu zostanie pomoc;
- wsparcie wartościujące – to dawanie jednostce do zrozumienia, że posiada takie zdolności czy umiejętności, które pomagają jej funkcjonować w sposób prawidłowy;
- wsparcie instrumentalne – to dostarczanie konkretnej pomocy, świadczenie usług, np. pożyczenie pieniędzy, załatwienie mieszkania, ubrania, lekarstwa, itp.;
- wsparcie informacyjne – to udzielanie rad, informacji, które mogą pomóc w rozwiązywaniu problemu.

Jedną z reprezentatywnych teorii, która może wyjaśniać rolę wsparcia społecznego w rozwoju PTSD i PTG, jest hipoteza efektu głównego (Cohen i Wills, 1985). Teoria ta mówi, że niezależnie od poziomu stresu wsparcie społeczne ma bezpośredni i pozytywny wpływ na zdrowie psychiczne, ponieważ zapewnia ono ludziom regularne pozytywne doświadczenia i stabilne, satysfakcjonujące role społeczne. Pozwala ono osobom po doświadczeniach traumatycznych na skonstruowanie bardziej adaptacyjnej narracji traumy i przyzwyczajanie się do wspomnień z tego wydarzenia tak, że cierpienie zostaje złagodzone (Lepore i in., 2000).

Wyniki prowadzonych badań w większości potwierdzają, że wsparcie społeczne jest jednym z ważnych predyktorów PTSD u osób dorosłych. Stwierdzono, że osoby doświadczające traumy i charakteryzujące się wysokim postrzeganym wsparciem społecznym zgłaszały mniej negatywnych skutków psychologicznych, w tym PTSD (Ozer i in., 2003; Schumm i in., 2006). Oznacza to, że wsparcie społeczne jest negatywnie powiązane z zespołem stresu pourazowego.

Analogiczne zależności obserwuje się w odniesieniu do dzieci i młodzieży. Cryder i in. (2006) uważają, że nastolatki z wysokim poziomem spostrzeganego wsparcia społecznego doświadczają mniej stresu i większego wzrostu po traumatycznym wydarzeniu. Metaanaliza przeprowadzona przez Trickey i in. (2012) potwierdza ochronną rolę wsparcia w pojawianiu się objawów PTSD u nieletnich. Przegląd badań Pine i Cohena wykazał, że poziom wsparcia społecznego był konsekwentnie powiązany

z wynikami zdrowia psychicznego dzieci narażonych na potencjalnie traumatyczne wydarzenie (Pine i Cohen, 2002). Również analizy przeprowadzone w grupie 182 ofiar przemocy i wykorzystania seksualnego w wieku 6-18 lat wskazują na ujemną zależność wsparcia społecznego z PTSD (Aydin i in., 2016).

Podobne wyniki uzyskali Eray i in. (2017), badając nastolatków po trzęsieniu ziemi w Turcji. W badaniach wzięło udział 434 młodych osób (średnia wieku ok. 15 lat), których podzielono na 3 grupy: pierwsza obejmowała 98 osób, które doświadczyły trzęsienia ziemi i przesiedlenia; druga – 132 osób, które ocalały po trzęsieniu ziemi, ale nie były przesiedlone. Natomiast trzecia stanowiła grupę kontrolną – 204 osoby. Autorzy wykazali, że młodzież, która przeżyła trzęsienie ziemi sześć lat wcześniej, miała znacznie wyższy poziom objawów PTSD w porównaniu z grupą kontrolną. Nie stwierdzono natomiast, aby czasowe przesiedlenie miało istotny wpływ na negatywne skutki doświadczonej sytuacji traumatycznej. Z kolei spostrzegane wsparcie rodziny pełniło rolę ochronną przed objawami PTSD u badanych nastolatków.

Podobnie, badania Salami (2010) przeprowadzone wśród 280 adolescentów ze szkół średnich losowo wybranych ze stanu Kwara w Nigerii, którzy doświadczyli różnego rodzaju przemocy, wskazują na negatywny związek wsparcia społecznego z PTSD. Analogiczne wnioski wyciągnięto z metaanalizy badań młodzieży zmagającej się z nowotworami (Shand i in., 2015).

Dostępność, jak i spostrzeganie wsparcie w otoczeniu jednostki w sytuacji kryzysu, może mieć także istotne znaczenie dla występowania pozytywnych zmian potraumatycznych. Wskazuje na to między innymi model potraumatycznego wzrostu u dzieci i młodzieży zaproponowany przez Meyersona i in. (2011). Wynika z niego, że wsparcie społeczne jest, obok adaptacyjnych strategii radzenia sobie, jednym z dwóch głównych czynników prowadzących do wzrostu po traumie. Również Kilmer i in. (2014), w swoim modelu wzrostu po traumie, zwracają uwagę na znaczenie wsparcia społecznego.

Dostępne dane wskazują, że wsparcie społeczne jest istotnym determinantem PTG. Potwierdzają je badania przeprowadzone w grupie nastolatków zmagających się z nowotworami (Shand i in., 2015), młodzieży po doświadczeniu trzęsienia ziemi w Wenuchan i Yaan (Jia i in., 2017; Zhou i Wu, 2016; Zhou i in., 2016), dzieci rodziców dotkniętych HIV/AIDS z terenów wiejskich Chin (Wei i in., 2016) czy osób, które przeżyły nowotwór w dzieciństwie (Yuen i in., 2014).

Jednakże analizując związki między wsparciem a występowaniem pozytywnych zmian potraumatycznych należy uwzględnić rodzaje wsparcia oraz jego źródła. Dla zmian wzrostowych szczególne znaczenie zdaje się mieć wsparcie emocjonalne. W przepracowaniu traumy pomaga możliwość ekspresji emocji, dzielenia się odczuciami czy wyjawiania myśli, szczególnie bezpośrednio po doświadczonym wydarzeniu (Tedeschi i Calhoun 2007). W procesie radzenia sobie z traumą ważną wydaje się być przede wszystkim pomoc, którą jednostka uzyskuje od osób najbliższych. W badaniach Kimhi i in. (2009) prowadzonych w grupie dzieci i młodzieży wykazano pozytywną rolę wsparcia dla zmian wzrostowych, przy czym czynnikiem różnicującym tę zależność było właśnie źródło wsparcia. Wsparcie uzyskane od rodziny było istotnie, choć słabo powiązane z poziomem wzrostu potraumatycznego w grupie adolescentów. Natomiast z badań Yu i in. (2010) wynika, że wsparcie udzielane przez nauczycieli i rówieśników było dodatnio skorelowane ze wzrostem po traumie. Z kolei Yaskovich (2003) wykazała, że z poziomem zmian wzrostowych pozytywnie skorelowane było wsparcie uzyskane od nauczycieli. Wyniki długofalowych badań Wolchik i in. (2008) wskazują, że wsparcie od rodziców/opiekunów i innych dorosłych było predyktorem potraumatycznego wzrostu u młodych ludzi, którzy w dzieciństwie stracili jednego z rodziców.

Istnieją także badania, które nie potwierdzają silnego związku wsparcia z PTG. Na słaby związek między wsparciem społecznym a osobowym wzrostem wskazują wyniki przeprowadzone wśród dzieci i młodzieży, które były ofiarami wypadku drogowego (Ogińska-Bulik i Kwarta, 2012). Można zatem uznać, że mechanizmy predykcyjne wsparcia społecznego pozyskiwanego przez nieletnich, zarówno dla PTSD, jak i PTG pozostają niejasne, więc obszar ten wymaga dalszych analiz.

W przeglądzie badań Bernstein i Pfefferbaum (2018) zasugerowali, że zdrowie psychiczne i wsparcie społeczne mogą być związane z potraumatycznym wzrostem w pewnych okolicznościach, co prawdopodobnie wyjaśnia różne wyniki badań prezentowane w literaturze. Na przykład wysoki poziom wsparcia społecznego i dobre zdrowie psychiczne wydają się być szczególnie ważne wśród młodzieży będącej w niekorzystnej życiowo sytuacji. Zasoby społeczne wydają się także istotne w sytuacji, gdy dostępnych jest niewiele innych możliwości poradzenia sobie ze stresem. Wsparcie społeczne i dobre zdrowie psychiczne mogą zatem być silniejszym predyktorem potraumatycznego rozwoju w takich szczególnych grupach. W związku z tym ważne jest, aby rozważyć złożoną zależność między zdrowiem psychicznym, wsparciem

społecznym, czynnikami socjodemograficznymi i rozwojem potraumatycznym, identyfikując czynniki, które mogą moderować związki między wsparciem społecznym a zdrowiem psychicznym, w tym rozwojem potraumatycznym (Bernstein i Pfefferbaum, 2018; Ulset i Soest, 2021).

Ruminacje

W sytuacji zmagania się z traumą dużą rolę przypisuje się aktywności poznawczej podejmowanej przez jednostkę, określanej jako przetwarzanie poznawcze. Przetwarzanie poznawcze (*cognitive processing*) jest rozumiane jako proces integrowania informacji o doświadczonym zdarzeniu, z reguły o charakterze traumatycznym, z posiadanymi, ukształtowanymi wcześniej schematami poznawczymi. Celem tego procesu jest nadanie wydarzeniu sensu i znaczenia (Horowitz i in., 1979; Janoff-Bulman, 2004; Williams i in., 2002). Wśród wskaźników efektywnego poznawczego przetwarzania traumy można wyróżnić: spadek poziomu objawów PTSD, czyli intruzji, unikania, pobudzenia oraz nasilenia negatywnych emocji (poczucia winy czy wstydu), większą organizację myśli, asymilację informacji o zdarzeniu poprzez włączanie ich w dotychczasowe schematy poznawcze, desensytyzację, czyli stopniowe zmniejszanie się odczuwanego stresu i negatywnych emocji w wyniku powracania myślami do wydarzenia, akceptację wydarzenia, ale również dostrzeganie pozytywnych stron sytuacji (Williams i in., 2002). Aktywowanie procesu przetwarzania poznawczego oznacza, że jednostka w czasie zmagania się z traumą, nie tylko przeżywa negatywne emocje, lecz także doświadcza myśli i wspomnień związanych z danym wydarzeniem, rozważa, analizuje i stopniowo nadaje im nowe znaczenie, co sprzyja pojawianiu się zmian wzrostowych. Kluczową rolę w tym procesie odgrywają ruminacje (Ogińska-Bulik, 2016c).

Ruminacje są przedmiotem badań od wielu lat i naukowcy stworzyli wiele koncepcji, wyjaśniających ich wpływ na funkcjonowanie człowieka. Jedną z bardziej znanych jest koncepcja Martina i Tessera (1996), która wskazuje, że ruminacja jest efektem zaburzenia procesu działania celowego i występuje w sytuacji rozbieżności między oczekiwaniami osoby, a postępami w realizacji celu. Z kolei Baryła i Wojciszke (2005) poszerzyli tę koncepcję, traktując ruminacje jako stan nawracających, negatywnych myśli o własnych zachowaniach, wywołanych nie tylko niespójnością między celami a poziomem ich realizacji. Uwzględniają oni również drugą stronę – niespójność między ogólnymi i normatywnymi przekonaniami o sobie i świecie a informacjami o rzeczywistych stanach

dotyczących własnej osoby i świata. Ważną rolę przekonań dla systemu wiedzy jednostki podkreśla teoria opanowania trwogi (Solomon i in., 1999, za: Baryła i Wojciszke, 2005). Zakłada ona, że pozytywne przekonania dotyczące własnej osoby i świata są stałe, co ułatwia kontrolę trwogi związanej ze świadomością własnej śmiertelności. Ruminacje wywołuje doświadczenie zdarzenia, które pozostaje w sprzeczności z tymi przekonaniami. Powstają one zatem w sytuacji, gdy nie można zmienić względnie trwałych przekonań ani sprzecznych z nimi stanów rzeczywistości. Odwołując się do teorii opanowania trwogi, Baryła i Wojciszke przyjmują istnienie dwóch zakresów treściowych ruminacji; jednego o świecie społecznym, drugiego – o sobie. Tego typu ruminowanie traktowane jest w kategoriach dyspozycji, czyli jako względnie stała właściwość jednostki (Ogińska-Bulik i Juczyński, 2015).

Nieco inne ujęcie ruminacji prezentuje Nolen-Hoeksema (2000). Według autorki myślenie ruminacyjne to pasywna i utrzymująca się koncentracja uwagi na odczuwanych negatywnych emocjach, ich przyczynach i skutkach. Ważne w tym ujęciu jest to, że jednostka nie podejmuje prób ich zmiany. Ta tendencja do utrzymywania obniżonego nastroju jest względnie stała, dlatego można mówić o ruminacyjnym stylu reagowania lub myślenia. Tego typu „depresyjne przeżywanie” można traktować jako dysfunkcyjny sposób regulacji emocji (Nolen-Hoeksema i in., 2008). Przeciwnieństwem ruminacyjnego stylu reagowania jest styl związany z analizowaniem i podejmowaniem działań, które mają na celu zmianę lub redukcję przeżywanych, negatywnych emocji (Ogińska-Bulik, 2016b; Ogińska-Bulik i Juczyński, 2015).

Modyfikacja koncepcji Nolen-Hoeksemy uwzględnia jeszcze inny sposób reagowania na dysforyczny nastrój, a mianowicie myślenie refleksyjne. Jest ono zorientowane na poszukiwanie sposobów rozwiązania problemu i polega na koncentracji na własnych emocjach, a przede wszystkim na wysiłkach zrozumienia ich uwarunkowań i zmiany strategii działania w danym obszarze. Stosowanie tego rodzaju myślenia może prowadzić do poprawy nastroju (Jarmakowski, 2011; Ogińska-Bulik i Juczyński, 2015; Treynor i in., 2003).

Ruminacje można więc ujmować w dwojaki sposób. Pierwszy określa ruminacje jako nawracające myśli o zabarwieniu samokrytycznym. Jest to pewnego rodzaju dyspozycja do rozważania i oceniania siebie i świata w sposób ogólny, który nie wiąże się wprost z aktualnie wykonywanymi działaniami ani też nie przyczynia się do zrozumienia aktualnej sytuacji. Drugi sposób traktuje ruminacje jako skłonność jednostki

do rozważania jednej konkretnej, najczęściej negatywnej sytuacji życiowej. Pojęcie ruminacji ogranicza się tu do „przeżywania” treści o zabarwieniu negatywnym, związanych z niedawno doznany przykrym zdarzeniem życiowym, co w konsekwencji może prowadzić do obniżenia nastroju i sprzyjać nasileniu objawów depresyjnych (Baryła i Wojciszke, 2005; Cann i in., 2011; Nolen-Hoeksema, 2000; Ogińska-Bulik i Juczyński, 2015).

Ruminacje związane z negatywnym zdarzeniem mogą jednak pełnić zróżnicowaną rolę. Jedne mogą mieć charakter destrukcyjny. Określane są one mianem natrętnych, intruzywnych (*intrusive rumination*). Są to automatyczne myśli, które nie mogą być kontrolowane przez jednostkę i nie wiążą się z próbą rozwiązywania problemów. Drugie z kolei, to ruminacje rozważne, refleksyjne (*deliberate rumination*). Mają one charakter konstruktywny, celowy, służąc przeanalizowaniu sytuacji w celu poszukiwania sposobów jej rozwiązania (Cann i in., 2011).

Rolę ruminacji dla potraumatycznych konsekwencji uwzględnia teoria rozbitych założeń (Janoff-Bulman, 1989). Autorka sugeruje, że traumatyczna ekspozycja i ruminacyjne myśli są ważnymi czynnikami ryzyka rozwoju PTSD. Wystąpieniu i utrzymaniu objawów tego zespołu sprzyjają głównie ruminacje intruzywne, które ze względu na swój nieadaptacyjny charakter, wiążą się z pojawianiem się nawracających myśli o zabarwieniu autokrytycznym i samoosądzającym. Linley i Joseph (2004) wskazują, że po traumie nasilenie objawów PTSD może się zmniejszyć, ponieważ odczuwane przez jednostkę nasilenie urazu może z czasem maleć. Osoby mogą również rzadziej ruminować, jeśli mają wystarczająco dużo czasu na odwrócenie uwagi (Stockton i in., 2011). Dla tych, którzy doświadczyli kolejnych traumatycznych zdarzeń po początkowej ekspozycji na traumę, ruminowanie o tych sytuacjach może zwiększyć ich podatność na PTSD (Beck, 2011).

Związek między ruminacjami a zespołem stresu pourazowego był analizowany w wielu w badaniach. Ruminacje o charakterze intruzywnym z reguły sprzyjają podtrzymywaniu objawów stresu pourazowego (Cann i in., 2011; Ehlers i Clark, 2000; Ehling i Ehlers, 2014). Dodatni związek ruminacji z PTSD wykazano wśród studentów, którzy doświadczyli różnych negatywnych zdarzeń życiowych (Calhoun i in., 2010), a także wśród ratowników medycznych narażonych na traumę w związku z wykonywaną pracą (Ogińska-Bulik, 2015a; Ogińska-Bulik i Juczyński, 2016). Dodatnie powiązania, zarówno ruminacji natrętnych, jak i refleksyjnych z PTSD zaobserwowano w badaniu

Ogińskiej-Bulik (2019), przeprowadzonym w grupie osób chorych onkologicznie, chociaż silniejsze związki dotyczyły tego pierwszego rodzaju ruminowania. Analogiczne wyniki uzyskano w grupie kobiet doświadczających przemocy (Ogińska-Bulik, 2016a) oraz osób żyjących z HIV (Ogińska-Bulik, 2016e).

Niewiele jest badań dotyczących związku ruminacji z negatywnymi skutkami ekspozycji na traumę w grupie dzieci i młodzieży. Natrętne ruminacje były predyktorami PTSD w badaniach Ying i in. (2014), którymi objęto 788 osób w wieku 8-19 lat po doświadczeniu trzęsienia ziemi w Wenuchan. Andrades i in. (2018) analizowali wyniki uzyskane od 325 nieletnich w wieku 10-15 lat, którzy doświadczyli trzęsienia ziemi w Chile. Badacze wykazali, że ruminacje intruzywne były dodatnio powiązane z objawami PTSD. Alamadar i in. (2020), którzy badali grupę 909 uczniów gimnazjum z obszaru dotkniętego trzęsieniem ziemi w prowincji Yunnan Ludian również wskazali na predykcyjną rolę ruminacji natrętnych dla objawów PTSD.

Ruminacje wiążą się także z potraumatycznym wzrostem. Na znaczenie ruminacji w procesie powstawania pozytywnych zmian potraumatycznych wskazuje zrewidowany model wzrostu po traumie (Calhoun i in., 2010; Tedeschi i in., 2018). Ruminacje w kontekście PTG obejmują pracę poznawczą wymuszoną potrzebą zrewidowania lub przywrócenia przekonań, które składają się na założenia dotyczące świata jednostki (Janoff-Bulman, 1992). Zdarzenia traumatyczne prawdopodobnie powodują zakłócenia tych przekonań, przy czym bardziej ekstremalne zdarzenia prowadzą do większego zakłócenia tych przekonań i większej potencjalnej pracy poznawczej (Calhoun i Tedeschi, 1998, 2006). To właśnie dzięki temu procesowi analizowania własnego życia po traumatycznym wydarzeniu, w kontekście podstawowych założeń dotyczących tego, jak oczekiwano, że wydarzenia się potoczą, w jaki sposób jesteśmy powiązani z innymi i jak jesteśmy w stanie wpłynąć na skutki doznanej sytuacji, pojawia się potencjał rozpoznawania i doceniania PTG. Wzrost po traumie jest dość powszechny w sprzyjających warunkach, ale nie jest nieunikniony. To przede wszystkim ruminacje refleksyjne są traktowane jako czynnik sprzyjający pojawianiu się pozytywnych zmian potraumatycznych (Calhoun i in., 2010; Cann i in., 2011; Taku i in., 2008).

Tego typu związek wykazano u osób, które chorowały na różnego rodzaju nowotwory (Chan i in., 2011; Morris i in., 2011). Na dodatnie powiązania ruminacji z potraumatycznym wzrostem wskazują badania Ogińskiej-Bulik (2019) przeprowadzone także w grupie osób chorych onkologicznie. Silniejsze związki zaobserwowano w

odniesieniu do ruminacji refleksyjnych. Podobne wnioski można wysnuć analizując wyniki badań kobiet po doświadczeniach przemocy w rodzinie (Ogińska-Bulik, 2016a) oraz ratowników medycznych ekspozowanych na traumę w związku z wykonywaną pracą (Ogińska-Bulik, Juczyński, 2015).

Istnieją jednak badania, które nie potwierdzają powiązań ruminacji z potraumatycznym wzrostem. W badaniach o charakterze długofalowym przeprowadzonych wśród osób chorych na białaczkę wykazano, że ruminacje intruzywne występujące w trakcie leczenia nie pozwalały na przewidywanie PTG po zakończonym procesie leczenia (Carboon i in., 2005). Podobnie wyniki uzyskano w grupie pacjentów zmagających się z rakiem jelita grubego (Salsman i in., 2009) oraz u osób ogólnie chorych onkologicznie (Park i in., 2010). Brak związku ruminacji z PTG zaobserwowano również w badaniach osób żyjących z HIV (Ogińska-Bulik, 2016e).

Chociaż związki ruminacji z potraumatycznym wzrostem wśród dzieci i młodzieży nie były szeroko analizowane to wydaje się, że zarówno natrętne, jak i refleksyjne ruminowanie o doświadczonym zdarzeniu traumatycznym ma kluczowe znaczenie dla rozwoju po traumie także w tej grupie wiekowej (Andrades i in., 2018; Kilmer i Gil-Rivas, 2010). Rolę ruminacji dla wzrostu po traumie w grupie nieletnich akcentują również modele teoretyczne (Cryder i in., 2006; Kilmer i in., 2014; Meyerson i in., 2011).

Jedno z nielicznych badań z udziałem dzieci wskazuje, że ruminacje refleksyjne były jedynym znaczącym predyktorem PTG rok po huraganie Katrina, natomiast ruminacje natrętne pełniły predykcyjną rolę dla zmian wzrostowych około 2 lata po tym zdarzeniu (Kilmer i Gil-Rivas, 2010). Na istotne znaczenie ruminacji natrętnych w procesie zmagania się z chorobą wskazują też badania Ogińskiej-Bulik (2016f) przeprowadzone w grupie nastolatków zmagających się z nowotworami.

Nieliczne badania przeprowadzone w grupie dzieci i młodzieży, w których analizowano powiązania ruminacji z negatywnymi i pozytywnymi następstwami doświadczonej traumy nie pozwalają na wyciągnięcie jednoznacznych wniosków. Wskazane są więc dalsze analizy w tym zakresie.

Strategie radzenia sobie

Bardzo ważnym czynnikiem związanym z występowaniem PTSD i PTG jest aktywność behawioralna i poznawcza jednostki, czyli to, jak człowiek radzi sobie z negatywnymi wydarzeniami życiowymi. Radzenie sobie ze stresem definiowane jest jako

„stale zmieniające się poznawcze i behawioralne wysiłki jednostki mające na celu uporanie się z zewnętrznymi i wewnętrznymi wymaganiami, ocenianymi przez osobę jako obciążające lub przekraczające jej zasoby” (Lazarus i Folkman, 1984, za: Heszen-Celińska i Sęk, 2020, s.141).

Wyróżnia się dwie funkcje radzenia sobie ze stresem. Pierwsza z nich jest określana jako instrumentalna, zadaniowa, czyli zorientowana na problem. Polega na poprawie niekorzystnej relacji wymagań do możliwości. Druga to funkcja emocjonalna, zwana inaczej samoregulacją emocji. Jej głównym celem jest obniżenie napięcia i łagodzenia innych negatywnych stanów emocjonalnych (Heszen-Celińska i Sęk, 2020; Ogińska-Bulik i Juczyński, 2010b). Endler i Parker (1990, za: Heszen-Celińska i Sęk, 2020) zaproponowali, aby oprócz dwóch powyższych funkcji wprowadzić również radzenie sobie skoncentrowane na unikaniu. Z kolei, Park i Folkman (1997, za: Heszen-Celińska i Sęk, 2020) uwzględniły inną formę – radzenie sobie skoncentrowane na znaczeniu. Ten rodzaj obejmuje strategie poznawcze, które umożliwiają, np. przypisywanie znaczenia sytuacjom chronicznego stresu, którego nie można kontrolować.

Związki strategii radzenia sobie z PTSD w odniesieniu do dorosłych zostały dosyć szczegółowo opisane w literaturze. Autorzy modelu rozwoju PTSD (Ehlers i Clark, 2000) uważają, że jednostka doświadczająca traumy w pierwszej kolejności będzie starała się radzić sobie z jej konsekwencjami w postaci kontrolowania zagrożenia za pomocą różnych dostępnych sposobów. Strategie mające na celu kontrolowanie zagrożenia/objawów z reguły mają charakter nieprzystosowawczy, ponieważ utrzymują PTSD za pomocą trzech mechanizmów, tj. bezpośrednio wytwarzając objawy PTSD, zapobiegając zmianie negatywnych ocen traumy i/lub jej następstw, lub zapobiegając zmianie charakteru pamięci traumy.

Wyniki badań wskazują, że nieadaptacyjne strategie zaradcze sprzyjają rozwojowi i podtrzymywaniu negatywnych skutków przeżytej traumy. Takie strategie, jak zaprzeczanie, wyładowanie, zażywanie substancji psychoaktywnych i zaprzestanie działań, były pozytywnie skorelowane z PTSD i pozwalały przewidzieć jego objawy w grupie kobiet po mastektomii (Juczyński i Ogińska-Bulik, 2009). Analogiczne wyniki uzyskano w grupie osób żyjących z HIV (Ogińska-Bulik i Kraska, 2017). Unikowe radzenie sobie wiązało się również pozytywnie z objawami PTSD w grupie kobiet, które w dzieciństwie padły ofiarą przemocy domowej oraz osób, które uległy poparzeniu (Lawrence i Fauerbach, 2003; Street i in., 2005). Potwierdzeniem takich zależności są

wyniki badań przeprowadzone wśród funkcjonariuszy policji (Dudek, 2003), oraz w grupie ratowników medycznych (Ogińska-Bulik, 2015), które także wykazały dodatnie korelacje nieprzystosowawczych strategii radzenia sobie z nasileniem objawów PTSD.

W odniesieniu do dzieci i młodzieży obserwuje się podobną zależność. W warunkach silnego stresu jednostki wykazują tendencję do stosowania mniej skutecznych strategii radzenia sobie (Jaser i in., 2005, 2008). Stwierdzono także, że korzystanie z aktywnych sposobów radzenia sobie zmniejszało się wraz ze wzrostem stresu, podczas gdy częstotliwość wykorzystania unikowych strategii zaradczych (np. unikanie, zaprzeczanie) rosła (Wadsworth i Compas, 2002). Wysoki poziom stresu jest również związany z wyższym poziomem pobudzenia, natrętnymi myślami i ruminacjami oraz mniejszym radzeniem sobie w sposób aktywny (Langrock i in., 2002).

Wyniki badań są niejednoznaczne w odniesieniu do tego, jaki rodzaj stylów radzenia sobie (np. skoncentrowany na emocjach czy skoncentrowany na problemie) może w największym stopniu chronić przed negatywnymi skutkami psychologicznymi doznanej traumy (Punamäki, 2006). Niektóre badania ogólnie wskazują, że radzenie sobie skoncentrowane na emocjach jest pozytywnie powiązane z obecnością i nasileniem objawów PTSD oraz nieprzystosowania u dzieci i młodzieży (Duraković-Belko i in., 2003; Khamis, 2015). Z badań przeprowadzonych wśród dzieci i młodych ludzi, którzy doświadczyli przemocy politycznej (Khamis, 2019) wynika, że wykorzystanie unikowego radzenia sobie miało charakter adaptacyjny, ale tylko w krótkim okresie, natomiast nieprzystosowawczy w dłuższej perspektywie.

Podejmowana w wyniku ekspozycji na traumę aktywność zaradcza jest także powiązana z występowaniem pozytywnych zmian potraumatycznych. Tedeschi i Calhoun (2007) wskazują, że PTG jest efektem przeżytej traumy, ale nie ona sama przyczynia się do wystąpienia wzrostu, lecz stosowane przez jednostkę strategie zaradcze. Związek strategii radzenia sobie ze zmianami wzrostowymi po traumie akcentują również modele Tedeschiego i in. (2018). Wśród strategii radzenia sobie ze stresem, które sprzyjają potraumatycznemu wzrostowi wymienia się akceptację, pozytywne przewartościowanie, radzenie sobie skoncentrowane na zadaniu i oparte na religii (Linley i Joseph, 2004). Ich znaczenie potwierdzają metaanalizy przeprowadzonych badań (Helgeson i in, 2006; Prati i Pietrantonio, 2009).

Szczególną rolę w procesie pojawiania się zmian po traumie odgrywa radzenie sobie oparte na znaczeniu. Folkman i Moskowitz (2000) podkreślają, że pełni ono istotną rolę

w nadawaniu sensu poprzez integrowanie doświadczonego wydarzenia z posiadanymi schematami dotyczącymi świata i własnej osoby. Pełni zatem funkcję adaptacyjną. Dzięki temu możliwe jest dostrzeganie pozytywnych konsekwencji doświadczanych negatywnych zdarzeń życiowych. Radzenie sobie oparte na znaczeniu związane jest z koncepcją adaptacji poznawczej Taylor (1983, za: Ogińska-Bulik i Juczyński, 2010b). Wśród strategii opartych na tej formie radzenia sobie wyróżniamy pozytywne przewartościowanie i duchowe/religijne radzenie sobie. Pozytywne przewartościowanie poprzez wzrost zaangażowania ludzi w proces radzenia sobie zwiększa prawdopodobieństwo pojawienia się zmian wzrostowych. Może więc ułatwić osiągnięcie wzrostu, co jest zgodne z założeniami koncepcji Tedeschiego i Calhouna (1996, 2004), wskazującymi, że wzrost jest efektem, a nie sposobem radzenia sobie. Rolę tego typu radzenia sobie w występowaniu pozytywnych zmian potraumatycznych wykazano w wielu badaniach (Helgeson i in., 2006; Martin i in., 2021; Morris i in., 2007; Sears i in., 2003; Thornton i Peres, 2006; Thombre i in. 2010; Urcuyo i in., 2005).

Do wystąpienia pozytywnych zmian potraumatycznych przyczynia się także aktywne radzenie sobie, na co wskazali Schaefer i Moos (2001). Badania przeprowadzone wśród kobiet z rakiem piersi potwierdzają ich założenia (Li, L. i in., 2017; Li, X. i in., 2017; Tomita i in., 2017). Jedną z aktywnych strategii, która wykazuje dodatnie powiązania z PTG jest konfrontacja, co potwierdzają wyniki badań Danhauer i in. (2013) oraz Scrignaro i in. (2011). Okazuje się, że również strategie unikowe mogą być korzystne dla rozwoju potraumatycznego, na co wskazują badania Ogińskiej-Bulik i Zadwornej-Cieślak (2018).

Należy podkreślić, że niewiele badań dotyczących powiązań między podejmowaną aktywnością zaradczą a potraumatycznym wzrostem zostało przeprowadzonych w odniesieniu do dzieci i młodzieży. W tej grupie wiekowej istotne znaczenie strategii radzenia sobie w występowaniu pozytywnych zmian potraumatycznych uwzględnia model Meyersona i in. (2011). Autorzy zauważyli, że doświadczenie wydarzenia traumatycznego uruchamia procesy psychologiczne, przede wszystkim w postaci aktywności zaradczej. Zwraca się tu uwagę na rolę zarówno strategii skoncentrowanych na problemie (aktywne radzenie sobie, planowanie), jak i emocjonalno-unikowych (pozytywne przewartościowanie, akceptacja). W badaniach Wolchik i in. (2008) wykazano pozytywne powiązania między aktywnym i unikowym radzeniem sobie, mierzonym bezpośrednio po doznanych wydarzeniach traumatycznych a dwoma wymiarami

wzrostu po traumie, tj. osobistą siłą i nowymi możliwościami. Na ważną rolę aktywnego radzenia sobie w pojawianiu się wzrostu po traumie u nieletnich wskazują także badania Aldridge i Roesch (2008). Z badań Vaughn i in. (2009) wynika, że to pozytywne przewartościowanie i akceptacja dodatnio korelują z potraumatycznym wzrostem. Podobne wyniki wskazujące na istotną rolę pozytywnego przewartościowania uzyskano w grupie młodzieży (Park i in., 1996). Z kolei, badania prowadzone na nastolatkach zmagających się z chorobą nowotworową (Turner-Sack i in., 2012) potwierdziły, że predyktorem potraumatycznego wzrostu jest strategia akceptacji.

Z przytoczonych badań wynika, że stosowane strategie zaradcze mają istotne znaczenie dla objawów zespołu stresu pourazowego i potraumatycznego wzrostu, choć trudno jest w sposób jednoznaczny wskazać, które strategie są najbardziej korzystne w redukcji negatywnych i promowaniu pozytywnych następstw ekspozycji na traumę. Negatywnym konsekwencjom przeżytej traumy zazwyczaj towarzyszą nieadaptacyjne sposoby radzenia sobie, natomiast pozytywnym – adaptacyjne. W odniesieniu do dzieci i młodzieży szczególną rolę dla następstw traumy przypisuje się aktywnemu radzeniu sobie, ale także pozytywnemu przewartościowaniu i akceptacji.

Podsumowanie

Zdarzenia traumatyczne i ich różne psychologiczne skutki to częsty obszar badań. Wystąpienie zdarzeń traumatycznych uruchamia proces, który zawiera elementy przed i pourazowe, i na ogół kończy się wystąpieniem pourazowego stresu i/lub rozwoju. Wśród uwarunkowań negatywnych i pozytywnych konsekwencji ekspozycji na traumę możemy wyróżnić między innymi czynniki sytuacyjne (rodzaj zdarzenia, czas od jego wystąpienia, forma otrzymywanej pomocy). Badania wskazują, że rodzaj zdarzenia może mieć istotne znaczenie w pojawianiu się objawów zespołu stresu pourazowego w grupie dzieci i młodzieży. Najsilniejsze związki z PTSD u nieletnich dotyczą takich sytuacji, jak: gwałt, zaniedbanie w dzieciństwie, fizyczna przemoc i próby samobójcze. Tego typu zdarzenia skutkują wystąpieniem PTSD u nawet 55% nieletnich. Natomiast nie obserwuje się wyraźnej zależności między rodzajem doświadczonego zdarzenia a potraumatycznym wzrostem.

Analizy przeprowadzone w grupie dzieci i młodzieży wskazują na powiązania czasu, jaki upłynął od doznanego zdarzenia z nasileniem objawów PTSD. Większość badań wskazuje na ujemne powiązania między zmiennymi, choć są również takie, które

informują o braku związku między nimi. Nie stwierdza się wyraźnych powiązań między czasem, jaki upłynął od doświadczonego zdarzenia a potraumatycznym wzrostem. Istotną rolę dla następstw traumy zdaje się także pełnić udzielana pomoc. Wsparcie psychologiczne, jak i różne formy terapii z reguły przyczyniają się do redukcji objawów PTSD i mogą sprzyjać występowaniu wzrostu po traumie.

Czynnikami, które mogą warunkować występowanie PTSD i PTG u młodzieży są także zmienne podmiotowe, w tym socjodemograficzne, a głównie płeć. W przypadku osób nieletnich obserwuje się podobne zależności jak u dorosłych. Z większości badań wynika, że u dziewcząt występuje większe ryzyko wystąpienia PTSD. Rezultaty przeprowadzonych analiz dotyczące zależności między płcią a PTG są niejednoznaczne. Część wyników wskazuje na brak powiązań między zmiennymi. Niektóre doniesienia informują jednak, że to dziewczęta ujawniają więcej zmian po traumie niż chłopcy. Jeszcze inne wskazują na odwrotną zależność, że to u chłopców obserwuje się więcej zmian o charakterze wzrostowym.

Objawy zespołu stresu pourazowego i potraumatycznego wzrostu są także uwarunkowane przez takie czynniki podmiotowe, takie jak prężność, wsparcie społeczne, ruminacje oraz strategie radzenia sobie. Większość badań dotyczących powiązań prężności z PTSD wśród dzieci i młodzieży potwierdza występowanie zależności między zmiennymi. Natomiast w przypadku PTG wyniki badań nie są jednoznaczne. Te nieliczne wydają się być zgodne z danymi dotyczącymi osób dorosłych i wskazują na pozytywny związek prężności z PTG. W odniesieniu do wsparcia społecznego wyniki badań potwierdzają jego ochronną rolę w pojawianiu się objawów PTSD u dzieci i młodzieży oraz wskazują, że może ono sprzyjać występowaniu PTG. Szczególnie ważnym czynnikiem podmiotowym dla negatywnych i pozytywnych skutków ekspozycji na traumę są ruminacje. Nieliczne badania przeprowadzone wśród nieletnich potwierdzają, że natrętne ruminacje pełnią rolę predykcyjną dla PTSD, natomiast refleksyjne dla PTG. Zwraca się także uwagę na znaczenie aktywności zaradczej. W odniesieniu do dzieci i młodzieży obserwuje się podobną zależność jak u osób dorosłych. Z PTSD wiążą się przede wszystkim takie strategie jak unikanie poznawcze, wyładowanie, poszukiwanie zastępczych wzmocnień, natomiast z PTG – aktywne radzenie sobie, planowanie, pozytywne przewartościowanie i akceptacja. Jednakże obraz zależności między aktywnością zaradczą a konsekwencjami traumy jest dość złożony. Ma to związek z różną skutecznością strategii zaradczych oraz z tym, iż radzenie sobie jest procesem

dynamicznym, co oznacza zmienność stosowanych strategii. Należy podkreślić, że młodzi ludzie w warunkach silnego stresu mają tendencję do stosowania mniej skutecznych strategii radzenia sobie, co powoduje utrzymywanie się stresu. Z kolei wysoki poziom stresu jest związany z wyższym poziomem pobudzenia, natrętnymi myślami i ruminacjami, co może utrudniać proces przepracowania traumy, a co za tym idzie, osłabiać pojawianie się pozytywnych zmian potraumatycznych.

1.3.3. Cel i podstawy teoretyczne oraz model badań własnych

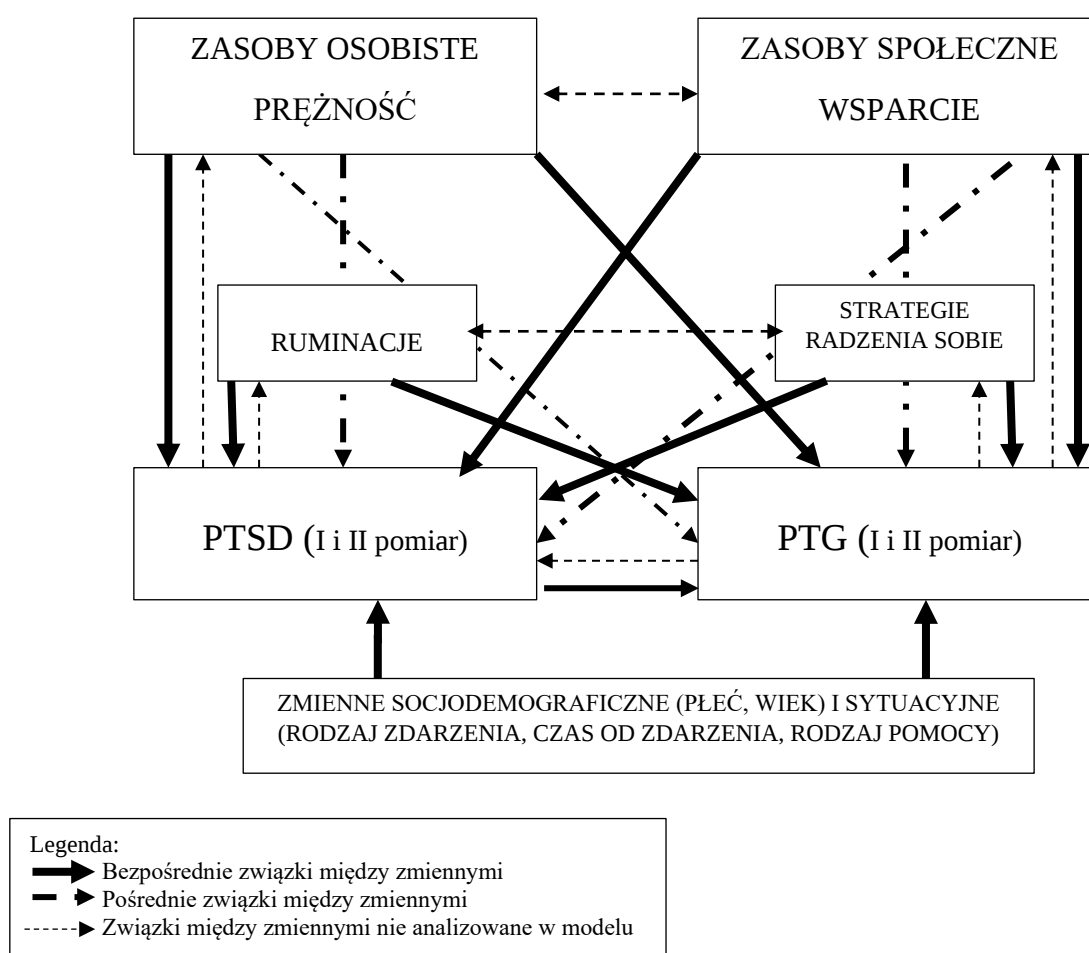
Celem badań było ustalenie psychospołecznych uwarunkowań negatywnych i pozytywnych konsekwencji doświadczonych przez młodzież zdarzeń traumatycznych, ujawnianych w postaci objawów PTSD i potraumatycznego wzrostu. Analizowano również czy nasilenie objawów PTSD i PTG zmienia się w czasie i czy te skutki są determinowane przez różne czynniki w zależności od czasu pomiaru PTSD i PTG. W odniesieniu do tej grupy wiekowej niewiele jest badań, uwzględniających jednocześnie kilka czynników, które mogą determinować występowanie negatywnych i pozytywnych skutków ekspozycji na traumę. Podobnie, badania podłużne w grupie adolescentów należą w Polsce do rzadkości.

Jak wynika z dotychczasowych badań, narażenie na sytuacje traumatyczne w grupie dzieci i młodzieży jest zjawiskiem powszechnym (Cohen, 2010; Dąbkowska, 2006). Nawet 70% z nich doświadcza w swoim życiu przynajmniej jednego tego typu zdarzenia. Dlatego tym bardziej istotne wydaje się poznanie czynników, które będą chroniły najmłodszych przed negatywnymi następstwami traumy. Z drugiej strony nastolatki mogą także czerpać pewne korzyści z doświadczeń traumatycznych, w postaci potraumatycznego/osobowego wzrostu. Istotnym zatem jest poznanie uwarunkowań tych wzrostowych zmian.

Sformułowany cel pracy ma wymiar głównie teoretyczny. Uzyskane wyniki badań pozwolą na rozszerzenie wiedzy dotyczącej powiązań pomiędzy posiadanymi zasobami osobistymi i społecznymi, ruminacjami oraz podejmowaną aktywnością zaradczą a konsekwencjami doświadczanej traumy. W ramach projektu badawczego zostało zaadaptowane do warunków polskich narzędzie do pomiaru objawów zespołu stresu pourazowego u dzieci i młodzieży CRIES-13. Uzyskane dane mogą także umożliwić projektowanie oddziaływań terapeutycznych i wdrożenie programów, mających na celu zapobieganie PTSD i promowanie wzrostu po traumie.

W odniesieniu do dzieci i młodzieży brakuje modeli teoretycznych, które jednocześnie uwzględniałyby tak wiele czynników warunkujących PTSD i PTG. Dobór zmiennych w badaniach własnych został więc oparty o kilka modeli, w tym model PTSD Ehlers i Clarka (2000), zrewidowany model potraumatycznego wzrostu u osób dorosłych według Tedeschiego i Calhouna (2010), model kryzysów życiowych i osobowego wzrostu Moosa (1998) oraz modele wzrostu po traumie u dzieci i młodzieży: Cryder i in. (2006), Meyersona i in. (2011), Andrades i in. (2018). Model badań własnych przedstawia Rycina 6.

Rycina 6. Model badań własnych



W modelu badań własnych uwzględniono sześć zmiennych. Wśród zmiennych wyjaśnianych są objawy PTSD oraz PTG w pierwszym i drugim pomiarze. Natomiast zmienne wyjaśniające, które mogą mieć istotne znaczenie dla konsekwencji doznanej traumy to zasób osobisty w postaci preżności, zasób społeczny w postaci wsparcia społecznego oraz ruminacje i stosowane strategie radzenia sobie z traumą, które mogą

bezpośrednio, ale również pośrednio, wpływać na PTSD i PTG. Uwzględniono także znaczenie zmiennych socjodemograficznych i związanych z doświadczonymi wydarzeniami. W modelu zaznaczono również inne możliwe zależności, które nie były analizowane w rozprawie, jak zwrotny wpływ PTSD na prężność czy PTG na wsparcie społeczne.

1.3.4. Pytania i hipotezy badawcze

Na podstawie przeglądu literatury przedmiotu, problemy badawcze sformułowano w postaci następujących pytań:

1. Czy i w jakim stopniu u badanych nastolatków występują negatywne (objawy PTSD) i pozytywne (PTG) skutki doświadczonych zdarzeń traumatycznych?
2. Czy wiek, płeć badanych, rodzaj zdarzenia, czas, jaki upłynął od jego wystąpienia i rodzaj otrzymanej pomocy są powiązane z objawami PTSD i PTG?
3. Czy i w jakim stopniu nasilenie negatywnych i pozytywnych skutków doświadczonych traumatycznych zdarzeń zmienia się w czasie (po upływie 6 miesięcy)?
4. Czy występuje i jaki ma charakter, związek między objawami PTSD a PTG, zarówno w I, jak i II etapie badań?
5. Jaki jest poziom zasobów osobistych (prężność) i społecznych (wsparcie) oraz jakie jest nasilenie ruminacji i stosowanych strategii radzenia sobie z doświadczoną traumą w badanej grupie młodzieży?
6. Czy, i w jaki sposób, posiadane zasoby (prężność, wsparcie społeczne), ruminacje i stosowane strategie zaradcze korelują z objawami PTSD i PTG, zarówno w I, jak II etapie badań?
7. Które z analizowanych zmiennych wyjaśniających (zasoby, ruminacje, strategie zaradcze) są wyznacznikami objawów PTSD i PTG (w I i II etapie)?
8. Czy ruminacje o doświadczonym zdarzeniu i podejmowane strategie radzenia sobie pełnią rolę mediatorów w relacji między negatywnymi i pozytywnymi skutkami ekspozycji na traumę?

Na podstawie literatury, w tym dostępnych wyników badań, sformułowano kilka hipotez badawczych.

Hipoteza 1.

Płeć oraz rodzaj doświadczonego zdarzenia istotnie różnicują nasilenie objawów PTSD i osobowego wzrostu.

1.1. Dziewczęta, w porównaniu z chłopcami, ujawniają wyższy poziom PTSD oraz PTG.

1.2. Młodzież, która doświadczyła przemocy wykazuje wyższe nasilenie PTSD w stosunku do pozostałych trzech badanych grup, a młodzież z diagnozą choroby nowotworowej doświadczy więcej pozytywnych zmian w porównaniu z pozostałymi uwzględnionymi w badaniu grupami.

Hipoteza 2

2.1 Poziom objawów PTSD ocenianych po 6 miesiącach od pierwszego pomiaru (etap II) jest istotnie niższy w stosunku do poziomu wyjściowego (etap I).

2.2 Nasilenie PTG po 6 miesiącach (etap II) jest wyższe w stosunku do I pomiaru.

Hipoteza 3.

Zasoby osobiste (w postaci prężności) i społeczne (w postaci wsparcia społecznego) oraz ruminacje refleksyjne i podejmowane strategie radzenia są powiązane z negatywnymi i pozytywnymi konsekwencjami doświadczonych zdarzeń traumatycznych (zarówno w I, jak i II etapie badań):

3.1. Prężność jest negatywnie skorelowana z PTSD i dodatnio z PTG.

3.2. Wsparcie społeczne jest ujemnie powiązane z PTSD i dodatnio z PTG.

3.3. Ruminacje natrętne są dodatnio skorelowane zarówno z objawami PTSD, jak i PTG.

3.4. Ruminacje refleksyjne pozytywnie wiążą się z PTG.

3.5. Strategie oparte na zbliżaniu do problemu negatywnie wiążą się z objawami PTSD i pozytywnie z PTG.

3.6. Strategie unikowe są dodatnio powiązane z objawami PTSD, a ujemnie z PTG.

Hipoteza 4.

4.1 Wyznacznikami objawów PTSD są ruminacje natrętne oraz unikowe strategie radzenia sobie (zarówno w I, jak II etapie).

4.2. Wyznacznikami osobowego wzrostu są przede wszystkim prężność i ruminacje refleksyjne (zarówno w I, jak II etapie).

ROZDZIAŁ 2. Materiał i metoda badań

2.1. Charakterystyka osób badanych i procedura prowadzonych badań

Badania zostały prowadzone w latach 2017-2019 w kilku ośrodkach na terenie Polski, zajmujących się pomocą młodzieży po doświadczeniach traumatycznych. Obejmowały one podopiecznych „Fundacji Słonie na balkonie”, „Fundacji Krwinka”, „Fundacji Dajemy Dzieciom Siłę”, uczniów korzystających ze wsparcia psychologicznego na terenie szkół podstawowych i ponadpodstawowych, a także klientów prywatnych usług psychoterapeutycznych. Prowadzenie badań było nadzorowane osobiście lub przy współpracy z psychologami, terapeutami, na co dzień pracującymi z młodzieżą, która doświadczyła zdarzeń traumatycznych, odpowiednio przeszkolonymi w zakresie prowadzenia badań. Wszyscy uczestnicy badania byli objęci jedną z dwóch rodzajów pomocy psychologicznej. Pierwsza forma pomocy dotyczyła nastolatków, którzy korzystali ze wsparcia psychologa szkolnego. Osoby te wypełniały pakiet narzędzi na terenie szkoły w gabinecie psychologa. Natomiast młodzież objęta terapią psychologiczną to podopieczni fundacji lub klienci prywatnych gabinetów. Pakiet narzędzi był przez nich wypełniany na jednym ze spotkań terapeutycznych. Wszystkie zainteresowane osoby otrzymywały informację zwrotną odnośnie uzyskanych wyników w kwestionariuszach. Uczestnicy i ich rodzice lub opiekunowie zostali poinformowani o dobrowolnym udziale w badaniach i ich anonimowości. Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę odpowiedniej Komisji Bioetyki (Uchwała nr 23/KBBN-UŁ/I/2015).

Dobór osób badanych miał charakter celowy. Kryteriami doboru było doświadczenie jednego z czterech rodzajów zdarzenia o charakterze traumatycznym: 1. diagnoza choroby nowotworowej, 2. wypadek lub uraz, 3. śmierć bliskiej osoby, 4. doświadczenie krzywdy/przemocy. Czas, jaki upłynął od zdarzenia nie przekraczał 4 lat. Badania miały charakter podłużny i składały się z dwóch etapów. Drugi pomiar obejmujący ocenę nasilenia PTSD i PTG odbywał się po 6 miesiącach od pierwszego pomiaru. Młodzież objęta pomocą psychologiczną, która wyraziła zgodę na udział w drugim etapie badania, wypełniała pakiet narzędzi na jednym z kolejnych spotkań na terenie szkoły lub w gabinecie terapeutycznym.

W pierwszym etapie przebadano 280 nastolatków w wieku 12-17 lat. Do analiz zakwalifikowano wyniki 242 osób (119, tj. 49,2% chłopców i 123, tj. 50,8% dziewcząt). Wyniki 38 osób zostały odrzucone ze względu na niekompletnie wypełnione kwestionariusze. W drugim etapie do badań przystąpiło 175 osób. Do analiz zakwalifikowano wyniki 112 nastolatków, co stanowiło 46,3% wyjściowej puli badanych osób (wyniki 63 odrzucono ze względu na braki danych), w tym 54 (48,2%) chłopców i 58 (51,8%) dziewcząt.

Wyniki analiz zmiennych demograficznych wskazują, że rozkład płciowy w badanej grupie był prawie równy – 119 chłopców, co stanowi 49,2 % i 123 dziewcząt, czyli 50,8%. Przedział wiekowy grupy to 12-17 lat. Średnia wieku nastolatków to $M=14,65$, $SD=1,28$. W kontekście rodzaju traumy 59 (24,4%) osób zgłosiło doświadczenie śmierci bliskiej osoby, 61 (25,2%) – diagnozę choroby nowotworowej, 61 (25,2%) – doświadczenie przemocy oraz 61 (25,2%) – uczestniczenie w wypadku drogowym.

Najwięcej spośród badanych zgłosiło, że wydarzenie traumatyczne miało miejsce w przeciągu ostatnich 1-2 lat (98 osób, 40,5%), nieco mniej, że w ciągu ostatniego roku (70 osób, 28,9%), w ciągu 2-3 lat 47 osób (19,4%), a najmniej powyżej 3 lat (27 osób, 11,2%).

Badani nastolatki byli objęci pomocą psychologiczną w postaci wsparcia psychologicznego przez szkolnego psychologa (127 osób, 52,5%) lub terapią psychologiczną (115 osób, 47,5%).

2.2. Narzędzia badawcze

2.2.1. Zrewidowana Skala Wpływu Zdarzeń dla Młodzieży (CRIES-13)

Do oceny objawów PTSD w grupie dzieci i młodzieży zaadaptowano The Children's Impact of Event Scale – CRIES-13, nadając jej nazwę Skala Wpływu Zdarzeń dla Dzieci – SWZ-D-13 (Ogińska-Bulik i Kobylarczyk, 2018). Jest ona wzorowana na skali przeznaczonej dla osób dorosłych The Impact of Event Scale w opracowaniu Horowitz i in. (1979). Skala została opracowana przez zespół pracujący pod auspicjami Children and War Foundation (2005), za zgodą Mardi Horowitz. Narzędzie to jest przeznaczone do oceny PTSD dla dzieci powyżej 8 roku życia i nastolatków. Składa się z 13 stwierdzeń („Czy myślisz o tym zdarzeniu, pomimo że tego nie chcesz”), na które osoba badana odpowiada posługując się określeniami: w ogóle nie – 0 pkt, rzadko – 1 pkt, czasami – 3 pkt, często – 5 pkt. Skala pozwala na ustalenie ogólnego wskaźnika objawów PTSD oraz nasilenia 3 czynników wchodzących w jego skład, tj. intruzji (4 stwierdzenia), unikania (4 stwierdzenia) i pobudzenia (5 stwierdzeń). Im wyższa punktacja tym wyższe nasilenie objawów PTSD. Wartością graniczną, na podstawie której można wnioskować o prawdopodobieństwie wystąpienia PTSD jest 30 punktów. Wskazuje to, że wynik równy lub wyższy niż 30 oznacza wysokie prawdopodobieństwo wystąpienia tego zespołu. Uzyskane wartości tych współczynników (dla całej skali = 0,89, intruzji = 0,83, unikania = 0,80 i pobudzenia = 0,77) potwierdzają rzetelność skali. W badanej grupie młodzieży alfa Cronbacha w I pomiarze dla całej skali wynosi 0,95; intruzji: 0,90; unikania: 0,83; pobudzenia: 0,88, a w II pomiarze odpowiednio 0,82; 0,66; 0,55; 0,68.

2.2.2. Kwestionariusz Osobowego Wzrostu (KOW-27)

Oceny pozytywnych zmian potraumatycznych dokonano za pomocą Kwestionariusza Osobowego Wzrostu – KOW-27, opracowanego przez Ogińską-Bulik (2013). Zawiera on 27 stwierdzeń dotyczących występowania pozytywnych zmian w wyniku doświadczenia negatywnego wydarzenia życiowego (np. „Czuję się bardziej pewny siebie”). Zgodnie z instrukcją badani najpierw zaznaczają wydarzenie, które było dla nich najbardziej obciążające, czas, jaki upłynął od tego wydarzenia, a następnie dokonują oceny pozytywnych zmian, będących jego następstwem, posługując się skalą 4 stopniową od 0 (nie doświadczyłem tej zmiany) do 3 (doświadczyłem tej zmiany w

dużym stopniu). Przeprowadzona analiza czynnikowa ujawniła trzy czynniki: cz. 1. Percepcja siebie, cz. 2. Docenianie życia i cz. 3. Relacje z innymi (wszystkie po 9 pozycji). Dla KOW-27 opracowano tymczasowe normy, wyrażone w skali stenowej, pozwalające na określenie poziomu występujących zmian, gdzie wynik 1-4 oznacza niski ich poziom, 5-6 przeciętny i 7-10 wysoki. Rzetelność kwestionariusza, mierzona współczynnikiem alfa Cronbacha jest wysoka i wynosi 0,94. W badanej grupie alfa Cronbacha w I pomiarze dla całej skali wynosi 0,97, percepcji siebie: 0,92; doceniania życia: 0,93; relacji z innymi: 0,91, a w II pomiarze odpowiednio 0,98; 0,93; 0,94; 0,94.

2.2.3. Skala Pomiaru Prężności (SPP-18)

SPP-18, autorstwa Ogińskiej-Bulik i Juczyńskiego (2011), jest przeznaczona do oceny prężności u dzieci i młodzieży w wieku 12-19 lat. Narzędzie zawiera 18 stwierdzeń, ocenianych na skali 5-cio stopniowej (np. „Potrafię radzić sobie nawet z największymi trudnościami”), gdzie 0 oznacza zdecydowanie nie, 1 – raczej nie, 2 – ani tak, ani nie/trudno powiedzieć, 3 – raczej tak, 4 – zdecydowanie tak. Im wyższy wynik, tym większe nasilenie prężności. SPP-18 pozwala na ustalenie wyniku ogólnego oraz czterech czynników wchodzących w skład prężności. Należą do nich: 1. optymistyczne nastawienie i energia, 2. wytrwałość i determinacja w działaniu, 3. poczucie humoru i otwartość na nowe doświadczenia, 4. kompetencje osobiste i tolerancja negatywnego afektu. Wyniki surowe można odnieść do skali stenowej, w której wynik 1-4 oznacza niskie, 5-6 przeciętne i 7-10 wysokie nasilenie prężności. Narzędzie charakteryzuje się dobrymi właściwościami psychometrycznymi. Współczynnik alfa Cronbacha wynosi 0,82 (dla poszczególnych skal od 0,76 do 0,87). Stabilność bezwzględna ustalona za pomocą test-retestu w odstępie 6 tygodni wynosi 0,78.

2.2.4. Skala Wsparcia Społecznego (SWS)

Skala Wsparcia Społecznego, autorstwa Kmiecik-Baran, zawiera 16 stwierdzeń („Akceptuję mnie takiego, jakim jestem”), do których osoba badana się ustosunkowuje, posługując się 4 – stopniową skalą odpowiedzi (0 – nie, nie dotyczy, 1 – raczej nie, 2 – raczej tak, 3 – tak). Służy do oceny ogólnego wsparcia społecznego, pozwalającego określić poziom wsparcia społecznego bez różnicowania go na różne rodzaje, oraz 4 jego rodzajów: emocjonalnego (dawanie jednostce do zrozumienia, że zawsze na tę właśnie

grupę lub osobę może liczyć i w każdej chwili udzielona mu zostanie pomoc), wartościującego (dawanie jednostce do zrozumienia, że posiada takie możliwości /zdolności, umiejętności, itp., które są ważne dla prawidłowego funkcjonowania grupy lub osoby), instrumentalnego (udzielanie jednostce konkretnej pomocy, np. pożyczenie pieniędzy, zrobienie zakupów), informacyjnego (dostarczanie jednostce ważnych dla jej funkcjonowania wiadomości, rad, porad, itp.). Ponadto rodzaje wsparcia mogą być zróżnicowane w obrębie 8 grup społecznych: rodziców, rodzeństwa, innych krewnych, kolegów ze szkoły, kolegów z osiedla, sąsiadów, nauczycieli i obcych. Rzetelność testu oceniona za pomocą współczynnika alfa Cronbacha dla poszczególnych rodzajów wsparcia osiąga wartości od 0,56 do 0,79 (Kmieciak-Baran, 2000).

2.2.5. Inwentarz Ruminacji o Negatywnym Zdarzeniu (IRONZ)

Inwentarz Ruminacji o Negatywnym Zdarzeniu – IRoNZ jest polską adaptacją the Event Related Rumination Inventory – ERRI, której autorami są Cann i in. (2011), przeprowadzoną przez Ogińską-Bulik i Juczyńskiego (2015). IRoNZ jest narzędziem przeznaczonym do oceny nasilenia ruminacji związanych z doświadczonym negatywnym zdarzeniem życiowym. Zawiera dwie skale, z których każda złożona jest z 10 stwierdzeń. Pierwsza – odnosi się do ruminacji natrętnych (np. „Myślałem/am o tym zdarzeniu nawet, kiedy nie chciałem/am o nim myśleć”), druga – ruminacji refleksyjnych (np. „Zastanawiałem/am się, czy to zdarzenie miało dla mnie jakieś znaczenie”). Osoba badana dokonuje oceny na 4-stopniowej skali typu Likerta (0 – wcale nie, 1 – rzadko, 2 – czasami, 3 – często), jak często doświadczyła opisanych w inwentarzu sytuacji w okresie kilku tygodni od doznanego zdarzenia. Wyniki obliczane są oddzielnie dla obydwu skal. Uzyskane wskaźniki zgodności wewnętrznej, oceniane za pomocą współczynników alfa Cronbacha, są wysokie i wynoszą: 0,96 dla skali ruminacji natrętnych i 0,92 dla skali ruminacji celowych. Są one wyższe niż dla oryginalnej wersji narzędzia, dla którego wynosiły: 0,94 i 0,88 (Cann i in., 2011). W badanej grupie alfa Cronbacha wynosi 0,95 dla ruminacji natrętnych i 0,93 dla ruminacji refleksyjnych.

2.2.6. Inwentarz Strategii Zaradczych (CRI-Y)

Inwentarz Reakcji Zaradczych – Coping Responses Inventory-Youth (CRI-48) opracowany przez Moosa (1993), w polskiej adaptacji Szymańskiej (1999), służy do

oceny strategii radzenia sobie ze stresem u osób w wieku 12-18 lat. Zawiera 48 pozycji (np. „Myślę o różnych sposobach poradzenia sobie z tym problemem”), ujętych w 8 skal (po 6 pozycji). Cztery pierwsze: analiza logiczna (poznawcze próby zrozumienia sytuacji i rozważanie możliwych działań), pozytywne przewartościowanie (poznawcza rekonstrukcja doświadczonej sytuacji i poszukiwanie w niej pozytywnych aspektów), poszukiwanie wsparcia (poszukiwanie informacji dotyczących problemu i pomocy u innych), oraz podjęcie działania rozwiązującego problem są zaliczane do strategii polegających na zbliżaniu się do problemu, cztery kolejne: unikanie poznawcze (próby poznawczej ucieczki od rozważania problemu i zaprzeczenie jego występowania), akceptacja/rezygnacja (poznawcze próby poradzenia sobie poprzez pogodzenie się z sytuacją), poszukiwanie zastępczych wzmocnień (podjęcie działań mających na celu znalezienie zastępczych form aktywności i źródeł satysfakcji) i wyładowanie emocjonalne (próby redukcji napięcia poprzez ekspresję negatywnych emocji) – do strategii polegających na unikaniu. Osoba badana udziela odpowiedzi, posługując się skalą 4-stopniową: 1. zdecydowanie tak, 2. raczej tak, 3. raczej nie, 4. zdecydowanie nie. Przed obliczeniem wyników dokonuje się zmiany wartości zaznaczonych przez badanych odpowiedzi, zgodnie z kluczem (1- 0 pkt, 2 – 1 pkt, 3 – 2 pkt, 4 – 3 pkt). Im wyższa punktacja tym częstsze stosowanie danej strategii. Narzędzie uzyskało satysfakcjonujące właściwości psychometryczne. Inwentarz Reakcji Zaradczych został wykorzystany w wersji sytuacyjnej, tj. do oceny radzenia sobie z przeżytym zdarzeniem traumatycznym.

ROZDZIAŁ 3. Analiza wyników badań

3.1. Zastosowane metody analiz

Ze względu na dużą liczebność badanej grupy oraz brak wyraźnych odchyłeń uzyskanych wyników od rozkładu normalnego do analiz zastosowano testy parametryczne. Do ustalenia różnic między średnimi wykorzystano test t-Studenta oraz test F jednoczynnikowej analizy wariancji i testy post hoc. Do sprawdzenia związków między zmiennymi użyto współczynnika korelacji r-Pearsona. W celu sprawdzenia, które ze zmiennych pełnią rolę predykcyjną dla negatywnych i pozytywnych skutków ekspozycji na traumę wykorzystano hierarchiczną analizę regresji. Modelowanie strukturalne zostało użyte celem sprawdzenia czy i w jaki sposób (bezpośrednio, pośrednio) posiadane zasoby osobiste (prężność) i społeczne (wsparcie) oraz ruminacje i stosowane strategie radzenia sobie wiążą się z negatywnymi i pozytywnymi konsekwencjami doświadczonych traumatycznych zdarzeń życiowych w I i II etapie badań. Natomiast macra Process użyto, aby sprawdzić czy ruminowanie o doświadczonym zdarzeniu i podejmowane strategie radzenia sobie pełnią rolę mediatorów w relacji między objawami PTSD i PTG. Analiz dokonano przy pomocy pakietu SPSS wersja 27, macra Process oraz Pakietu Amos wersja 27.

Przeprowadzone analizy pozwoliły na uzyskanie odpowiedzi na postawione pytania i zweryfikowanie sformułowanych hipotez badawczych. W pierwszym etapie zostały przedstawione średnie wyniki w zakresie zmiennych wyjaśnianych – PTSD i PTG, z uwzględnieniem zmiennych kontrolowanych, którymi były wiek, płeć, rodzaj doświadczanego zdarzenia, czas, jaki od niego upłynął oraz forma otrzymanej pomocy. Ustalono także czy negatywne i pozytywne konsekwencje ekspozycji na traumę zmieniają się w czasie oraz czy są ze sobą powiązane. Następnie, w oparciu o współczynniki korelacji, ustalono związki między zmiennymi. W celu sprawdzenia w jaki sposób (bezpośredni pośredni) uwzględnione w badaniu zmienne wiążą się z PTSD i PTG skorzystano z modelowania strukturalnego. W kolejnym kroku, posługując się analizą regresji, ustalono predyktory PTSD i PTG, mierzonych zarówno w I, jak i II etapie badań. Sprawdzone także czy ruminacje i stosowane strategie radzenia sobie z traumą pełnią rolę mediatorów w relacji między PTSD i PTG.

3.2. Statystyki opisowe

Otrzymane wyniki są przedstawione za pomocą statystyk opisowych takich jak: średnia (M), odchylenie standardowe (SD), minimum (Min.), maksimum (Max.).

Pierwszy krok przeprowadzonych analiz wiązał się z ustaleniem średnich wartości negatywnych i pozytywnych konsekwencji ekspozycji na traumę wśród badanych nastolatków. Uzyskane wyniki zaprezentowano w Tabeli 1.

Tabela 1. Średnie i odchylenia standardowe objawów PTSD i PTG w badanej grupie młodzieży (n=242)

Analizowane zmienne	M	SD	Min.	Max.	Skośność	Kurtoza
PTSD – ogółem	37,90	18,94	1	65	-0,42	-1,21
Cz.1 Intruzja	12,31	6,77	0	20	-0,36	-1,30
Cz.2 Unikanie	11,30	5,77	0	20	-0,40	-1,12
Cz.3 Pobudzenie	14,30	7,54	0	25	-0,31	-1,15
Osobowy wzrost	44,70	19,93	3	78	-0,17	-1,32
Cz.1 Percepcja siebie	15,04	7,18	0	27	-0,08	-1,28
Cz.2 Docenianie życia	16,60	7,11	2	27	-0,15	-1,28
Cz.3 Relacje z innymi	13,06	6,57	0	26	-0,20	-1,04

M-średnia; SD-odchylenie standardowe; Min – minimum; Max. – maksimum

Nasilenie objawów PTSD, mierzone za pomocą CRIES-13 w badanej grupie nastolatków wyniosło 37,90, co jest wynikiem wysokim, biorąc pod uwagę ustalony punkt odcięcia równy 30 (Ogińska-Bulik i Kobylarczyk, 2018). Zgodnie tym kryterium 85 osób (35%) prezentuje niski, a 157 (65%) wysoki poziom objawów PTSD. Analizując wyniki w poszczególnych kryteriach PTSD, po ich uśrednieniu (biorąc pod uwagę różną liczbę stwierdzeń w każdym z nich uzyskano wartości: M= 3,07, 2,85 i 2,86) stwierdzono brak różnic istotnych statystycznie między nimi. Oznacza to, że badana młodzież ujawnia podobne nasilenie objawów wchodzących w skład intruzji, unikania i pobudzenia.

Nasilenie osobowego wzrostu wśród badanych nastolatków wyniosło 44,70, co odpowiada wartości 5 stena, jest to zatem wynik przeciętny. Rezultat ten nie odbiega od danych normalizacyjnych uzyskanych przez Ogińską-Bulik (2013), w badaniach młodzieży, w których wynosił M=43,7 (SD=18,26). Przeliczając wyniki, zgodnie z ustalonymi dla KOW-27 normami, można wskazać, że 85 osób (35,1%) charakteryzuje niski poziom pozytywnych zmian po traumie, 62 – przeciętny (25,6%), a 95 wysoki (39,3%). Największe zmiany zaobserwowano w obszarze doceniania życia. Okazały się one istotnie wyższe niż zmiany w percepcji siebie i zmiany w relacjach z innymi.

W kolejnym kroku sprawdzono czy wiek, płeć badanych, rodzaj zdarzenia, czas, jaki upłynął od jego wystąpienia i rodzaj pomocy są powiązane z objawami PTSD i osobowym wzrostem.

Tabela 2. Współczynniki korelacji między wiekiem a PTSD i PTG w I etapie (n=242)

Wiek	PTSD	Intruzja	Unikanie	Pobudzenie	PTG	Percepcja siebie	Docenianie życia	Relacje z innymi
Korelacja r-Pearsona	-0,036	-0,006	0,013	-0,096	0,42**	0,41**	0,43**	0,38**

** p<0,01

Wyniki przeprowadzonych analiz (Tabela 2) wskazują, że wiek nie wiąże się w sposób istotny statystycznie z nasileniem objawów PTSD ($r=-0,04$), ale wiąże się z PTG ($r=0,42$, $p<0,001$). Oznacza to, że wraz z wiekiem zwiększa się tendencja młodzieży, która była narażona na traumę, do dostrzegania pozytywnych zmian potraumatycznych

Ponadto sprawdzono, czy wiek wiąże się z PTSD i PTG z drugiego etapu badań. Rezultaty wskazały na brak zależności między zmiennymi, a wyniki umieszczono w Tabeli 1.1. w załączniku.

Tabela 3. Nasilenie objawów PTSD i PTG w grupie chłopców i dziewcząt w I etapie (n=242)

Płeć	Chłopcy		Dziewczęta		t	p
	M	SD	M	SD		
PTSD I	37,55	18,56	38,24	19,38	-0,28	0,78
Intruzja	11,89	6,75	12,71	6,79	-0,94	0,35
Unikanie	11,34	5,55	11,26	6,00	0,11	0,91
Pobudzenie	14,32	7,52	14,28	7,59	0,78	0,97
PTG I	41,70	20,04	47,60	19,47	-2,32	0,02
Percepcja siebie	14,18	7,28	15,86	7,02	-1,83	0,07
Docenianie życia	15,43	7,06	17,73	6,99	-2,55	0,01
Relacje z innymi	12,08	6,57	14,01	6,46	-2,30	0,02

t – współczynnik T-Studenta, p – poziom istotności, M – średnia, SD – odchylenie standardowe

Płeć nie różnicuje objawów PTSD ($t(240)=-0,93$, $p>0,05$). Dziewczęta uzyskały co prawda nieco wyższe wyniki niż chłopcy ($M=38,24$, $SD=19,38$; $M=37,55$, $SD=18,56$), ale różnice te nie są istotne statystycznie. Natomiast płeć różnicuje – choć słabo – nasilenie potraumatycznego wzrostu ($t(240)=-2,33$, $p<0,05$). Wyższy jego poziom wykazują dziewczęta w porównaniu z chłopcami (odpowiednio: $M=47,60$, $SD=19,47$ i $M=41,70$, $SD=20,04$). (Tabela 3).

Sprawdzono również czy płeć wiąże się z PTSD i PTG z drugiego etapu badań. Rezultaty wskazały na brak zależności między zmiennymi, a wyniki umieszczono w Tabeli 1.2 w załączniku.

Tabela 4. Nasilenie objawów PTSD i PTG w I etapie w zależności od rodzaju zdarzenia traumatycznego (n=242)

Rodzaj zdarzenia	Śmierć bliskiej osoby		Choroba nowotworowa		Przemoc		Wypadek drogowy		F	p
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD		
PTSD	45,63	16,38	23,70	16,82	35,70	17,28	46,84	15,82	25,41	<0,001
Intruzja	15,54	6,01	7,31	5,69	11,30	5,97	15,18	5,98	25,79	<0,001
Unikanie	12,71	5,16	7,10	5,18	10,93	5,55	14,51	4,46	23,44	<0,001
Pobudzenie	17,37	6,58	9,30	6,98	13,48	7,12	17,15	6,59	18,77	<0,001
PTG	44,15	21,45	44,00	17,54	46,59	18,65	44,03	22,16	0,24	0,87
Percepcja siebie	14,86	7,67	14,67	6,09	15,92	6,70	14,69	8,20	0,42	0,74
Docenianie życia	17,03	7,53	15,48	6,26	16,75	6,63	17,15	7,94	0,71	0,55
Relacje z innymi	12,25	7,08	13,85	6,00	13,92	6,56	12,20	6,58	1,29	0,28

F – test F jednoczynnikowej analizy wariancji ANOVA, M – średnia, SD – odchylenie standardowe, p – poziom istotności

Rodzaj zdarzenia (Tabela 4) w sposób znaczący różnicuje nasilenie negatywnych objawów ekspozycji na traumę ($F=25,41$, $p<0,001$). Młodzież, która doświadczyła traumy w wyniku wypadku i śmierci kogoś bliskiego uzyskała istotnie wyższe wyniki w nasileniu PTSD (odpowiednio: $M=46,84$, $SD=15,82$ i $M=45,63$, $SD=16,38$) niż młodzież po doświadczeniach przemocy ($M=35,70$, $SD=17,28$) i zmagająca się z chorobą nowotworową, z którą wiązało się najniższe nasilenie tych objawów ($M=23,70$, $SD=16,83$). Rodzaj zdarzenia nie różnicuje natomiast nasilenia PTG ($F=0,24$ $p>0,05$).

Rodzaj zdarzenia nie różnicuje PTSD i PTG w drugim etapie badań. Wyniki umieszczono w Tabeli 1.3 w załączniku.

Tabela 5. Nasilenie objawów PTSD i PTG w I etapie w zależności od czasu, jaki upłynął od zdarzenia traumatycznego (n=242)

Czas od zdarzenia	Do roku		1-2 lata		2-3 lata		Powyżej 3 lat		F	p
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD		
PTSD I	36,76	19,39	43,59	17,97	33,60	18,67	27,74	15,49	6,90	<0,001
Intruzja	11,54	6,83	14,22	6,63	11,30	6,70	9,07	5,41	5,63	<0,001
Unikanie	11,14	5,87	12,95	5,50	9,83	5,77	8,30	4,68	6,57	<0,001
Pobudzenie	14,07	7,92	16,42	6,99	12,47	7,32	10,37	6,65	6,37	<0,001
PTG I	38,09	17,50	47,76	20,17	51,57	20,01	38,78	19,24	6,40	<0,001
Percepcja siebie	12,59	6,52	16,05	7,14	17,81	7,08	12,89	6,91	6,99	<0,001
Docenianie życia	14,49	6,15	17,99	7,11	18,19	7,66	14,26	6,77	5,35	0,001
Relacje z innymi	11,01	5,86	13,71	6,74	15,57	6,33	11,63	6,53	5,61	<0,001

F – test F jednoczynnikowej analizy wariancji ANOVA, M – średnia, SD – odchylenie standardowe, p – poziom istotności

Czas od zdarzenia (Tabela 5) różnicuje zarówno nasilenie negatywnych ($F=6,90$, $p<0,001$), jak i pozytywnych skutków doświadczonych zdarzeń ($F=6,39$, $p<0,001$). Najwyższe nasilenie objawów PTSD występuje u młodzieży, która doznała zdarzenia traumatycznego w okresie 1-2 lat od przeprowadzonego badania ($M=43,59$, $SD=17,97$), najniższe zaś zanotowano u nastolatków, u których tego typu zdarzenie miało miejsce w okresie powyżej 3 lat od badania ($M=27,74$, $SD=15,49$). Z kolei nasilenie objawów PTSD w odniesieniu do zdarzeń doświadczonych w okresie do 1 roku, jak i 2-3 lat od przeprowadzonego badania nie różniło się w sposób istotny statystycznie ($M=36,75$, $SD=19,39$ i $M=33,59$, $SD=18,67$). Wyższy poziom pozytywnych zmian potraumatycznych zgłosiła młodzież, która doświadczyła zdarzenia traumatycznego w okresie 2-3 lat od przeprowadzonego badania ($M=51,57$, $SD=20,01$), następnie 1-2 lat ($M=47,75$, $SD=20,16$). Natomiast niższe nasilenie PTG wystąpiło u nastolatków, u których zdarzenie traumatyczne miało miejsce w okresie do 1 roku ($M=38,08$, $SD=17,49$) i powyżej 3 lat od przeprowadzonego badania ($M=38,77$, $SD=19,24$).

Czas od zdarzenia nie różnicuje PTSD i PTG w drugim etapie badań. Wyniki umieszczono w Tabeli 1.4 w załączniku.

Tabela 6. Nasilenie objawów PTSD i PTG w I etapie w zależności od rodzaju udzielonej pomocy (n=242)

Rodzaj pomocy	Wsparcie psychologiczne		Terapia psychologiczna		t	p
	M	SD	M	SD		
PTSD I	35,86	20,24	40,17	17,20	-1,77	0,08
Intruzja	11,66	7,18	13,02	6,23	-1,56	0,12
Unikanie	10,53	6,03	12,16	5,37	-2,21	0,03
Pobudzenie	13,67	7,93	14,99	7,06	-1,37	0,17
PTG I	44,85	20,16	44,53	19,77	0,12	0,90
Percepcja siebie	15,09	7,10	14,98	7,30	0,11	0,91
Docenianie życia	16,57	7,28	16,63	6,94	-0,07	0,94
Relacje z innymi	13,20	6,72	12,91	6,43	0,34	0,74

t – współczynnik T-Studenta, p – poziom istotności, M – średnia, SD – odchylenie standardowe

Rodzaj udzielonej pomocy nie różnicuje ogólnego poziomu PTSD ($t=-1,77$, $p>0,05$) i PTG ($t=0,12$, $p>0,05$). Wskazuje to, że ci, którzy otrzymali pomoc w postaci wsparcia społecznego nie różnią się w zakresie nasilenia PTSD od tych, którzy byli poddani terapii psychologicznej (odpowiednio: $M=35,86$, $SD=20,24$ i $M=40,17$, $SD=17,20$), podobnie jak nie różnią się w zakresie nasilenia PTG ($M=44,85$, $SD=20,16$ i $M=44,53$, $SD=19,76$).

Również dla drugiego etapu badań rodzaj pomocy nie różnicuje PTSD i PTG. Wyniki umieszczono w Tabeli 1.5 w załączniku.

W następnym kroku sprawdzono czy u badanych nastolatków wystąpiły zmiany w zakresie nasilenia objawów PTSD i PTG po upływie 6 miesięcy od pierwszego badania. W tym przypadku przedstawiono wyniki dotyczące tej części młodzieży, która uczestniczyła w obydwu etapach badania. Dane te przedstawia Tabela 7.

Tabela 7. Nasilenie objawów PTSD i PTG w obydwu etapach (n=112)

Analizowane zmienne	I pomiar		II pomiar		t	p<
	M	SD	M	SD		
PTSD – ogółem	35,76	19,63	14,55	9,02	9,52	0,001
Cz.1. Intruzja	11,35	6,88	5,06	3,58	8,27	0,001
Cz.2. Unikanie	10,45	5,96	4,49	3,30	8,29	0,001
Cz.3. Pobudzenie	13,96	8,04	5,00	3,93	9,77	0,001
Osobowy wzrost- ogółem	40,25	18,16	59,54	16,95	-8,61	0,001
Cz.1. Percepcja siebie	13,41	6,35	19,86	5,90	-8,23	0,001
Cz.2. Docenianie życia	14,81	6,43	20,09	5,77	-6,91	0,001
Cz.3. Relacje z innymi	12,02	6,44	19,60	6,01	-9,24	0,001

Po okresie 6 miesięcy od pierwszego pomiaru nasilenie negatywnych zmian potraumatycznych zmniejszyło się w sposób znaczący, wzrosło natomiast nasilenie zmian pozytywnych. Istotne zmiany wystąpiły także w zakresie wszystkich czynników PTSD i PTG. Warto dodać, że w przypadku II etapu badania wysoki poziom PTSD

prezentowało tylko 8 nastolatków, co stanowi 7,2% badanych, natomiast niski 104 (92,8%) respondentów. Analizując wyniki w poszczególnych kryteriach PTSD uzyskane w II etapie badania, po ich uśrednieniu (biorąc pod uwagę różną liczbę stwierdzeń w każdym z nich) uzyskano wartości równe 1,27, 1,12, 1,00 i stwierdzono, że nasilenie intruzji jest istotnie wyższe ($p < 0,01$) w porównaniu z objawami pobudzenia. Z kolei w odniesieniu do PTG 77 osób (66,1%) ujawniło wysoki, 28 (25,1%) przeciętny i jedynie 10 (8,8%) niski poziom pozytywnych zmian potraumatycznych. Nasilenie poszczególnych czynników wchodzących w zakres PTG nie różni się między sobą w sposób istotny statystycznie.

Dodatkowo, ze względu na fakt, iż mniej niż połowa badanych przystąpiła do II etapu badania mającego na celu ocenę PTSD i PTG, sprawdzono czy ta grupa ($n=112$) różni się od grupy osób, które nie przystąpiły do drugiego etapu ($n=130$), pod względem analizowanych zmiennych psychologicznych, tj. wyników ogólnych prężności, wsparcia społecznego, ruminacji intruzywnych i refleksyjnych, oraz stosowanych strategii zaradczych. I tak, grupa nastolatków uczestniczących w obydwu etapach badania PTSD i PTG ujawniła nieco niższe nasilenie prężności (odpowiednio $M=38,39$, $SD=14,29$ i $M=42,22$, $SD=12,61$, $t=-2,21$, $p < 0,05$), ruminacji intruzywnych ($M=22,67$, $SD=7,37$ i $M=24,07$, $SD=6,51$, $t=-2,27$, $p < 0,05$), ruminacji refleksyjnych ($M=21,17$, $SD=6,86$ i $M=24,06$, $SD=6,12$, $t=-3,50$, $p < 0,01$), wsparcia społecznego ($M=181,72$, $SD=41,88$ i $M=201,42$, $SD=45,72$, $t=-3,47$, $p < 0,01$), a także stosowanych strategii zaradczych: analiza logiczna ($M=8,36$, $SD=4,21$ i $M=9,72$, $SD=4,56$, $t=-2,38$, $p < 0,05$); pozytywne przewartościowanie: ($M=6,68$; $SD=3,46$ i $M=7,85$, $SD=3,92$, $t=-2,43$, $p < 0,05$; podjęcie działania rozwiązującego problem ($M=5,94$; $SD=3,63$ i $M=7,41$, $SD=3,90$, $t=3,01$, $p < 0,05$), unikanie poznawcze ($M=8,60$, $SD=4,60$ i $M=10,40$, $SD=4,65$, $t=-3,01$, $p < 0,05$), akceptacja/rezygnacja ($M=9,36$, $SD=4,80$ i $M=11,00$, $SD=4,74$, $t=-2,65$, $p < 0,05$), poszukiwanie zastępczych wzmocnień ($M=8,21$, $SD=4,78$ i $M=10,05$, $SD=4,29$, $t=-3,15$, $p < 0,05$), wyładowanie emocjonalne ($M=9,56$, $SD=4,22$ i $M=11,17$, $SD=3,87$, $t=-3,09$, $p < 0,02$).

W kolejnym etapie analizy danych sprawdzono powiązania między PTSD i PTG dla obydwu etapów badania. Wyniki przedstawiają Tabela 8 i 9.

Tabela 8. Współczynniki korelacji między PTSD a PTG w I pomiarze (n=242)

	PTG- ogółem	Percepcja siebie	Docenianie życia	Relacje z innymi
PTSD - ogółem	0,01	0,03	0,13*	-0,13*
Intruzja	0,03	0,05	0,14*	-0,11
Unikanie	0,08	0,10	0,18**	-0,05
Pobudzenie	-0,06	-0,05	0,06	-0,20**

*p<0,05; **p<0,01

Z danych zamieszczonych w Tabeli 8 wynika, że objawy PTSD nie wiążą się z ogólnym poziomem osobowego wzrostu. Dają się jednak zauważyć słabe związki między PTSD a poszczególnymi wymiarami osobowego wzrostu. Wskazują one, że im silniejsze objawy PTSD, zwłaszcza w zakresie intruzji i unikania, tym większe zmiany w zakresie doceniania życia. Jednakże im silniejsze objawy pobudzenia, tym słabsze pozytywne zmiany w zakresie relacji z innymi.

Tabela 9. Współczynniki korelacji między PTSD a PTG w II pomiarze (n=112)

	PTG- ogółem	Percepcja siebie	Docenianie życia	Relacje z innymi
PTSD - ogółem	-0,32**	-0,28**	-0,29**	-0,33**
Intruzja	-0,22*	-0,18	-0,20*	-0,25**
Unikanie	-0,22*	-0,19*	-0,19*	-0,24*
Pobudzenie	-0,34**	-0,31**	-0,32**	-0,34**

*p<0,05; **p<0,01

W przypadku II pomiaru związki między negatywnymi a pozytywnymi konsekwencjami ekspozycji na traumę wśród młodzieży są silniejsze. Mają one charakter ujemny, co wskazuje, że im wyższe nasilenie objawów PTSD tym niższy wzrost po traumie.

Następnie ustalono średnie i odchylenia standardowe pozostałych zmiennych, które uwzględniono w badaniu. Przedstawia je Tabela 10.

Tabela 10. Nasilenie zmiennych wyjaśniających (n=242)

Zmienne wyjaśniające	M	SD
Prężność – ogółem	40,45	13,53
Cz.1 Optymistyczne nastawienie i energia	11,47	3,75
Cz.2 Wytrwałość i determinacja w działaniu	11,08	3,98
Cz.3 Poczucie humoru i otwartość na nowe doświadczenia	8,89	3,65
Cz.4 Kompetencje osobiste i tolerancja negatywnego afektu	8,99	3,34
Wsparcie społeczne – ogółem	192,31	44,99
Wsparcie informacyjne	50,68	11,73
Wsparcie instrumentalne	47,14	10,91
Wsparcie wartościujące	42,13	11,25
Wsparcie emocjonalne	52,35	13,82
Rodzice	39,24	7,73
Rodzeństwo	32,52	12,86
Inni krewni	26,02	13,43
Koledzy ze szkoły	22,48	10,17
Koledzy z osiedla	16,78	8,04
Sąsiedzi	17,19	7,09
Nauczyciele	24,81	8,79
Obcy	13,26	3,12
Ruminacje natrętne	23,77	6,98
Ruminacje refleksyjne	22,73	6,54
Analiza logiczna	9,10	4,45
Pozytywne przewartościowanie	7,31	3,76
Poszukiwanie wsparcia	7,69	3,60
Podjęcie działania rozwiązującego problem	6,74	3,85
Unikanie poznawcze	9,57	4,71
Akceptacja/rezygnacja	10,24	4,83
Poszukiwanie zastępczych wzmocnień	9,20	4,61
Wyładowanie emocjonalne	10,43	4,11

M – średnia, SD – odchylenie standardowe

Badana grupa młodzieży charakteryzuje się dosyć niskim poziomem prężności – uzyskany wynik, zgodnie z ustalonymi normami (Ogińska-Bulik i Juczyński, 2011), odpowiada wartości 4 stena. Najwyższe wyniki otrzymano w przypadku czynnika 1. Optymistyczne nastawienie i energia oraz czynnika 2. Wytrwałość i determinacja w działaniu.

Uzyskany wynik wsparcia społecznego można uznać za przeciętny, odpowiada on wartości 5-6 stena, zgodnie z normami ustalonymi przez Kmiecik-Baran (2000). Przeciętne wyniki zaobserwowano również w zakresie poszczególnych rodzajów wsparcia (5-6 sten). Najwyższe wyniki uzyskano w zakresie wsparcia emocjonalnego i informacyjnego, a nieco niższe w przypadku wsparcia instrumentalnego i wartościującego. Istotne różnice obserwuje się w rodzajach źródeł wsparcia. Najwyższe wyniki, ale kwalifikujące się do przeciętnych (5-6 sten) uzyskano w przypadku wsparcia od rodziców i rodzeństwa, najniższe w odniesieniu do wsparcia pozyskiwanego od obcych.

Zgodnie z wytycznymi autorów polskiej adaptacji Inwentarza Ruminacji o Negatywnym Zdarzeniu (Ogińska-Bulik i Juczyński, 2015) poziom ruminacji należy zróżnicować ze względu na płeć oraz typ ruminowania. Zatem poziom ruminacji natrętnych w badanej grupie dziewcząt odpowiada wartości 6 stena i jest to wynik przeciętny ($M=23,61$, $SD=7,22$), natomiast ruminacji refleksyjnych – 7 stena, co wskazuje na wynik wysoki ($M=23,15$, $SD=6,58$). W przypadku chłopców zarówno nasilenie ruminacji natrętnych, jak i refleksyjnych odpowiada wartości 8 stena i jest to wynik wysoki ($M=23,93$, $SD=6,76$ oraz $M=22,29$, $SD=6,50$).

Wśród najczęściej stosowanych przez badaną młodzież strategii radzenia sobie, mierzonych za pomocą Inwentarza Reakcji Zaradczych, można wyróżnić wyładowanie emocjonalne oraz akceptację/rezygnację. Najrzadziej stosowanymi przez badanych nastolatków są strategie pozytywnego przewartościowania oraz podjęcia działania rozwiązującego problem.

3.3. Związki między zmiennymi

Następnie sprawdzono korelacje (r Pearsona) między posiadanymi zasobami osobistymi i społecznymi, ruminacjami i strategiami radzenia sobie a nasileniem PTSD i PTG. Uzyskane współczynniki korelacji dla I etapu badań przedstawiają Tabele 11 i 12, dla II etapu Tabele 13 i 14.

Tabela 11. Współczynniki korelacji między zmiennymi wyjaśniającymi a PTSD w I etapie (n=242)

Zmienne	PTSD - ogółem	Intruzja	Unikanie	Pobudzenie
Prężność – ogółem	-0,05	-0,04	-0,05	-0,12
Cz.1 Optymistyczne nastawienie i energie	-0,02	-0,02	0,08	-0,09
Cz.2 Wytrwałość i determinacja w działaniu	-0,02	0,03	0,09	-0,06
Cz.3 Poczucie humoru i otwartość na nowe doświadczenia	-0,14*	-0,12	-0,05	-0,21**
Cz.4 Kompetencje osobiste i tolerancja negatywnego afektu	-0,05	-0,04	0,03	-0,12
Wsparcie społeczne – ogółem	0,27**	0,28**	0,35**	0,16*
Wsparcie informacyjne	0,36**	0,36**	0,42**	0,26**
Wsparcie instrumentalne	0,26**	0,27**	0,34**	0,15*
Wsparcie wartościujące	0,06	0,08	0,14*	-0,03
Wsparcie emocjonalne	0,31**	0,32**	0,39**	0,20**
Rodzice	0,08	0,05	0,08	0,09
Rodzeństwo	0,29**	0,28**	0,31**	0,25**
Inni krewni	0,25**	0,26**	0,33**	0,14*
Koleczy ze szkoły	0,09	0,11	0,18**	-0,01
Koleczy z osiedla	0,06	0,08	0,11	-0,01
Sąsiedzi	0,17*	0,21**	0,21**	0,07
Nauczyciele	0,21**	0,21**	0,26**	0,14*
Obcy	-0,03	-0,01	0,02	-0,07
Ruminacje natrętne	0,56**	0,58**	0,50**	0,50**
Ruminacje refleksyjne	0,48**	0,47**	0,43**	0,44**
Analiza logiczna	0,38**	0,37**	0,42**	0,29**
Pozytywne przewartościowanie	0,01	-0,02	0,14*	-0,05
Poszukiwanie wsparcia	0,10	0,08	0,17*	0,05
Podjęcie działania rozwiązującego problem	0,01	-0,02	0,11	-0,05
Unikanie poznawcze	0,30**	0,28**	0,37**	0,21**
Akceptacja/rezygnacja	0,36**	0,35**	0,39**	0,30**
Poszukiwanie zastępczych wzmocnień	0,28**	0,26**	0,31**	0,22**
Wylądowanie emocjonalne	0,42**	0,41**	0,41**	0,38**

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Wyniki analiz wskazują, że objawy PTSD (wynik ogólny i poszczególne kryteria) korelują dodatnio z ruminacjami natrętnymi i celowymi oraz wsparciem (ogółem i 3 rodzajami: informacyjnym, instrumentalnym i emocjonalnym), a spośród strategii

zaradczych z analizą logiczną, unikaniem poznawczym, akceptacją/rezygnacją, poszukiwaniem zastępczych wzmocnień oraz wyładowaniem emocjonalnym.

Tabela 12. Współczynniki korelacji między zmiennymi wyjaśniającymi a PTG w I etapie (n=242)

Zmienne	PTG - ogółem	Percepcja siebie	Docenianie życia	Relacje z innymi
Prężność – ogółem	0,72**	0,70**	0,67**	0,69**
Cz.1 Optymistyczne nastawienie i energie	0,65**	0,63**	0,62**	0,60**
Cz.2 Wytrwałość i determinacja w działaniu	0,66**	0,65**	0,63**	0,62**
Cz.3 Poczucie humoru i otwartość na nowe doświadczenia	0,64**	0,62**	0,57**	0,65**
Cz.4 Kompetencje osobiste i tolerancja negatywnego afektu	0,69**	0,67**	0,64**	0,66**
Wsparcie społeczne – ogółem	0,45**	0,42**	0,46**	0,42**
Wsparcie informacyjne	0,35**	0,31**	0,38**	0,31**
Wsparcie instrumentalne	0,47**	0,44**	0,47**	0,43**
Wsparcie wartościujące	0,55**	0,52**	0,53**	0,53**
Wsparcie emocjonalne	0,36**	0,33**	0,39**	0,32**
Rodzice	0,02	0,02	0,03	0,01
Rodzeństwo	0,14*	0,12	0,19**	0,08
Inni krewni	0,50**	0,46**	0,53**	0,45**
Koledzy ze szkoły	0,48**	0,44**	0,47**	0,46**
Koledzy z osiedla	0,19**	0,019**	0,16*	0,20**
Sąsiedzi	0,31**	0,28**	0,31**	0,30**
Nauczyciele	0,33**	0,31**	0,32**	0,31**
Obcy	0,11	0,11	0,04	0,16*
Ruminacje natrętne	0,07	0,08	0,13*	-0,04
Ruminacje refleksyjne	0,22**	0,23**	0,28**	0,11
Analiza logiczna	0,55**	0,53**	0,59**	0,46**
Pozytywne przewartościowanie	0,54**	0,51**	0,51**	0,51**
Poszukiwanie wsparcia	0,37**	0,37**	0,33**	0,36**
Podjęcie działania rozwiązującego problem	0,50**	0,50**	0,48**	0,44**
Unikanie poznawcze	0,48**	0,47**	0,50**	0,40**
Akceptacja/rezygnacja	0,48**	0,48**	0,49**	0,41**
Poszukiwanie zastępczych wzmocnień	0,46**	0,45**	0,47**	0,40**
Wyładowanie emocjonalne	0,34**	0,34**	0,36**	0,26**

*p<0,05; **p<0,01

Osobowy wzrost dodatnio koreluje z prawie wszystkimi analizowanymi zmiennymi (poza wsparciem społecznym od rodziców i obcych oraz ruminacjami intruzywnymi). Wysokie wartości współczynników korelacji dotyczą prężności, umiarkowane strategii zaradczych i niektórych źródeł wsparcia społecznego, natomiast niskie ruminacji refleksyjnych.

Tabela 13. Współczynniki korelacji między zmiennymi wyjaśniającymi a PTSD w II etapie (n=112)

Zmienne	PTSD - ogółem	Intruzja	Unikanie	Pobudzenie
Prężność – ogółem	-0,10	-0,08	-0,10	-0,07
Cz.1 Optymistyczne nastawienie i energie	-0,11	-0,12	-0,10	-0,07
Cz.2 Wytrwałość i determinacja w działaniu	-0,11	-0,08	-0,10	-0,10
Cz.3 Poczucie humoru i otwartość na nowe doświadczenia	-0,03	-0,05	-0,06	0,03
Cz.4 Kompetencje osobiste i tolerancja negatywnego afektu	-0,10	-0,06	-0,10	-0,10
Wsparcie społeczne – ogółem	-0,08	-0,12	-0,04	-0,05
Wsparcie informacyjne	-0,13	-0,13	-0,10	-0,09
Wsparcie instrumentalne	-0,04	-0,08	-0,01	-0,01
Wsparcie wartościujące	-0,01	-0,06	0,05	-0,01
Wsparcie emocjonalne	-0,12	-0,16	-0,06	-0,08
Rodzice	-0,06	-0,14	0,02	-0,03
Rodzeństwo	-0,10	-0,07	-0,10	-0,08
Inni krewni	-0,10	-0,10	-0,14	-0,02
Koledzy ze szkoły	-0,01	-0,11	0,04	0,04
Koledzy z osiedla	0,06	0,08	0,08	0,01
Sąsiedzi	-0,01	-0,02	0,03	-0,02
Nauczyciele	-0,06	-0,10	0,05	-0,09
Obcy	-0,02	-0,02	-0,01	-0,02
Ruminacje natrętne	-0,15	-0,06	-0,09	-0,22*
Ruminacje refleksyjne	-0,25**	-0,14	-0,24**	-0,25**
Analiza logiczna	-0,15	-0,05	-0,17	-0,15
Pozytywne przewartościowanie	-0,03	-0,01	-0,08	0,01
Poszukiwanie wsparcia	0,06	0,05	-0,02	0,06
Podjęcie działania rozwiązującego problem	-0,05	-0,01	-0,03	-0,09
Unikanie poznawcze	0,01	0,04	-0,03	-0,01
Akceptacja/rezygnacja	-0,09	-0,01	-0,17	-0,06
Poszukiwanie zastępczych wzmocnień	-0,19*	-0,12	-0,31**	-0,07
Wyładowanie emocjonalne	-0,21*	-0,13	-0,26**	-0,13

*p<0,05; **p<0,01

PTSD z II etapu badań słabo koreluje z analizowanymi zmiennymi psychologicznymi. Niskie wartości współczynników korelacji o znaku ujemnym dotyczą wsparcia społecznego (wsparcie ogółem, wsparcie informacyjne i wartościujące, wsparcie od rodzeństwa), niektórymi strategiami radzenia sobie (analiza logiczna, poszukiwanie zastępczych wzmocnień, wyładowanie emocjonalne). Wyniki wskazują, że im większe wsparcie społeczne i częstsze stosowanie wymienionych strategii zaradczych tym mniejsze nasilenie objawów PTSD. Należy zwrócić uwagę, że w porównaniu z I pomiarem wartości współczynników korelacji są ogólnie niższe, a niektóre zmienne, w tym obydwa rodzaje ruminalacji w ogóle nie korelują z nasileniem PTSD mierzonym po okresie 6 miesięcy w stosunku do I pomiaru.

Tabela 14. Współczynniki korelacji między zmiennymi wyjaśniającymi a PTG w II etapie (n=112)

Zmienne	PTG - ogółem	Percepcja siebie	Docenianie życia	Relacje z innymi
Prężność – ogółem	0,04	0,07	0,03	0,01
Cz.1 Optymistyczne nastawienie i energie	0,05	0,07	0,04	0,05
Cz.2 Wytrwałość i determinacja w działaniu	0,04	0,08	0,02	0,01
Cz.3 Poczucie humoru i otwartość na nowe doświadczenia	0,04	0,06	0,04	0,02
Cz.4 Kompetencje osobiste i tolerancja negatywnego afektu	0,02	0,06	0,02	-0,02
Wsparcie społeczne – ogółem	0,15*	0,14*	0,09	0,20**
Wsparcie informacyjne	0,16*	0,15*	0,11	0,18**
Wsparcie instrumentalne	0,04	0,06	-0,00	0,07
Wsparcie wartościujące	0,09	0,10	0,06	0,09
Wsparcie emocjonalne	0,01	0,02	-0,04	0,04
Rodzice	0,05	0,05	0,00	0,08
Rodzeństwo	0,01	0,04	-0,04	0,03
Inni krewni	-0,04	-0,02	-0,04	-0,04
Koledzy ze szkoły	0,06	0,02	0,05	0,09
Koledzy z osiedla	0,10	0,11	0,03	0,13*
Sąsiedzi	-0,01	0,00	-0,05	0,01
Nauczyciele	-0,04	-0,05	-0,07	-0,01
Obcy	0,00	0,02	-0,04	0,03
Ruminacje natrętne	0,09	0,16	0,09	0,02
Ruminacje refleksyjne	-0,08	-0,07	-0,14	-0,03
Analiza logiczna	0,17**	0,15*	0,13*	0,22**
Pozytywne przewartościowanie	0,08	0,06	0,05	0,12
Poszukiwanie wsparcia	0,03	0,05	-0,01	0,05
Podjęcie działania rozwiązującego problem	0,07	0,04	0,06	0,09
Unikanie poznawcze	0,06	0,06	0,03	0,10
Akceptacja/rezygnacja	0,17**	0,19**	0,13	0,18**
Poszukiwanie zastępczych wzmocnień	0,13	0,11	0,11	0,16**
Wyładowanie emocjonalne	0,28***	0,24***	0,24***	0,33***

*p<0,05; **p<0,01; *** p<0,001

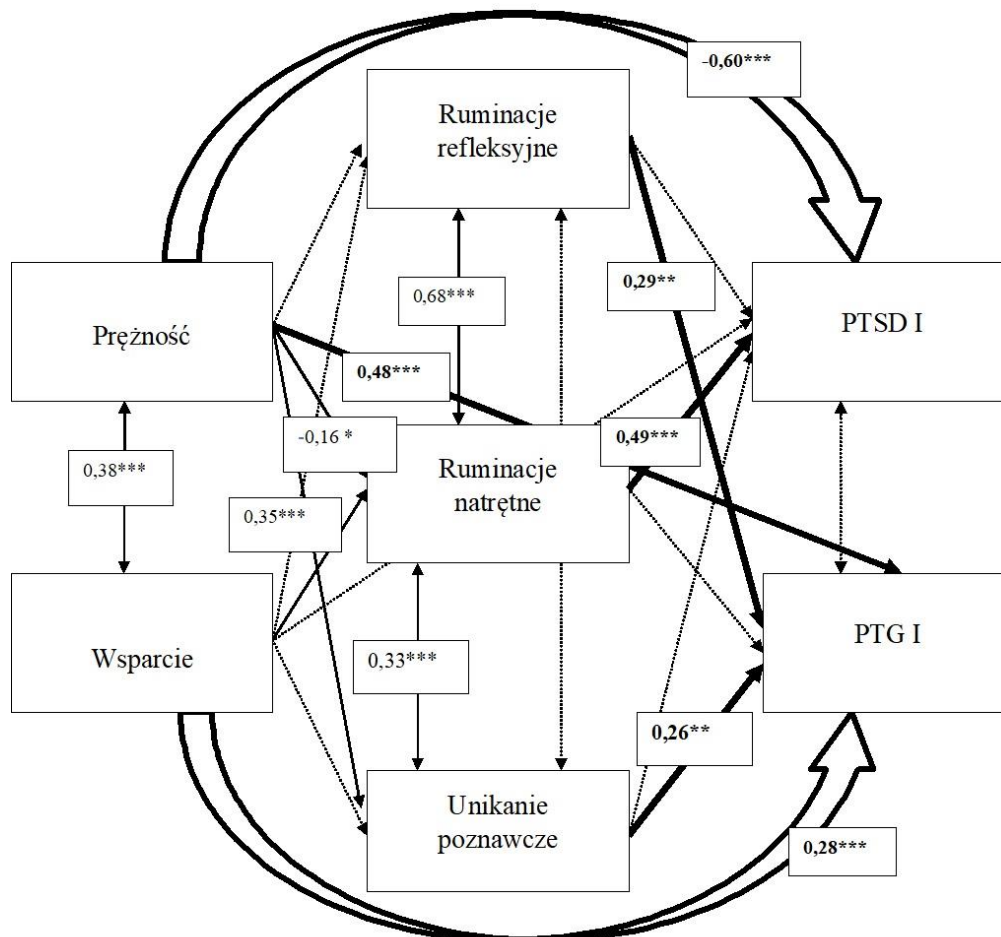
Osobowy wzrost mierzony w II etapie koreluje słabo lub wcale z uwzględnionymi zmiennymi, a wartości uzyskanych współczynników korelacji są niskie. Zanotowano jedynie dodatnie związki PTG z wsparciem społecznym (ogółem i informacyjnym) i trzema strategiami zaradczymi (analiza logiczna, akceptacja/rezygnacja, wyładowanie emocjonalne). Ogólnie, wartości uzyskanych współczynników korelacji są znacząco niższe niż w I pomiarze. Niektóre zmienne, jak np. prężność, ruminacje refleksyjne, pewne źródła wsparcia czy część strategii zaradczych, które w sposób znaczący korelowały z PTG w I etapie w drugim etapie nie wiązały się z nasileniem pozytywnych zmian potraumatycznych.

Modelowanie strukturalne

Ponadto ustalono bezpośrednie i pośrednie powiązania między zmiennymi wyjaśniającymi a PTSD i PTG, uwzględniając zarówno I, jak i II pomiar. W tym celu posłużono się modelowaniem strukturalnym (analizą ścieżek). Modelowanie równań strukturalnych umożliwia szacowanie zależności przyczynowo skutkowych oraz korelacyjnych. Do zmiennych egzogenicznych zakwalifikowano zespół stresu pourazowego i potraumatyczny wzrost, natomiast wśród zmiennych endogenicznych znalazły się: prężność, wsparcie społeczne, dwa rodzaje ruminacji oraz strategie radzenia sobie. Dla przedstawionych równań strukturalnych zostały obliczone wskaźniki dopasowania – wszystkie dane zamieszczono pod kolejnymi rycinami. Przyjmuje się, że wartość RMSEA na poziomie poniżej 0,05 oznacza bardzo dobre dopasowanie modelu, zaś poniżej 0,10 oznacza dobre dopasowanie modelu. Każdy z zaprezentowanych modeli spełnia kryteria dobroci dopasowania do danych empirycznych. Strzałki na wykresach oznaczają zakładane relacje przyczynowe i zwane są ścieżkami. Wektor strzałki odzwierciedla kierunek tych relacji. Podane obok strzałki wartości, to wielkość współczynnika efektu przyczynowego, tzw. współczynnika ścieżki (*path coefficient*). Przerywaną linią oznaczono testowane relacje przyczynowe, które okazały się nieistotne statystycznie (Cwalina, 2000).

Modelowanie strukturalne zostało przeprowadzone trzykrotnie – za pierwszym razem dla I pomiaru, za drugim dla II pomiaru, a za trzecim uwzględniając jednocześnie obydwa pomiary zmiennych wyjaśnianych. W pierwszym toku analiz modelowania strukturalnego wprowadzano wyniki ogólne z pierwszego pomiaru PTSD i PTG, wynik ogólny wsparcia, prężności oraz dwa rodzaje ruminacji oraz kolejno 8 strategii radzenia sobie. Uzyskano trzy modele o najlepszych wskaźnikach dopasowania, które prezentują Ryciny 7-9.

Rycina 7. Model 1 bezpośrednich i pośrednich zależności między zmiennymi w pierwszym pomiarze PTSD i PTG.



RMSEA: 0,000; CFI: 1,000; RFI: 0,992; Chi kwadrat: 0,24; $p = 0,627$

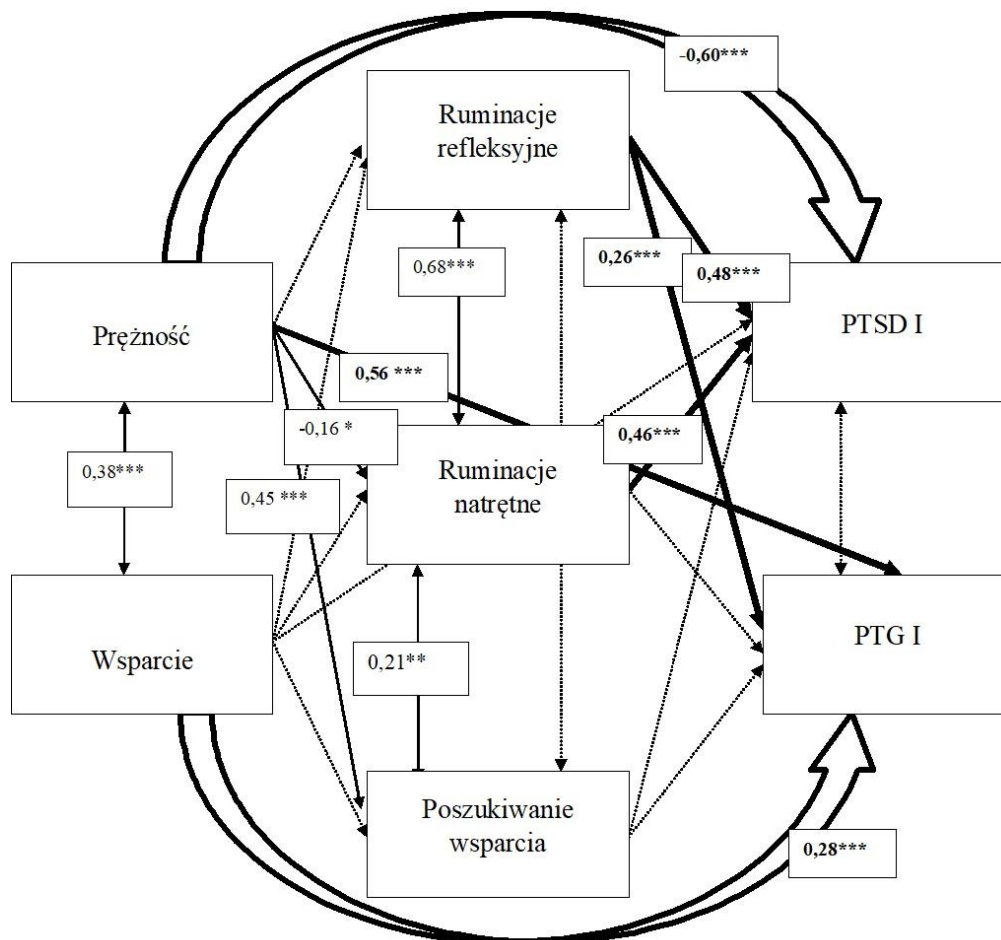
RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation) – wskaźnik dopasowania.

CFI (Confirmatory Fit Index) - porównawczy wskaźnik dopasowania

RFI (Relative Fit Index) – względny wskaźnik dopasowania

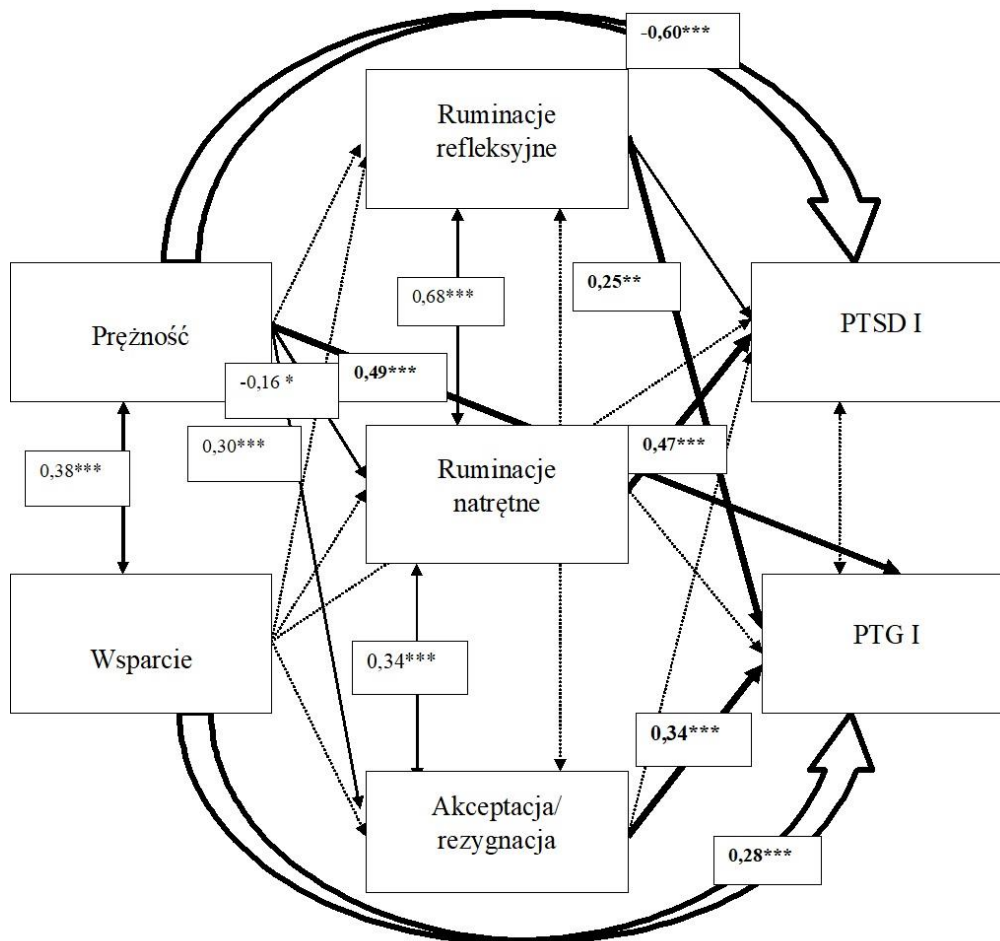
p – wskaźnik prawdopodobieństwa; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Rycina 8. Model 2 bezpośrednich i pośrednich zależności między zmiennymi w pierwszym pomiarze PTSD i PTG



RMSEA: 0,04; CFI: 0,999; RFI: 0,95; Chi kwadrat: 1,43; $p = 0,23$, * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Rycina 9. Model 3 bezpośrednich i pośrednich zależności między zmiennymi w pierwszym pomiarze PTSD i PTG.



RMSEA: 0,06; CFI: 0,999; RFI: 0,94; Chi kwadrat: 1,94; $p = 0,163$, * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Wyniki analiz wskazują, że dla pierwszego pomiaru najlepsze wskaźniki dopasowania uzyskano dla strategii unikanie poznawcze, następnie dla poszukiwania wsparcia, a na końcu - akceptacji/rezygnacji. We wszystkich trzech modelach dla pierwszego pomiaru można zaobserwować, że prężność jest istotnie dodatnio powiązana z potraumatycznym wzrostem, a ujemnie z zespołem stresu pourazowego. Oznacza to, że prężność może sprzyjać pozytywnym zmianom po traumie i jednocześnie hamować PTSD, ale tylko w I etapie badania.

Ruminatione refleksyjne są dodatnio powiązane z potraumatycznym wzrostem, a w przypadku stosowania strategii zaradczej w postaci poszukiwania wsparcia – również z PTSD. Oznacza to, ruminatione refleksyjne mogą sprzyjać PTG. Istotne znaczenie ma

jednak rodzaj strategii, który jest stosowany przez młodzież, ponieważ wyniki wskazują, że wykorzystanie poszukiwania wsparcia może również sprzyjać objawom PTSD.

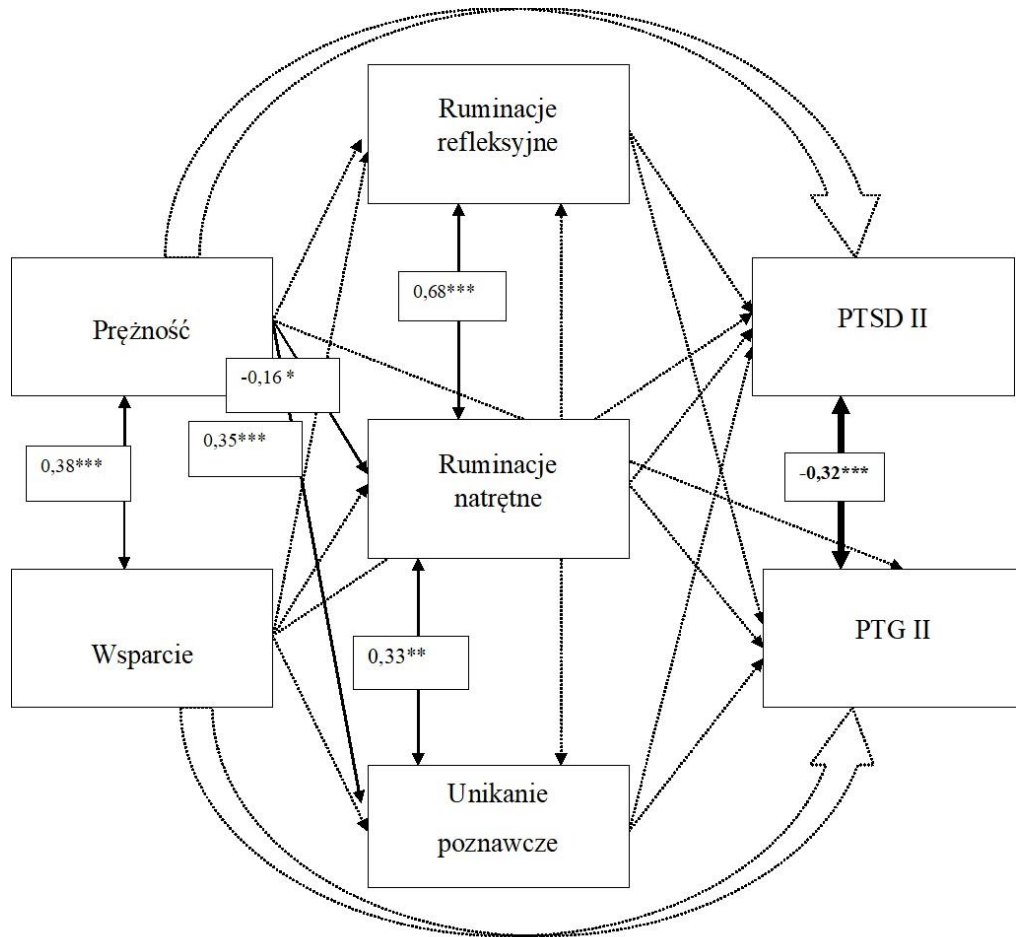
Ruminacje natrętne są dodatnio powiązane jedynie z PTSD. Natomiast nie mają istotnego znaczenia dla PTG. Na podstawie wyników analiz można wnioskować, że ruminacje natrętne, które pojawiają się jako pierwsze po doświadczeniu zdarzenia traumatycznego bardziej sprzyjają negatywnym konsekwencjom doświadczonej traumy. Natomiast ruminacje refleksyjne, pojawiające się nieco później – jej pozytywnym następstwom.

Ostatnim istotnym bezpośrednim związkiem zaobserwowanym w toku analiz jest wsparcie społeczne dodatnio powiązane jedynie z PTG. Zatem pozytywne następstwa traumy są również zdeterminowane przez spostrzeganą i otrzymywaną pomoc od osób najbliższych.

Modelowanie strukturalne dla I etapu badań pozwala również na zaobserwowanie związków pośrednich. I tak prężność jest pośrednio dodatnio związana z potraumatycznym wzrostem poprzez stosowanie dwóch strategii zaradczych: akceptacji/rezygnacji oraz unikania poznawczego. Prężna młodzież, która w wyniku doświadczenia traumy wykorzystuje te sposoby radzenia sobie, częściej relacjonuje pozytywne zmiany potraumatyczne. Natomiast prężność, która jest ujemnie powiązana z ruminacjami natrętymi zdaje się hamować objawy zespołu stresu pourazowego.

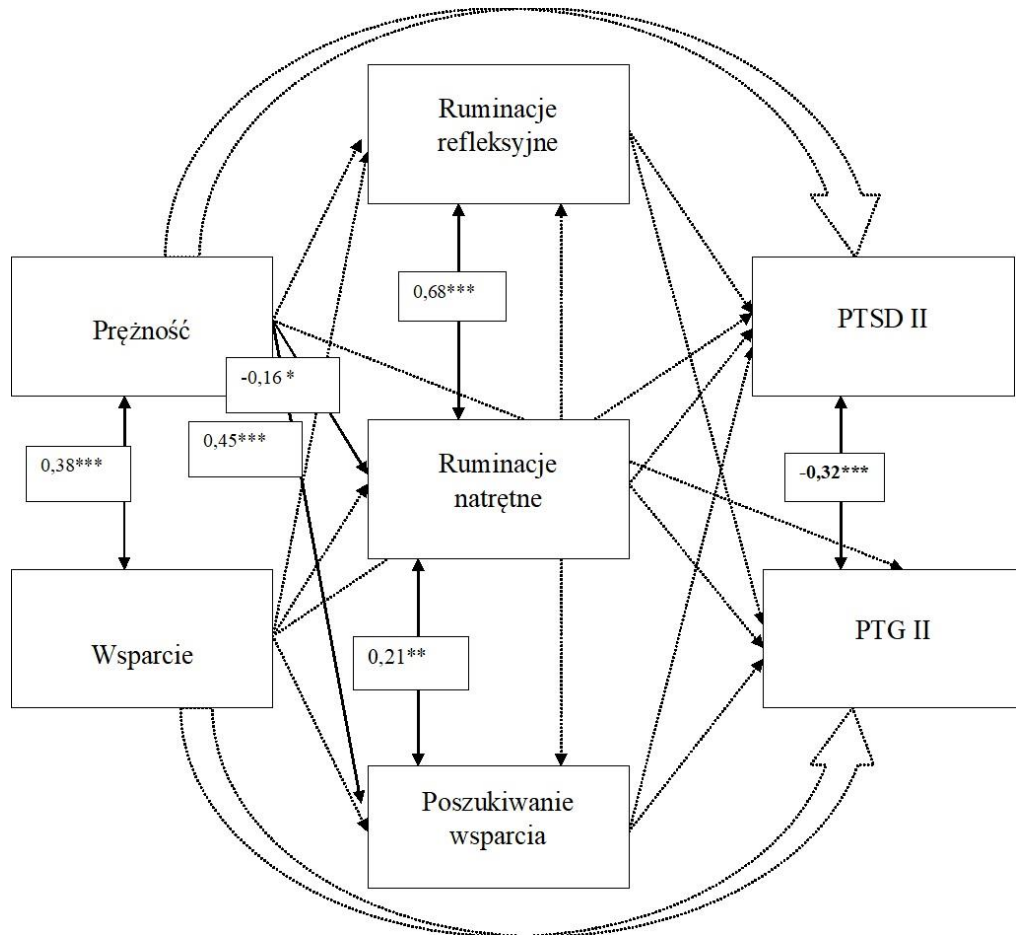
W drugim toku analiz modelowania strukturalnego wprowadzano wyniki ogólne z drugiego pomiaru PTSD i PTG, wynik ogólny wsparcia, prężności, dwa rodzaje ruminacji oraz kolejno 8 strategii radzenia sobie. Uzyskano trzy modele o najlepszych wskaźnikach dopasowania, które prezentują Ryciny 10-12.

Rycina 10. Model 1 bezpośrednich i pośrednich zależności między zmiennymi w drugim pomiarze PTSD i PTG



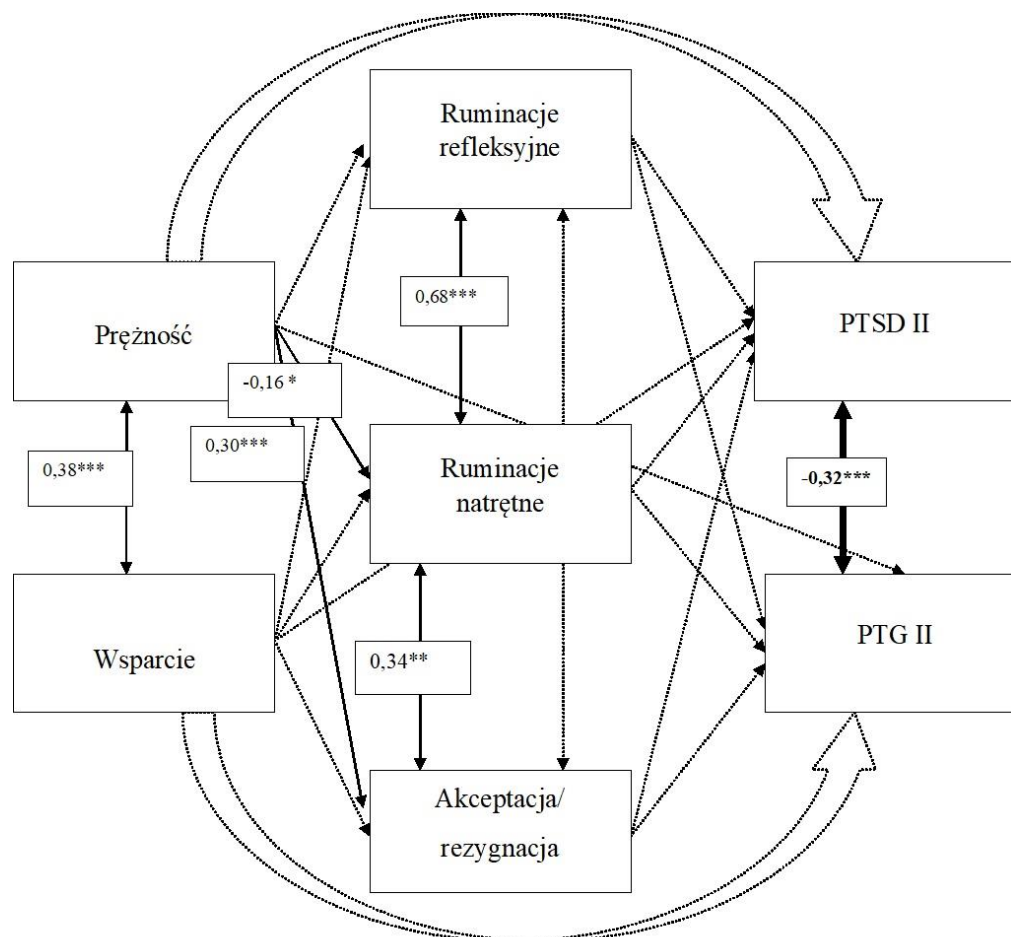
RMSEA: 0,000; CFI: 1,000; RFI: 0,98; Chi kwadrat: 0,25; $p = 0,615$, $^*p < 0,05$; $^{**}p < 0,01$; $^{***}p < 0,001$

Rycina 11. Model bezpośrednich i pośrednich zależności między zmiennymi w drugim pomiarze PTSD i PTG.



RMSEA: 0,042; CFI: 0,999; RFI: 0,875; Chi kwadrat: 1,43; $p = 0,233$, $*p < 0,05$; $**p < 0,01$; $***p < 0,001$

Rycina 12. Model bezpośrednich i pośrednich zależności między zmiennymi w drugim pomiarze PTSD i PTG z uwzględnieniem akceptacji/rezygnacji.



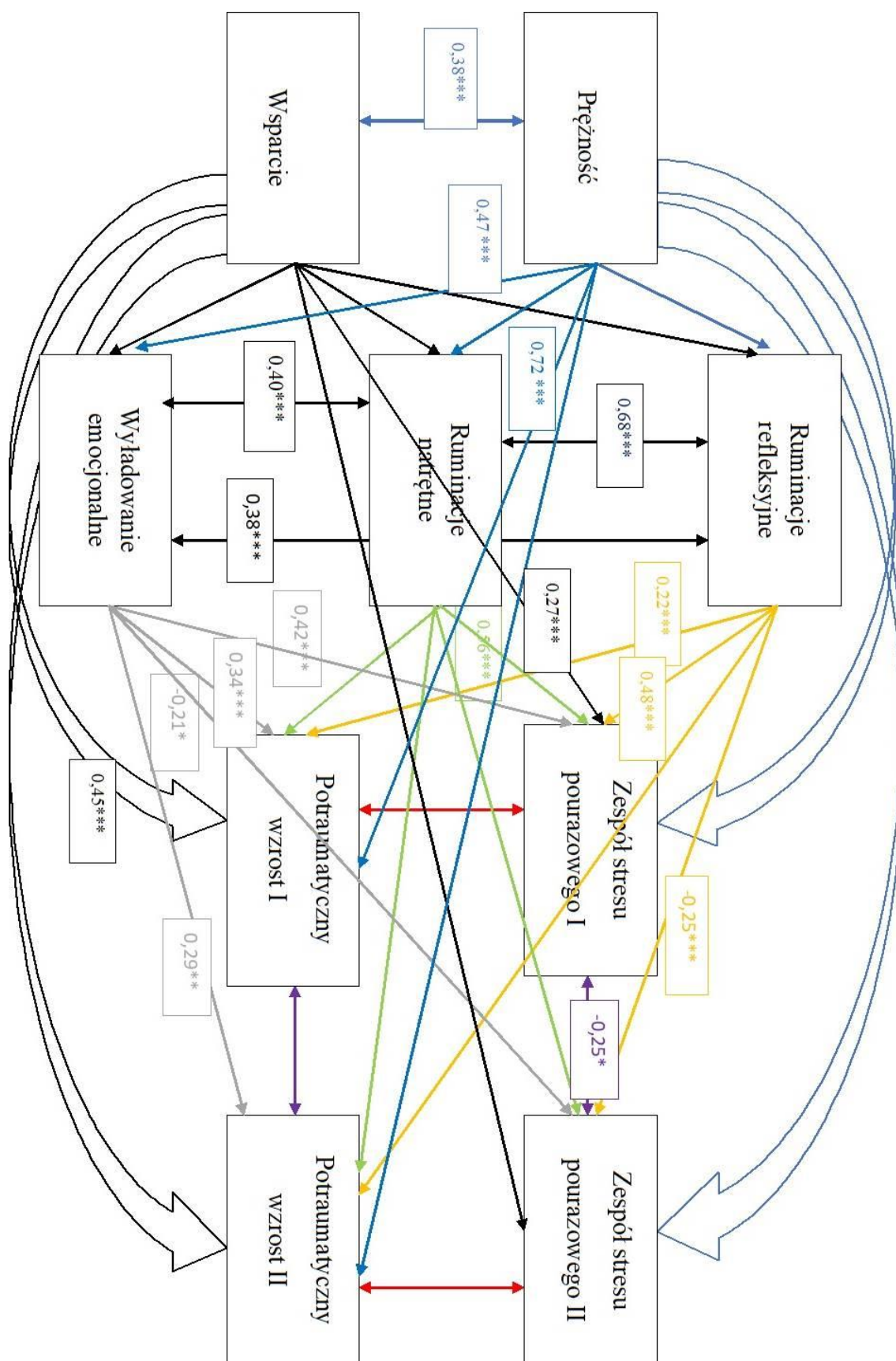
RMSEA: 0,06; CFI: 0,997; RFI: 0,85; Chi kwadrat: 1,94; $p = 0,163$, * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Wyniki analiz wskazują, że dla drugiego pomiaru najlepsze wskaźniki dopasowania, podobnie jak w przypadku pierwszego pomiaru, uzyskano dla strategii unikanie poznawcze, następnie dla poszukiwania wsparcia, a na końcu - akceptacji/rezygnacji. Dla drugiego etapu badań zaobserwowano zdecydowanie mniej zależności. Istotny ujemny związek dotyczy jedynie PTSD i PTG, co oznacza, że im niższe objawy zespołu stresu pourazowego prezentuje młodzież, tym wyższe jest nasilenie pozytywnych zmian po traumie. Natomiast nie zauważono związków pośrednich.

W toku ostatnich analiz modelowania strukturalnego wprowadzano kolejno 8 strategii radzenia sobie, natomiast w przypadku pozostałych zmiennych – wyniki ogólne z

pierwszego i drugiego pomiaru PTSD i PTG, wynik ogólny wsparcia, prężności oraz dwa rodzaje ruminacji. Uzyskano dwa modele, których wskaźniki dopasowania są najlepsze – dla wyładowania emocjonalnego oraz dla poszukiwania wsparcia jako strategii radzenia sobie. Uzyskane zależności prezentują Ryciny 13 i 14.

Rycina 13. Model 1 bezpośrednich i pośrednich zależności między zmiennymi w pierwszym i drugim pomiarze PTSD i PTG



The diagram illustrates the relationships between various variables, with path coefficients indicating the strength and direction of the effects. The variables are arranged in a circular layout, and the paths are color-coded: blue for direct effects, yellow for indirect effects, and green for total effects. The variables are: Wsparcie, Prężność, Ruminyce refleksyjne, Ruminyce natrętne, Poszukiwanie wsparcia, Zespół stresu pourazowego I, Zespół stresu pourazowego II, Potraumatyczny wzrost I, and Potraumatyczny wzrost II. The path coefficients are: 0.38*** (Wsparcie to Prężność), 0.47*** (Prężność to Ruminyce natrętne), 0.72*** (Prężność to Ruminyce refleksyjne), 0.68*** (Ruminyce refleksyjne to Zespół stresu pourazowego I), 0.22*** (Ruminyce refleksyjne to Zespół stresu pourazowego II), 0.48*** (Ruminyce natrętne to Zespół stresu pourazowego I), -0.25*** (Ruminyce natrętne to Zespół stresu pourazowego II), -0.25* (Zespół stresu pourazowego I to Zespół stresu pourazowego II), 0.56*** (Ruminyce natrętne to Potraumatyczny wzrost I), 0.27*** (Ruminyce natrętne to Potraumatyczny wzrost II), 0.15* (Poszukiwanie wsparcia to Ruminyce natrętne), 0.37*** (Poszukiwanie wsparcia to Potraumatyczny wzrost I), 0.45*** (Poszukiwanie wsparcia to Potraumatyczny wzrost II).

Biorąc pod uwagę bezpośrednie zależności między zmiennymi z zaprezentowanego modelu wynika, że im wyższe nasilenie objawów PTSD w I etapie tym niższe po 6 miesiącach. Natomiast nasilenie PTG w I etapie nie wpływa istotnie na poziom pozytywnych zmian potraumatycznych po 6 miesiącach. Biorąc pod uwagę analizowane zasoby osobiste i społeczne oraz ruminacje i stosowane strategie zaradcze można stwierdzić, że prężność jest czynnikiem sprzyjającym PTG w I etapie badań, ale już nie w drugim. Ponadto nie wpływa ona na nasilenie PTSD mierzonym zarówno w I, jak i II etapie. Wsparcie społeczne okazało się dodatnio – choć słabo – powiązane z PTSD mierzonym w I badaniu, ale nie wiąże się z nim w II etapie badań. Wsparcie wiąże się także pozytywnie z PTG z I pomiaru, ale brak jest takich powiązań z PTG z drugiego etapu.

Ruminacje intruzywne zdają się sprzyjać rozwojowi PTSD, ale jedynie w I etapie. Nie pełnią one jednak żadnej roli dla występowania PTG, mierzonego zarówno w I, jak i II etapie badań. Nieco inaczej przedstawia się rola ruminacji refleksyjnych. Sprzyjają one występowaniu PTSD w I pomiarze (związek dodatni) i zdają się hamować występowanie tych objawów po 6 miesiącach (związek ujemny). Ponadto sprzyjają one występowaniu PTG, choć tylko w I pomiarze. Poszukiwanie wsparcia, czyli jedyna ze strategii zaradczych, która znalazła się w modelu okazało się czynnikiem sprzyjającym występowaniu PTG, ale tylko mierzonym w I etapie. Natomiast wyładowanie emocjonalne wiąże się dodatnio zarówno z PTSD, jak i PTG w pierwszym pomiarze. Z kolei w drugim pomiarze zaobserwowano ujemny związek z PTSD, a dodatni z PTG. Poszukując pośrednich zależności daje się zauważyć jedynie dodatni wpływ prężności na PTG z I etapu poprzez strategię poszukiwania wsparcia społecznego i wyładowania emocjonalnego.

Podsumowując wyniki analiz modelowania strukturalnego można stwierdzić, że istotnym czynnikiem (bezpośrednim i pośrednim) chroniącym lub redukującym objawy PTSD i sprzyjającym PTG jest prężność.

W następnym kroku poszukiwano predyktorów PTSD i PTG, zarówno w I, jak i II etapie badań. W tym celu wykorzystano regresję hierarchiczną - statystyczną metodę badania związków i testowania hipotez na temat zmiennej wyjaśnianej i kilku zmiennych wyjaśniających. Regresja wymaga, aby zmienna wyjaśniana miała wartości liczbowe, natomiast zmienne wyjaśniające – liczbowe lub kategoryjne. W tej metodzie zmienne wyjaśniające nie są wprowadzane do regresji jednocześnie, ale krokowo (Bedyńska i

Książek, 2012). Wcześniejsze analizy statystyczne wskazują, że również zmienne socjodemograficzne różnicują nasilenie zmiennych wyjaśnianych, zatem wykorzystanie regresji hierarchicznej jest uzasadnione. Sprawdzono również współliniowość zmiennych, która nie przekraczała wartości 2.

W przypadku PTSD (I pomiar) uwzględniono 12 zmiennych wyjaśniających, czyli wszystkie te, które korelowały z wynikiem ogólnym SWZ, tj. ruminalacje natrętne i refleksyjne, strategie radzenia sobie: analiza logiczna, unikanie poznawcze, akceptacja/rezygnacja, poszukiwanie zastępczych wzmocnień, wyładowanie emocjonalne, a także trzy rodzaje wsparcia społecznego (informacyjne, wartościujące i emocjonalne) oraz czas od zdarzenia i rodzaj zdarzenia. Z kolei w przypadku PTG (I pomiar) uwzględniono 17 zmiennych wyjaśniających, tj. prężność, ruminalacje refleksyjne, wszystkie strategie zaradcze, cztery rodzaje wsparcia społecznego (informacyjne, instrumentalne, wartościujące i emocjonalne), a także wiek, rodzaj zdarzenia oraz czas, jaki od niego upłynął. Wyniki zamieszczono w tabeli 15 i 16.

Tabela 15. Predyktory PTSD w I pomiarze (n=242)

Krok	Zmienne w modelu	B	SD	Beta	t	p	Skoryg. R ²
1	Ruminalacje natrętne	1,52	0,15	0,56			0,31
	Ruminalacje natrętne	1,19	0,20	0,44	4,83	0,000	
2	Ruminalacje refleksyjne	0,51	0,21	0,18	2,43	0,016	0,32
	Ruminalacje natrętne	1,04	0,20	0,39	5,27	0,000	
	Ruminalacje refleksyjne	0,48	0,21	0,17	2,33	0,021	
3	Wsparcie informacyjne	0,29	0,09	0,18	3,20	0,002	0,35
	Ruminalacje natrętne	1,05	0,20	0,39	5,39	0,000	
	Ruminalacje refleksyjne	0,48	0,20	0,17	2,36	0,019	
	Wsparcie informacyjne	0,72	0,18	0,44	3,95	0,000	
4	Wsparcie instrumentalne	-0,52	0,19	-0,30	-2,72	0,007	0,37
	Ruminalacje natrętne	0,94	0,19	0,35	4,92	0,000	
	Ruminalacje refleksyjne	0,36	0,20	0,13	1,81	0,071	
	Wsparcie informacyjne	0,76	0,18	0,47	4,31	0,000	
	Wsparcie instrumentalne	-0,72	0,19	-0,41	-3,70	0,000	
5	Wyładowanie emocjonalne	1,087	0,28	0,24	3,95	0,000	0,40
	Ruminalacje natrętne	0,92	0,19	0,34	4,90	0,000	
	Ruminalacje refleksyjne	0,35	0,19	0,12	1,81	0,072	
	Wsparcie informacyjne	0,82	0,17	0,51	4,75	0,000	
	Wsparcie instrumentalne	-0,75	0,19	-0,43	-3,99	0,000	
	Wyładowanie emocjonalne	1,14	0,27	0,25	4,25	0,000	
6	Czas od zdarzenia	-3,61	0,97	-0,18	-3,73	0,000	0,43

B – niestandardyzowany współczynnik regresji, SD – odchylenie standardowe, Beta – standardyzowany współczynnik regresji, t – test T, p – poziom istotności,

Zaprezentowane w Tabeli 15 wyniki analiz wskazują, że najsilniejszym predyktorem PTSD w I pomiarze są ruminalacje natrętne, które wyjaśniają 31% wariacji zmiennej

zależnej ($R^2=0,31$). Jest to zależność dodatnia, co oznacza, że im wyższe nasilenie natrętnego ruminowania o doświadczonym zdarzeniu traumatycznym tym większe prawdopodobieństwo rozwoju PTSD. W drugim kroku znalazły się jeszcze ruminalacje refleksyjne, ale nie zwiększają one w sposób znaczący odsetka wyjaśnianej wariancji zmiennej zależnej. Kolejne dwa kroki pozwoliły na włączenie wsparcia informacyjnego i instrumentalnego, co również nie spowodowało znaczącego przyrostu wartości R-kwadrat. Krok piąty wiązał się z włączenie strategii zaradczej w postaci wyładowania emocjonalnego, a ostatni czasu, jaki upłynął od doświadczonego zdarzenia traumatycznego. Łącznie zmienne, które znalazły się w modelu wyjaśniają nieco ponad 43% wariancji zmiennej zależnej.

Tabela 16. Predyktory PTG w I pomiarze (n=242)

Krok	Zmienne w modelu	B	SD	Beta	t	p	Skoryg. R^2
1	Prężność - ogółem	1,06	0,07	0,72	15,90	0,000	0,51
	Prężność - ogółem	1,03	0,07	0,70	15,65	0,000	
2	Ruminacje refleksyjne	0,39	0,14	0,13	2,86	0,005	0,53
	Prężność - ogółem	0,87	0,07	0,59	12,83	0,000	
	Ruminacje refleksyjne	0,15	0,13	0,05	1,09	0,277	
3	Analiza logiczna	1,28	0,22	0,29	5,92	0,000	0,590
	Prężność - ogółem	0,86	0,07	0,59	12,83	0,000	
	Ruminacje refleksyjne	0,11	0,13	0,04	0,84	0,400	
	Analiza logiczna	0,86	0,28	0,19	3,05	0,003	
4	Akceptacja/rezygnacja	0,57	0,25	0,14	2,30	0,022	0,60
	Prężność - ogółem	0,91	0,07	0,62	12,96	0,000	
	Ruminacje refleksyjne	0,10	0,13	0,03	0,79	0,432	
	Analiza logiczna	0,97	0,28	0,22	3,42	0,001	
	Akceptacja/rezygnacja	0,67	0,25	0,16	2,68	0,008	
5	Poszukiwanie wsparcia	-0,62	0,28	-0,11	-2,20	0,029	0,61
	Prężność - ogółem	0,87	0,07	0,59	12,36	0,000	
	Ruminacje refleksyjne	0,12	0,13	0,04	0,92	0,358	
	Analiza logiczna	0,86	0,28	0,19	3,05	0,003	
	Akceptacja/rezygnacja	0,57	0,25	0,14	2,29	0,023	
	Poszukiwanie wsparcia	-0,97	0,30	-0,18	-3,20	0,002	
6	Podjęcie działania rozwiązującego problem	0,82	0,29	0,16	2,83	0,005	0,62
	Prężność - ogółem	0,81	0,07	0,55	11,04	0,000	
	Ruminacje refleksyjne	0,14	0,13	0,05	1,06	0,290	
	Analiza logiczna	0,74	0,28	0,17	2,63	0,009	
	Akceptacja/rezygnacja	0,43	0,25	0,10	1,72	0,086	
	Poszukiwanie wsparcia	-0,95	0,30	-0,17	-3,18	0,002	
	Podjęcie działania rozwiązującego problem	0,75	0,29	0,15	2,61	0,010	
7	Wsparcie wartościujące	0,25	0,09	0,14	2,74	0,007	0,63
	Prężność - ogółem	0,76	0,07	0,52	10,49	0,000	
	Ruminacje refleksyjne	0,20	0,13	0,07	1,55	0,123	
	Analiza logiczna	0,75	0,28	0,17	2,71	0,007	
	Akceptacja/rezygnacja	0,57	0,25	0,14	2,32	0,021	

	Poszukiwanie wsparcia	-0,91	0,29	-0,16	-3,09	0,002	
	Podjęcie działania rozwiązującego problem	0,66	0,28	0,13	2,34	0,020	
	Wsparcie wartościujące	0,62	0,14	0,35	4,48	0,000	
8	Wsparcie emocjonalne	-0,37	0,11	-0,256	-3,49	0,001	0,65
	Prężność - ogółem	0,77	0,07	0,52	10,59	0,000	
	Ruminacje refleksyjne	0,19	0,13	0,06	1,51	0,133	
	Analiza logiczna	0,89	0,28	0,20	3,15	0,002	
	Akceptacja/rezygnacja	0,45	0,25	0,11	1,80	0,073	
	Poszukiwanie wsparcia	-0,88	0,29	-0,16	-3,01	0,003	
	Podjęcie działania rozwiązującego problem	0,69	0,28	0,13	2,47	0,014	
	Wsparcie wartościujące	0,59	0,14	0,33	4,29	0,000	
	Wsparcie emocjonalne	-0,33	0,11	-0,23	-3,16	0,002	
9	Płeć	4,70	1,54	0,12	3,05	0,003	0,66
	Prężność - ogółem	0,72	0,07	0,49	10,00	0,000	
	Ruminacje refleksyjne	0,21	0,12	0,07	1,66	0,099	
	Analiza logiczna	0,62	0,27	0,14	2,31	0,022	
	Akceptacja/rezygnacja	0,43	0,25	0,10	1,74	0,083	
	Poszukiwanie wsparcia	-0,81	0,29	-0,15	-2,81	0,005	
	Podjęcie działania rozwiązującego problem	0,58	0,28	0,11	2,10	0,037	
	Wsparcie wartościujące	0,65	0,14	0,37	4,83	0,000	
	Wsparcie emocjonalne	-0,37	0,10	-0,25	-3,57	0,000	
	Płeć	5,21	1,54	0,13	3,387	0,001	
10	Wiek	1,74	0,69	0,11	2,54	0,012	0,67
	Prężność - ogółem	0,72	0,07	0,49	10,11	0,000	
	Ruminacje refleksyjne	0,20	0,12	0,06	1,59	0,113	
	Analiza logiczna	0,77	0,28	0,17	2,78	0,006	
	Akceptacja/rezygnacja	0,32	0,25	0,08	1,29	0,200	
	Poszukiwanie wsparcia	-0,79	0,29	-0,14	-2,78	0,006	
	Podjęcie działania rozwiązującego problem	0,63	0,28	0,12	2,28	0,024	
	Wsparcie wartościujące	0,63	0,14	0,36	4,68	0,000	
	Wsparcie emocjonalne	-0,33	0,10	-0,23	-3,26	0,001	
	Płeć	5,45	1,53	0,14	3,56	0,000	
	Wiek	1,56	0,69	0,10	2,27	0,024	
11	Czas od zdarzenia	-1,53	0,72	-0,09	-2,14	0,033	0,68

B – niestandardyzowany współczynnik regresji, SD – odchylenie standardowe, Beta – standaryzowany współczynnik regresji, t – test T, p – poziom istotności,

Najsilniejszym predyktorem osobowego wzrostu w badanej grupie nastolatków okazała się prężność, wyjaśniając 51% wariancji zmiennej zależnej ($R^2=0,51$). Jest to zależność dodatnia, co oznacza, że im wyższa prężność tym większe nasilenie pozytywnych zmian potraumatycznych. W kolejnych krokach do modelu regresji weszły jeszcze ruminacje refleksyjne, strategie zaradcze, takie jak analiza logiczna, akceptacja/rezygnacja, poszukiwanie wsparcia, podjęcie działania rozwiązującego problem, dwa rodzaje wsparcia, tj. wsparcie wartościujące i emocjonalne, płeć, wiek oraz czas od doświadczonego zdarzenia traumatycznego. Udział każdej z nich w predykcji

pozytywnych zmian potraumatycznych nie przekracza 5%, a więc jest niewielki. Łącznie zmienne te wyjaśniają 68% wariancji PTG.

Następnie sprawdzono predyktory PTSD i PTG ocenianych po 6 miesiącach w stosunku do I pomiaru. Wśród zmiennych wyjaśniających uwzględniono te, które istotnie korelowały z negatywnymi i pozytywnymi konsekwencjami ekspozycji na traumę w II etapie badań. W przypadku PTSD były to 3 zmienne, tj. ruminacje refleksyjne, poszukiwanie zastępczych wzmocnień i wyładowanie emocjonalne, a dla PTG dwie - wyładowanie emocjonalne, a jako drugą wprowadzono objawy PTSD z II etapu, ponieważ wyniki korelacji wskazały na istotne zależności między PTG i PTSD w II pomiarze. Wyniki zamieszczono w tabeli 17 i 18.

Tabela 17. Predyktory PTSD w II pomiarze (n=112)

Krok	Zmienne w modelu	B	SD	Beta	t	p	Skoryg. R ²
1	Ruminacje refleksyjne	-0,34	0,12	-0,25	-2,73	0,007	0,06

B – niestandardyzowany współczynnik regresji, SD – odchylenie standardowe, Beta – standaryzowany współczynnik regresji, t – test T, p – poziom istotności,

Jedynym, i to słabym, predyktorem PTSD w drugim pomiarze okazało się ruminowanie refleksyjne, które wyjaśnia 6% wariancji zmiennej zależnej ($R^2=0,06$). Ujemny znak wskaźnika Beta oznacza, że im wyższe nasilenie tego rodzaju ruminacji tym niższe prawdopodobieństwo utrzymywania się objawów PTSD po 6 miesiącach od I pomiaru.

Tabela 18. Predyktory PTG w II pomiarze (n=112)

Krok	Zmienne w modelu	B	SD	Beta	t	p	Skoryg. R ²
1	Wyładowanie emocjonalne	1,14	0,37	0,29	3,12	0,002	0,08
	Wyładowanie emocjonalne	0,92	0,36	0,23	2,55	0,01	
2	PTSD – ogółem	-0,50	0,17	-0,27	-2,96	0,004	0,15

B – niestandardyzowany współczynnik regresji, SD – odchylenie standardowe, Beta – standaryzowany współczynnik regresji, t – test T, p – poziom istotności,

Predyktorami PTG ocenianego w drugim etapie badań są wyładowanie emocjonalne oraz objawy PTSD w drugim pomiarze, które łącznie wyjaśniają 15% wariancji zmiennej zależnej ($R^2=0,15$). Dodatni znak wskaźnika Beta sugeruje, że im większa skłonność do stosowania tej strategii zaradczej tym większe prawdopodobieństwo utrzymywania się

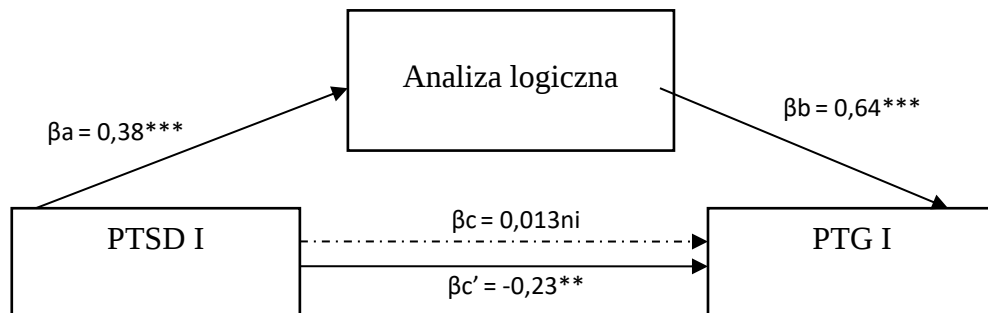
pozytywnych zmian potraumatycznych w czasie. Natomiast ujemny znak wskaźnika Beta dotyczący PTSD wskazuje, że im niższe nasilenie objawów PTSD, tym wyższe nasilenie PTG.

3.4. Mediacyjna rola ruminacji i strategii radzenia sobie w relacji między negatywnymi i pozytywnymi konsekwencjami ekspozycji na traumę

Ostatnim krokiem przeprowadzonych analiz było sprawdzenie czy ruminacje i stosowane strategie radzenia sobie pełnią rolę mediacyjną między negatywnymi i pozytywnymi następstwami doświadczonych zdarzeń traumatycznych. Z uwagi na mechanizmy leżące u podstaw zarówno PTSD, jak i PTG zakładano, że ruminacje i strategie zaradcze mogą pełnić rolę pośredniczącą między zmiennymi.

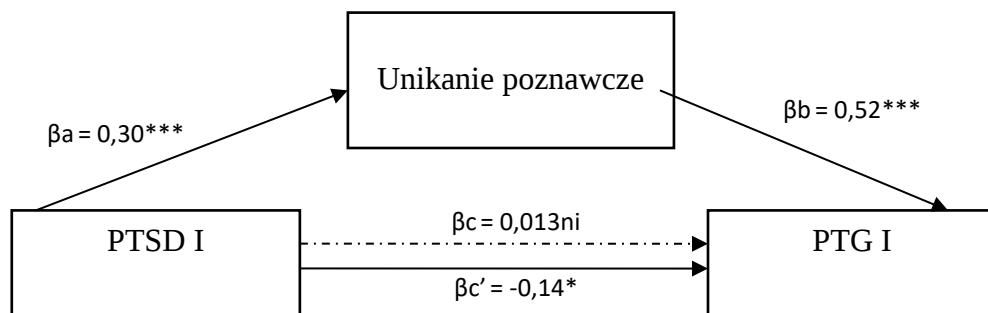
Analizy mediacyjne przeprowadzono w oparciu o procedurę *bootstrappingu* zaproponowaną przez Preachera i Hayesa (2008), poprzez pobranie 5000 próbek *bootstrap*. Ta metoda jest bardziej użyteczna niż dość powszechnie stosowany test Sobela. Ma większą moc wyjaśniającą, nie wymaga założenia rozkładu normalnego zmiennych i pozwala na prowadzenie analiz na stosunkowo małych próbach (Cichocka i Bilewicz, 2010). Generalnie analizy mediacji pozwalają na ustalenie bardziej złożonej struktury modelu, w której zmienna wyjaśniająca pełniąc funkcję predyktora (X) jest powiązana ze zmienną wyjaśnianą (Y) poprzez trzecią zmienną, realizującą funkcję mediatora (M). Efekt pośredniczący w postaci tłumienia (wzmocnienia) występuje, gdy zmienna pośrednicząca zwiększa (zmniejsza) predyktoryjne właściwości zmiennej niezależnej na zmienną zależną. Autorzy zakładają trzy możliwe efekty pośrednie: mediacji, zakłócenia i supresji, w zależności od tego, czy wprowadzenie mediatora do równania powoduje zanik lub osłabienie związku między zmienną X i Y (efekt mediacji lub zakłócenia), czy wręcz przeciwnie – wprowadzenie trzeciej zmiennej powoduje wzmocnienie związku lub, w przypadku braku takiego związku – pojawienie się go (Cichocka i Bilewicz, 2010; Hayes, 2013; Preacher i Hayes, 2008).

W pierwszym etapie analiz w miejscu zmiennej wyjaśnianej wprowadzono wynik ogólny PTG z pierwszego pomiaru, w miejscu zmiennej wyjaśniającej wynik ogólny PTSD z pierwszego pomiaru. Natomiast w miejsce mediatora wprowadzano kolejno dwa rodzaje ruminacji (natrętne i refleksyjne) oraz poszczególne strategie radzenia sobie. Uzyskano 5 istotnych statystycznie modeli. Wyniki przedstawiono na Rycinach 9-13. Rycina 9. Model zależności między PTSD i PTG w pierwszym pomiarze (wyniki ogólne) oraz analizą logiczną



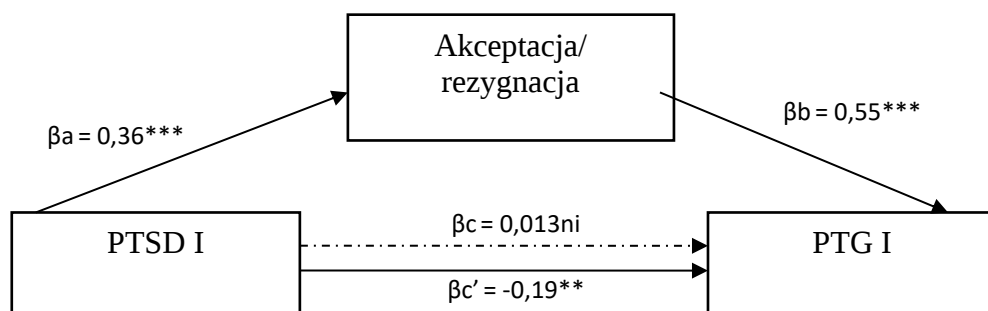
$^{**}p < 0,01$; $^{***}p < 0,001$; ni – nieistotne statystycznie

Rycina 10. Model zależności między PTSD i PTG w pierwszym pomiarze (wyniki ogólne) oraz unikaniem poznawczym



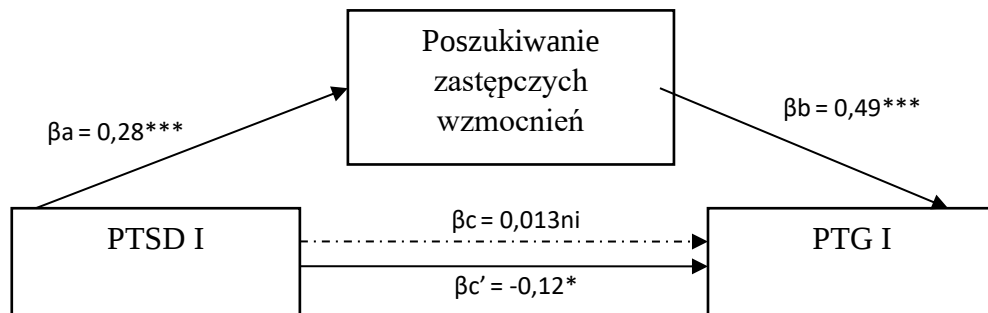
$^*p < 0,05$; $^{***}p < 0,001$; ni – nieistotne statystycznie

Rycina 11. Model zależności między PTSD i PTG w pierwszym pomiarze (wyniki ogólne) oraz akceptacją/rezygnacją



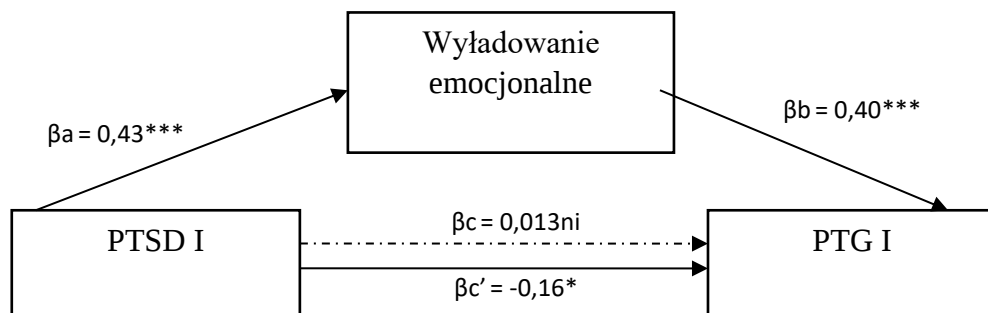
$^{**}p < 0,01$; $^{***}p < 0,001$; ni – nieistotne statystycznie

Rycina 12. Model zależności między PTSD i PTG w pierwszym pomiarze (wyniki ogólne) oraz poszukiwaniem zastępczych wzmocnień



* $p < 0,05$; *** $p < 0,001$; ni – nieistotne statystycznie

Rycina 13. Model zależności między PTSD i PTG w pierwszym pomiarze (wyniki ogólne) oraz wyładowaniem emocjonalnym.



* $p < 0,05$; *** $p < 0,001$; ni – nieistotne statystycznie

Wyniki przeprowadzonych analiz wskazują, że występujące objawy PTSD, mierzone w I etapie pełnią rolę predykcijną dla takich strategii zaradczych, jak analiza logiczna, unikanie poznawcze, akceptacja/rezygnacja, poszukiwanie zastępczych wzmocnień i wyładowanie emocjonalne. Ponadto strategie te są sprzyjają występowaniu PTG (I pomiar). Chociaż między PTSD a PTG w pierwszym pomiarze nie ma zależności istotnej statystycznie, to wprowadzenie strategii zaradczych jako zmiennych pośredniczących powoduje, że związek ten staje się istotny statystycznie oraz zmienia się jego kierunek. Oznacza to, że wymienione wcześniej strategie pełnią rolę supresora, który powoduje pojawienie się ujemnej zależności między PTSD i PTG. Supresja zachodzi wówczas, gdy zmienna pośrednicząca (w tym przypadku strategie radzenia sobie) podwyższa własności predykcyjne zmiennej wyjaśniającej (PTSD) na zmienną wyjaśnianą (PTG) lub w przypadku pierwotnego braku takiego związku – pojawienie się istotnej zależności. Zatem stosowanie tych strategii radzenia sobie przez młodzież może

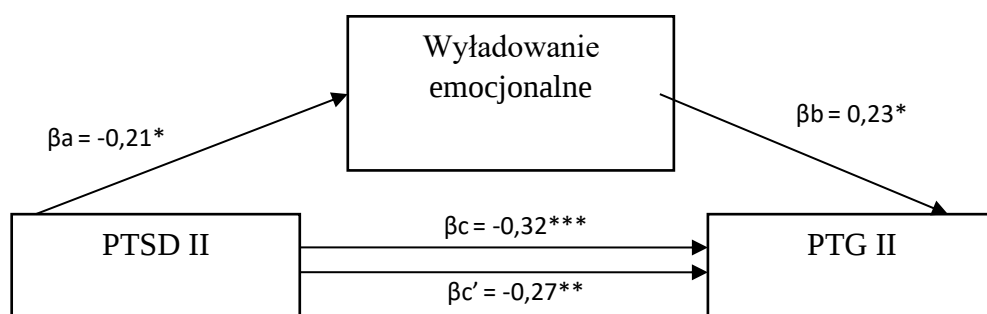
wspomóc osiągnięcie wyższego poziomu PTG, ale w przypadku niewielkich objawów PTSD. Dla ruminacji nie uzyskano ani efektu mediacyjnego ani supresyjnego w analizowanych modelach w I etapie badań.

Z kolei przy uwzględnieniu poszczególnych obszarów PTSD I oraz PTG I uzyskano efekty pośrednie dla ruminacji refleksyjnych zaprezentowanych na 5 modelach, które zostały umieszczone w załączniku. Ruminacje refleksyjne pełnią mediacyjną rolę w relacjach między PTSD I wynik ogólny oraz intruzją a dwoma obszarami PTG I (docenianie życia i relacje z innymi). Objawy zespołu stresu pourazowego z pierwszego etapu badań są dodatnio powiązane z ruminacjami refleksyjnymi, które z kolei wiążą się pozytywnie z docenianiem życia i relacjami z innymi również z pierwszego etapu badań. Zaobserwowano również mediacyjny efekt ruminowania w relacji między unikaniem a docenianiem życia oraz między pobudzeniem a relacjami z innymi. O mediacji można mówić wtedy, gdy kontrolowanie trzeciej zmiennej osłabi związek między zmienną wyjaśniającą a zmienną wyjaśnianą. Można zatem sądzić, że świadome ruminowanie o doświadczonym traumatycznym zdarzeniu pełni ważniejszą rolę niż objawy zespołu stresu pourazowego, sprzyjając większemu docenianiu życia i lepszym relacjom z innymi.

W kolejnym kroku analiz w miejscu zmiennej wyjaśniającej wprowadzono wynik ogólny, a następnie poszczególne obszary PTSD z pierwszego pomiaru, w miejsce zmiennej wyjaśnianej wynik ogólny, a następnie poszczególne czynniki PTG z drugiego pomiaru. Natomiast w miejsce mediatora wprowadzano ruminacje natrętne i refleksyjne, a później poszczególne strategie radzenia sobie. Dla wyników ogólnych PTSD I i PTG II nie uzyskano istotnych wyników, ale analizy poszczególnych obszarów pozwoliły na uzyskanie 2 istotnych modeli zaprezentowanych na rycinach umieszczonych w załączniku. Wyniki tych analiz wskazują, że jedynym, ale słabym mediatorem okazało się wyładowanie emocjonalne w relacji między pobudzeniem z pierwszego pomiaru a PTG z drugiego pomiaru ogółem i jednym z obszarów – percepcją siebie. Pobudzenie jest dodatnio powiązane z wyładowaniem emocjonalnym, które z kolei pozytywnie wiąże się PTG II oraz percepcją siebie. Wprowadzenie tej strategii powoduje, że staje się ona jedynym predyktorem PTG ogółem i jego czynnika w postaci percepcji siebie. Warto zwrócić uwagę, że związek między pobudzeniem, a potraumatycznym wzrostem (ogółem i percepcją siebie) jest dodatni, co oznacza, że im wyższy poziom pobudzenia, tym większe nasilenie PTG (szczególnie w obszarze percepcji siebie).

W ostatnim kroku analiz w miejsce zmiennej wyjaśniającej wprowadzono wynik ogólny, a następnie obszary PTSD z drugiego pomiaru, w miejscu zmiennej wyjaśnianej wynik ogólny oraz czynniki PTG z drugiego pomiaru. W miejscu mediatora, jak poprzednio, umieszczano ruminacje oraz strategie radzenia sobie. Wyniki przedstawiono na Rycinie 14. Natomiast rezultaty analiz poszczególnych obszarów PTSD II i PTG II zostały umieszczone w załączniku.

Rycina 14. Model zależności między PTSD i PTG w drugim pomiarze oraz wyładowaniem emocjonalnym



* $p < 0,05$; $p < 0,01$; *** $p < 0,001$; ni – nieistotne statystycznie

Wyniki następnych analiz wskazują, że jedynie wyładowanie emocjonalne pełni mediacyjną rolę zarówno między PTSD i PTG (wyniki ogólne), jak i między PTSD a wszystkimi obszarami PTG oraz między unikaniem i wszystkimi obszarami PTG w drugim etapie badań. PTSD II (wynik ogólny oraz unikanie) dodatnio wiąże się z wyładowaniem emocjonalnym, które z kolei jest pozytywnie powiązane z PTG II (wynikiem ogólnym oraz percepcją siebie, docenianiem życia i relacjami z innymi). Bardziej szczegółowe analizy Można zatem sądzić, że ten rodzaj strategii radzenia sobie najbardziej sprzyja pozytywnym zmianom potraumatycznym (ogółem i poszczególnym obszarom). Młodzież doświadczająca traumy powinna wykorzystywać wyładowanie emocjonalne, aby lepiej poradzić sobie w tej sytuacji. Co więcej wyładowanie emocjonalne zdaje się determinować ujemną zależność między PTSD i PTG w dłuższym okresie czasu, co oznacza, że im słabsze objawy zespołu stresu pourazowego, tym większa szansa na wyższy poziom potraumatycznego wzrostu.

Sprawdzono również, czy ruminacje i strategie radzenia sobie pełnią mediacyjną rolę między PTSD I i PTG II, PTSD I i PTSD II oraz PTG I i PTG II. Wyniki analiz nie

wskazują na pośredniczącą rolę ruminalcji czy strategii zaradczych w przypadku ogólnych wyników PTSD i PTG, ani w przypadku czynników.

Podsumowując przeprowadzone analizy mediacji można zauważyć, że istotną rolę pośredniczącą między negatywnymi i pozytywnymi skutkami ekspozycji na traumę zdaje się pełnić wyladowanie emocjonalne, natomiast nieco mniejsze znaczenie mają ruminalcje refleksyjne. Może to oznaczać, że stosowanie wyladowania emocjonalnego oraz świadome ruminowanie o doświadczonym zdarzeniu mogą sprzyjać potraumatycznemu wzrostowi.

ROZDZIAŁ 4. Dyskusja wyników

Badania przeprowadzone wśród młodzieży, która doświadczyła traumatycznych zdarzeń, pozwoliły na uzyskanie bogatego materiału empirycznego o charakterze ilościowym. Celem podjętych badań było ustalenie powiązań, zarówno bezpośrednich, jak i pośrednich między czynnikami psychospołecznymi a nasileniem następstw ekspozycji na traumę w postaci zespołu stresu pourazowego i potraumatycznego wzrostu. Uzyskane wyniki pozwoliły również na ustalenie mediacyjnej roli ruminalacji i strategii zaradczych w relacji między tymi następstwami.

Badana młodzież w wieku 12-17 lat, która doświadczyła 4 kategorii zdarzeń traumatycznych, tj. choroby nowotworowej, wypadku lub urazu, śmierci bliskiej osoby lub krzywdy/przemocy ujawnia objawy PTSD. Aż 65% badanych nastolatków uzyskało wysokie nasilenie symptomów stresu pourazowego, wskazujące na duże prawdopodobieństwo diagnozy PTSD. Analizując wyniki w poszczególnych kryteriach tego zespołu stwierdzono brak statystycznie istotnych różnic między nimi, co oznacza, że badani ujawniają podobne nasilenie objawów wchodzących w skład intruzji, unikania i pobudzenia. Uzyskany wynik jest w znacznym stopniu zgodny z rezultatami innych badań przeprowadzonych w grupach nastolatków (Alisic i in., 2014; Dąbkowska 2002; Jin i in., 2019). Należy jednak zwrócić uwagę na bardzo duże zróżnicowanie rozpowszechnienia PTSD wśród dzieci i młodzieży, które według różnych badań waha się od 0% do nawet 80-90%. Ponieważ badanymi były osoby w wieku dorastania, zatem doświadczone zdarzenia traumatyczne mogły nałożyć się na występujące u nich kryzysy rozwojowe, zwiększając w ten sposób prawdopodobieństwo rozwoju objawów PTSD.

Wyniki badań własnych wskazują na przeciętne nasilenie pozytywnych zmian potraumatycznych, ujawnianych w postaci potraumatycznego wzrostu. 35% badanych nastolatków charakteryzuje niski, nieco ponad 25% przeciętny i 39% wysoki poziom pozytywnych zmian po traumie. Największe zmiany zaobserwowano w obszarze doceniania życia, nieco mniejsze w percepcji siebie, a najmniejsze w relacjach z innymi. Uzyskane wyniki są zgodne z rezultatami innych badań (Milam i in., 2004, 2005; Salter i Stallard, 2004; Kobylarczyk i Ogińska-Bulik, 2015; Ogińska-Bulik, 2010b, 2012a, Ogińska-Bulik i Kobylarczyk, 2014, 2016c; Ogińska-Bulik i Zadworna-Cieślak, 2013; Xie i in., 2019).

Sprawdzono również czy wiek i płeć badanych, rodzaj zdarzenia, czas, jaki upłynął od jego wystąpienia i rodzaj otrzymanej pomocy są powiązane z nasileniem objawów PTSD i potraumatycznym wzrostem, ocenianym zarówno w pierwszym, jak i drugim pomiarze (po 6 miesiącach od pierwszego). Biorąc pod uwagę pierwszy pomiar, wyniki przeprowadzonych analiz wskazują, że wiek nie różnicuje w sposób istotny statystycznie nasilenia objawów PTSD, co jest zgodne z większością badań (Hawryluck i in., 2004; Sayed i in., 2021). Natomiast wiek wiąże się z PTG. Oznacza to, że wraz z wiekiem zwiększa się tendencja młodzieży, która była narażona na traumę do dostrzegania pozytywnych zmian potraumatycznych. Koresponduje to z rezultatami innych badań (Bokszczanin, 2015; Ogińska-Bulik, 2010a).

Nie wykazano związku płci z nasileniem objawów zespołu stresu pourazowego, mimo przyjętego założenia, że chłopcy, w porównaniu z dziewczętami, będą się charakteryzować niższym poziomem PTSD. Podobne wyniki, wskazujące na brak związku płci z objawami PTSD, uzyskano w badaniach polskich nastolatków po wypadkach drogowych (Ogińska-Bulik, 2014). Pozostaje to jednak w sprzeczności z większością innych badań, w których płeć męska była związana z niskimi objawami PTSD (Carmassi i in., 2014; Zhou i in., 2015; Zhou i in., 2018b). Brak różnic między dziewczętami a chłopcami w zakresie nasilenia negatywnych konsekwencji ekspozycji na traumę może być czynnikiem specyficznym dla warunków polskich, ale również wynikiem występujących zmian okresu dojrzewania, w którym młodzież poszukuje tożsamości płciowej. Ponadto, aktualnie zauważa się pewne zmiany czy nawet zacieranie się różnic w rolach kobiety i mężczyzny. Uwidacznia się też większa wrażliwość u chłopców, a ich cechy typowo męskie zdają się tracić na znaczeniu.

Z kolei, w przypadku PTG płeć różnicuje – choć słabo – nasilenie tej zmiennej. Wyższy jego poziom wykazują dziewczęta w porównaniu z chłopcami, co pozostaje w zgodności z rezultatami innych badań (Carmassi i in., 2014; Laufer i Solomon, 2006; Laufer i in., 2009; Yaskowich, 2003; Xie i in., 2019; Zhou i in., 2015; Zhou i in., 2018b).

Rodzaj zdarzenia różnicuje nasilenie objawów PTSD. Najwyższe wyniki uzyskały nastolatki, które doświadczyły wypadku drogowego lub śmierci bliskiej osoby, a najniższe pacjenci z diagnozą choroby nowotworowej. Wypadek drogowy i śmierć bliskiej osoby są to sytuacje nagłe, zatem mogą wiązać się z wyższym poziomem objawów PTSD. Ponadto doznanie wypadku może pociągać za sobą liczne ograniczenia, w tym niepełnosprawność czy kalectwo. Natomiast choroba nowotworowa to sytuacja o

charakterze przewlekłym, a jej skutki są często niewidoczne dla otoczenia. Może właśnie dlatego wzbudza u nastolatków słabsze objawy PTSD. Warto dodać, że diagnoza choroby nowotworowej nie dla każdej osoby jest sytuacją traumatyczną. Należy także podkreślić, że symptomy zaburzeń w zakresie zdrowia psychicznego mogą pojawić się w różnym czasie, czasami od razu po diagnozie choroby, czasami po kilku miesiącach, i wreszcie mogą także w ogóle się nie ujawnić. Może to być związane z działaniem wielu czynników odnoszących się do samej choroby, tj. jej diagnozy, przebiegu (w tym m. in. Konieczności hospitalizacji i czasu pobytu w szpitalu, uporczywości stosowanych zabiegów medycznych), a także dalszych rokowań. Jednakże w badaniach własnych nie analizowano tych czynników. Ponadto, sytuacje o przewlekłym charakterze (choroba), w porównaniu ze zdarzeniami jednorazowymi i nagłymi (wypadek, śmierć bliskiej osoby), mogą uaktywniać inne strategie zaradcze jednostki. Podobne wyniki, wskazujące, że to doświadczenie np. wypadku drogowego jest związane z większą ilością objawów PTSD u młodych ludzi uzyskano w innych badaniach (Alisic i in., 2014; Baran, 2009; Dąbkowska, 2006). Z kolei diagnoza choroby nowotworowej u nastolatków wiązała się z niższym poziomem objawów PTSD (Butler i in., 1996; Erickson i Steiner, 2001).

Wyniki badań własnych wskazują, że rodzaj zdarzenia nie wiąże się z poziomem PTG, co pozostaje w zgodności z wcześniejszymi badaniami (Milam i in., 2004; Ogińska-Bulik, 2010b). Oznacza to, iż młodzież może dostrzegać pozytywne zmiany potraumatyczne niezależnie od rodzaju doznanej sytuacji. Natomiast czas od zdarzenia traumatycznego różnicuje nasilenie objawów PTSD. Najwyższe wyniki uzyskały nastolatki, które zgłosiły, że zdarzenie traumatyczne miało miejsce 1-2 lata od przeprowadzonego badania, natomiast najniższe – 3 lata wcześniej i więcej. Wskazuje to, że objawy PTSD nie są najwyższe krótko po doświadczeniu zdarzenia (czyli do roku), ale że rozwijają się i przybierają na sile wraz z upływem czasu, po czym następuje ich stopniowe zmniejszanie się. Sugeruje to występowanie krzywoliniowego związku między czasem, jaki upłynął od ekspozycji na traumę a nasileniem PTSD. Wpływ na to może mieć zróżnicowana i zmieniająca się w czasie aktywność zaradcza podejmowana przez młodzież. Młodzi ludzie próbują zaadaptować się do doznanych trudnych okoliczności życiowych (np. w żałobie - osoby zaczynają akceptować to, co się zdarzyło i czego nie można zmienić). W rezultacie wiele z podejmowanych strategii zaradczych może być skutecznych, więc objawy PTSD mogą się obniżać. Wyniki te korespondują z ustaleniami innych badaczy wskazujących na zmieniające się poziomy PTSD po

doznanej traumie (Chan i in., 2016; Fan i in., 2015; Galea i in., 2008; Heid i in., 2017; La Greca i in., 2013; Liu i in., 2011).

W odniesieniu do potraumatycznego wzrostu również zaobserwowano istotny związek z czasem od zdarzenia. Wyższy poziom pozytywnych zmian potraumatycznych zgłosiła młodzież, która doświadczyła zdarzenia traumatycznego w okresie 2-3 lat od przeprowadzonego badania, następnie 1-2 lat. Natomiast niższe nasilenie PTG wystąpiło u nastolatków, u których zdarzenie traumatyczne miało miejsce w okresie do 1 roku i powyżej 3 lat od przeprowadzonego badania. Częściowo jest to zgodne z wynikami analiz przeprowadzonych przez innych badaczy (Barakat i in., 2006; Phipps i in., 2007; Wolchik i in., 2009), które wskazują, że wraz z upływem czasu poziom PTG obniżał się. Potwierdza to, że akceptacja traumatycznego doświadczenia i dostrzeganie pozytywnych zmian potraumatycznych wymaga czasu. Przykładem może być żałoba, która trwa zazwyczaj ok. roku i jak wskazuje Kübler-Ross (1979) składa się z kilku faz, obejmujących zaprzeczanie, gniew, negocjacje, depresję i akceptację. W przypadku badanej grupy młodzieży, w pierwszym roku po zdarzeniu traumatycznym nasilenie PTG był niższe w porównaniu z pozostałymi uwzględnionymi okresami. Wydaje się prawdopodobne, że nastolatki w tym czasie wciąż poszukują skutecznych metod poradzenia sobie z doświadczoną traumą. Należy także podkreślić, że wielu z nich nie ma jeszcze w pełni rozwiniętych systemów zaradczych, często brak im doświadczenia, zwłaszcza w zakresie radzenia sobie z sytuacjami o charakterze ekstremalnym. Z kolei, wraz z upływem czasu (zwłaszcza po kilku latach) pamięć o zdarzeniu i jego oddziaływanie na funkcjonowanie jednostki maleje, pojawiają się nowe ważne zdarzenia, zatem nasilenie PTG może się zmniejszać.

Rodzaj pomocy psychologicznej nie wiąże się z nasileniem PTSD i PTG. Obie formy pomocy, czyli wsparcie psychologiczne i terapia psychologiczna, mogą być korzystne dla obniżania objawów zespołu stresu pourazowego i wspierania wzrostu po traumie. Rezultaty przeprowadzonych analiz wskazały, że wiek, płeć nastolatków, rodzaj zdarzenia i czas, jaki od niego upłynął oraz formy pomocy psychologicznej nie różnicują nasilenia PTSD i PTG w drugim etapie badania.

Badania przeprowadzone po 6 miesiącach od pierwszego pomiaru pozwoliły na ustalenie zmian w natężeniu objawów zespołu stresu pourazowego i potraumatycznego wzrostu w czasie. Po pół roku od pierwszego pomiaru nasilenie negatywnych zmian potraumatycznych zmniejszyło się w sposób znaczący, biorąc pod uwagę wyniki ogólne,

jak i poszczególne obszary PTSD. Potwierdzają to także wyniki modelowania strukturalnego. Jest to zgodne z postawioną hipotezą oraz z rezultatami badań podłużnych przeprowadzonych przez Arash i in., (2020), w których również wraz z upływem czasu obniżało się nasilenie objawów PTSD. Podobne wyniki uzyskali La Greca i in. (2013), jednak w ich badaniach nie zaobserwowano aż tak istotnego spadku symptomów zespołu stresu pourazowego.

Z kolei nasilenie zmian pozytywnych wzrosło po pół roku, a istotne zmiany wystąpiły w zakresie wszystkich czynników PTG, co potwierdza postawioną hipotezę. Jednakże zmiany w zakresie PTG nie były tak znaczące, jak w przypadku PTSD, a ponadto, modelowanie strukturalne nie potwierdziło występowania istotnych różnic w tym zakresie. Tym samym, biorąc pod uwagę stosunkowo krótki przedział czasu między pomiarami (6 miesięcy), można wskazać na większą możliwość zmian w zakresie negatywnych, niż pozytywnych konsekwencji ekspozycji na traumę. Należy podkreślić, że niewiele jest badań podłużnych, w których analizowano dynamikę pozytywnych zmian potraumatycznych. W tych dostępnych wyniki wskazują głównie na brak istotnych statystycznie różnic w poziomie PTG wraz z upływem czasu (Tian i in., 2020). Warto również zwrócić uwagę na to, że badana młodzież była objęta pomocą psychologiczną, co mogło mieć znaczenie dla obniżenia się nasilenia objawów PTSD i zwiększenia PTG.

Analizując występowanie zmian w zakresie negatywnych i pozytywnych konsekwencji ekspozycji na traumę należy także zwrócić uwagę, że badana młodzież, która wzięła udział w obydwu etapach badaniach różniła się od nastolatków uczestniczących tylko w pierwszym etapie, pod względem analizowanych zmiennych psychologicznych, tj. wyników ogólnych prężności, wsparcia społecznego, ruminacji intruzywnych i refleksyjnych, oraz stosowanych strategii zaradczych. Ci, którzy uczestniczyli w obydwu etapach prezentowali niższe nasilenie analizowanych zmiennych psychologicznych. Młodzież, która zdecydowała się na dalszy udział w badaniach znajdowała się przez cały czas w procesie terapeutycznym lub była objęta wsparciem. Można przypuszczać, że te osoby miały potrzebę dalszej pracy nad swoimi zasobami, co mogło mieć dla nich również efekt terapeutyczny. Natomiast młodzież, która nie uczestniczyła w drugim etapie prawdopodobnie zakończyła już terapię lub też nie potrzebowała dalszej pomocy psychologicznej.

Kolejnym zagadnieniem analizowanym w pracy był związek między negatywnymi i pozytywnymi skutkami ekspozycji na traumę. Opracowane modele wzrostu po traumie u

dzieci i młodzieży (Andrades i in., 2014; Meyerson i in., 2011) zakładają, że dwa rodzaje konsekwencji doznanej traumy mogą ze sobą współwystępować. Dodatni związek między PTSD a PTG wykazano także w kilku badaniach przeprowadzonych wśród nastolatków, którzy doświadczyli traumatycznych stresorów (Andrades i in., 2021; Thabet i ElRabbaiy, 2018; Zhou i in., 2018a).

Wyniki przeprowadzonych badań własnych dostarczyły danych wskazujących, że w przypadku pierwszego pomiaru objawy PTSD nie są powiązane z ogólnym poziomem PTG. Można jednak zauważyć słabe i zróżnicowane związki poszczególnych kategorii objawów PTSD i obszarów wzrostu, wskazujące, że im silniejsze objawy PTSD, zwłaszcza w zakresie intruzji i unikania, tym większe zmiany w zakresie doceniania życia; jednakże im silniejsze objawy pobudzenia, tym słabsze pozytywne zmiany w zakresie relacji z innymi. Ze względu na niskie wartości współczynników korelacji uzyskane rezultaty należy traktować z dużą ostrożnością, tym niemniej zdają się one sugerować różne znaczenie niektórych objawów PTSD dla pewnych obszarów PTG. Dlaczego więc objawy intruzji i unikania zdają się sprzyjać docenianiu życia, a pobudzenie hamować rozwój relacji z innymi?

Występujące u nastolatków objawy intruzji i unikania mogą skłaniać nastolatków do większej refleksji nad życiem, stawiania sobie pytań o jego sens, przez co mogą sprzyjać większemu docenianiu życia. Z kolei objawy pobudzenia, wyrażające się odczuwaniem napięcia, drażliwością, wybuchami złości czy nadmiernymi reakcjami na silne bodźce mogą skłaniać młodzież do większej koncentracji na sobie, a mniejszej na innych, i przez to utrudniać dostrzeganie pozytywnych zmian w relacjach interpersonalnych. Nie można także wykluczyć, iż młodzi ludzie w wyniku przejawiania drażliwości czy wybuchów złości spotykają się z negatywną reakcją otoczenia, co nie służy zacieśnianiu więzi z innymi i utrudnia im dostrzeganie pozytywnych zmian w relacjach z innymi.

Nieco inaczej przedstawiają się związki między negatywnymi a pozytywnymi konsekwencjami ekspozycji na traumę wśród młodzieży, jeśli weźmie się pod uwagę II pomiar PTSD i PTG. W tym przypadku powiązania są silniejsze i mają charakter ujemny. Wskazuje to, że im wyższe nasilenie objawów PTSD tym niższy wzrost po traumie. Innymi słowy, utrzymujące się u badanych nastolatków objawy PTSD obniżają nasilenie PTG. Nie jest wykluczone, że w dłuższym okresie czasu utrzymujące się objawy PTSD mogą przyczynić się do zaniku zmian wzrostowych, pomimo tego, że badana młodzież ujawniła wyższe PTG po 6 miesiącach od pierwszego pomiaru. Może to sugerować, iż u

nastolatków po doświadczeniach traumatycznych, u których wciąż utrzymują się znaczące objawy PTSD, występują pewne trudności z poznawczym przetwarzaniem traumy, lub też, że ten proces, biorąc pod uwagę upływ czasu, uległ znacznemu osłabieniu. To z kolei może utrudniać dostrzeganie pozytywnych zmian potraumatycznych. Warto nadmienić, że negatywny związek między PTSD a PTG uzyskano także w badaniach Zhou, Wu i Zhen (2018b).

Ogólnie, uzyskane rezultaty częściowo korespondują z założeniem twórców teorii PTG wskazującym, że negatywne konsekwencje doświadczonych zdarzeń, w postaci PTSD, a zwłaszcza objawy intruzji, sprzyjają poznawczemu przetwarzaniu zdarzenia traumatycznego, umożliwiając jego zrozumienie i nadanie mu znaczenia; w ten sposób mogą zwiększać prawdopodobieństwo wystąpienia potraumatycznego wzrostu, ale tylko we wcześniejszym okresie. Dlatego wydają się być korzystne z punktu widzenia czerpania korzyści z traumy (Calhoun i in., 2010; Tedeschi i Calhoun, 1996, 2004, 2006). Wraz z upływem czasu objawy zespołu pourazowego zdają się hamować możliwość utrzymywania się potraumatycznego wzrostu.

Kolejnym poruszonym w pracy zagadnieniem był związek między zasobami osobistymi i społecznymi, ruminowaniem o doświadczonych zdarzeniach i podejmowaną aktywnością zaradczą a nasileniem negatywnych i pozytywnych konsekwencji ekspozycji na traumę. Założono, że prężność, wsparcie społeczne i strategie radzenia sobie oparte na zbliżaniu będą negatywnie związane z PTSD, a pozytywnie z PTG, natomiast strategie radzenia sobie oparte na unikaniu będą wiązały się pozytywnie z PTSD, a negatywnie z PTG. Z kolei ruminacje natrętne będą wykazywać dodatnie powiązania zarówno z PTSD, jak i PTG, podczas gdy ruminacje refleksyjne będą wiązać się pozytywnie tylko z PTG.

Przeprowadzona analiza korelacyjna wykazała, że posiadany przez nastolatków zasób osobisty w postaci prężności psychicznej nie wiąże się z PTSD, ocenianym zarówno w I, jak i II pomiarze. Jednocześnie należy nadmienić, że badana grupa nastolatków po doświadczeniach traumatycznych charakteryzowała się dość niskim poziomem prężności i być może dlatego zasób ten okazał się niewystarczający, aby chronić przed objawami PTSD. Jednakże bardziej złożone analizy statystyczne w postaci modelowania strukturalnego wykazały, że prężność jest ujemnie powiązana z PTSD mierzonym w I etapie. Sugeruje to, że prężność dopiero przy współudziale innych zmiennych może pełnić ochronną rolę dla negatywnych konsekwencji ekspozycji na

traumę, ale jedynie w krótszym czasie. Uzyskany wynik częściowo potwierdza przyjęte założenie o występowaniu ujemnego związku prężności z negatywnymi skutkami ekspozycji na traumę, jednakże zagadnienie to wymaga dalszych badań. Warto zaznaczyć, że co prawda większość dostępnych danych wskazuje na występowanie ujemnych powiązań między zmiennymi (Alibwaini i Thabet, 2019; Fincham i in., 2009; Hébert i in., 2014; Heetkamp i de Terte, 2015), to są również badania, które informują o braku związku między nimi (Avanci i in., 2021).

Uzyskane wyniki wykazały, że prężność pozytywnie wiąże się z potraumatycznym wzrostem ocenianym w I pomiarze. Zasób ten okazał się także najsilniejszym predyktorem PTG I. Wskazuje to, że prężna młodzież, w porównaniu z nastolatkami o niskim nasileniu tego zasobu, ma znacząco większe szanse na doświadczenie pozytywnych zmian po traumie. Uzyskane wyniki są częściowo zgodne ze sformułowaną hipotezą oraz wynikami innych badań wskazujących, że prężność wiąże się dodatnio z pozytywnymi zmianami potraumatycznymi (Lu i in., 2022a; Ogińska-Bulik, 2012b, 2013a; Ogińska-Bulik i Kobylarczyk, 2015b; Ren-li i Yan, 2017). Zaobserwowano jednak brak powiązań prężności z PTG ocenianym w drugim pomiarze, co sugeruje, że wraz z upływem czasu jej znaczenie maleje. Być może w dłuższym okresie czasu to inne zasoby osobiste, jak np. refleksyjność, optymizm życiowy czy poczucie własnej skuteczności nabierają znaczenia dla podtrzymywania pozytywnych konsekwencji doświadczonej traumy.

Wyniki przeprowadzonych analiz wskazały na niejednoznaczną rolę wsparcia społecznego dla negatywnych konsekwencji ekspozycji na traumę. Wsparcie społeczne okazało się dodatnio powiązane z symptomami PTSD ocenianymi w pierwszym etapie badania, co jest wynikiem nieoczekiwanym i dość zaskakującym. Uzyskane wyniki są sprzeczne z większością badań wskazujących, że wsparcie pełni ochronną rolę dla PTSD (Cryder i in., 2006; Eray i in., 2017; Pine i Cohen, 2002; Salami, 2010; Shand i in., 2015; Trickey i in., 2012). Natomiast w przypadku drugiego pomiaru, wsparcie, zgodnie z przewidywaniami, wiązało się ujemnie z PTSD (ogółem i jeden jego rodzaj – wsparcie informacyjne). Dlaczego więc wsparcie zdaje się sprzyjać występowaniu negatywnych skutków ekspozycji na traumę we wcześniejszym okresie? W badaniach własnych analizowano wsparcie otrzymywane – zatem większe wsparcie od innych mogło prowadzić do nadmiernej koncentracji nastolatka na doznanym problemie. Mogło temu służyć inicjowanie przez innych rozmów o traumie, pocieszanie, dopytywanie, dawanie

rad, co w konsekwencji mogło służyć rozwojowi objawów PTSD. Tym bardziej, że badana młodzież była objęta programem pomocy psychologicznej. Mógł pojawić się tu efekt nadmiaru wsparcia. Można także przypuszczać, że udzielane nastolatkom wsparcie przez osoby bliskie było – przynajmniej częściowo – niezgodne z oczekiwaniami młodych ludzi, co w konsekwencji zwiększało u nich podatność na występowanie negatywnych konsekwencji doświadczonych zdarzeń traumatycznych. W świetle uzyskanych wyników można więc wskazać na potrzebę analizowania tego, na ile udzielane wsparcie jest adekwatne do potrzeb i oczekiwań odbiorcy. Należy jednak zwrócić uwagę, że wsparcie społeczne nie pełniło roli istotnego predyktora PTSD.

Wsparcie społeczne (ogólne i wszystkie jego rodzaje) pozytywnie wiąże się z potraumatycznym wzrostem, ocenianym w pierwszym pomiarze. Natomiast dla PTG ocenianym w II pomiarze słabe pozytywne związki zaobserwowano jedynie dla wsparcia ogólnego i informacyjnego. Otrzymane rezultaty wskazują co prawda na słabnącą rolę wsparcia dla podtrzymywania pozytywnych zmian potraumatycznych wraz z upływem czasu, ale sugerują, że wzmożona koncentracja innych, przejawianie zainteresowania, udzielanie pomocy młodym ludziom po doświadczeniach traumatycznych może inicjować u nich procesy refleksyjnej analizy i sprzyjać „przepracowaniu traumy”, zwiększając jednocześnie szanse na doświadczenie wzrostu. Twierdzenie to należy jednak traktować z dużą ostrożnością, gdyż wsparcie społeczne nie było znaczącym predyktorem pozytywnych zmian potraumatycznych ani w I, ani w II pomiarze. Uzyskane wyniki są zgodne z przyjętymi założeniami i w znacznym stopniu potwierdzają rezultaty badań przeprowadzonych w grupie nastolatków zmagających się z nowotworami (Shand i in., 2015), młodzieży po doświadczeniu trzęsienia ziemi w Wenuchan i Yaan (Jia i in., 2017; Zhou i Wu, 2016; Zhou i in., 2016), dzieci rodziców dotkniętych HIV/AIDS z terenów wiejskich Chin (Wei i in., 2016) czy osób, które przeżyły nowotwór w dzieciństwie (Yuen i in., 2014).

Kolejnym analizowanym zagadnieniem był związek ruminacji natrętnych i refleksyjnych z PTSD i PTG. Zważywszy na to, że ruminowanie o doświadczonym zdarzeniu traumatycznym jest traktowane jako mechanizm wyjaśniający występowanie i utrzymywanie się objawów PTSD oraz PTG oczekiwano silnych związków między zmiennymi. Uzyskane wyniki potwierdzają, że obydwa rodzaje ruminacji, biorąc pod uwagę I pomiar, są dodatnio powiązane z PTSD, natomiast z PTG wiąże się tylko ruminowanie refleksyjne. Należy podkreślić, że wartości uzyskanych współczynników

korelacji są znacząco wyższe niż w przypadku związków PTSD i PTG z pozostałymi uwzględnionymi w badaniu zmiennymi. Ruminacje natrętne okazały się także głównym predyktorem PTSD ocenianym w I pomiarze. Oznacza to, że nastolatki skłonne do ruminowania o doznanej traumie, w porównaniu z tymi, którzy takich skłonności nie przejawiają, są bardziej narażone na występowanie negatywnych konsekwencji doświadczonych zdarzeń traumatycznych. Natomiast PTSD oceniane w II pomiarze nie wiązało się z ruminacjami intruzywnymi, ale okazało się być powiązane negatywnie z ruminowaniem refleksyjnym. Co więcej ten rodzaj ruminacji pełnił także rolę predyktora – choć słabego – negatywnych konsekwencji ekspozycji na traumę. Wskazuje to, że ten rodzaj ruminowania może – przynajmniej w pewnym stopniu – chronić przed utrzymywaniem się objawów PTSD.

Uzyskane dane z badań własnych potwierdzają, że obydwa rodzaje ruminowania automatyczne (natrętne), jak i kontrolowane (refleksyjne) sprzyjają występowaniu PTSD, co potwierdza poznawcze modele PTSD, ale tylko w początkowym okresie od doświadczonego zdarzenia. Nie pełnią natomiast takiej roli dla podtrzymywania objawów wchodzących w zakres tego zaburzenia. Częściowo jest to zgodne rezultatami uzyskanymi w innych badaniach nastolatków (Alamadar i in., 2020; Andrades i in., 2018; Ying i in., 2014), w których ruminacje natrętne dodatnio wiązały się z PTSD. Rola ruminacji natrętnych w rozwoju objawów PTSD została także potwierdzona poprzez modelowanie strukturalne przeprowadzone dla pierwszego pomiaru oraz obu pomiarów jednocześnie. Ponadto ruminacje natrętne zdają się pośrednio wpływać na relację między prężnością a PTSD w ten sposób, że prężność hamuje ruminowanie o charakterze natrętym, a poprzez to może zmniejszać objawy PTSD. Bardziej złożoną rolę pełnią ruminacje refleksyjne, które początkowo zdają się zwiększać nasilenie objawów PTSD, a następnie w dłuższym okresie obniżać nasilenie tych symptomów.

Z PTG ocenianym w I pomiarze wiążą się jedynie ruminacje refleksyjne. W drugim etapie badań nie zanotowano takiego związku. Może to oznaczać, że świadome analizowanie doznanej traumy i podejmowanie prób poradzenia sobie z nią mogą sprzyjać występowaniu PTG, ale raczej tylko w krótkim okresie czasu. Natomiast rola ruminacji refleksyjnych dla podtrzymywania PTG nie została w badaniach własnych potwierdzona. Wyniki te są częściowo zgodne z postawioną hipotezą i z modelami potraumatycznego wzrostu dla dzieci i młodzieży (Cryder i in., 2006; Kilmer i in., 2014;

Meyerson i in., 2011). Korespondują również z wynikami wcześniejszych badań (Andrades i in., 2018; Kilmer i Gil-Rivas, 2010; Ogińskiej-Bulik, 2016f).

Należy także zwrócić uwagę na rolę ruminacji refleksyjnych jako mediatora związku poszczególnych obszarów PTSD oraz PTG ocenianych w I pomiarze. Oznacza to, że świadome, bardziej kontrolowane ruminowanie o doświadczonym traumatycznym wydarzeniu sprzyja czerpaniu pewnych korzyści z traumy, zwłaszcza w aspekcie doceniania życia i relacji z innymi, ale u nastolatków charakteryzujących się niskim poziomem objawów PTSD, szczególnie w obszarze intruzji. Ogólnie, wyniki badań własnych potwierdzają istotną rolę ruminacji jako mechanizmu wyjaśniającego występowanie negatywnych i pozytywnych zmian potraumatycznych. Na mediacyjną rolę ruminowania zwracają uwagę również Wang i in. (2020). W ich badaniach ruminacje intruzywne były mediatorami związku poczucia strachu z zespołem stresu pourazowego, a refleksyjne – poczucia winy z potraumatycznym wzrostem w grupie nastolatków, którzy doświadczyli trzęsienia ziemi w Wenuchan. Ruminacje okazały się także pełnić mediacyjną rolę w relacji między niską zdolnością do regulacji emocji a objawami zespołu stresu pourazowego u ofiar wypadków drogowych (Ehring i Ehlers, 2014). Z kolei w badaniach Alamdar i in. (2020), przeprowadzonych wśród uczniów gimnazjum dotkniętych trzęsieniem ziemi w prowincji Yunnan Ludian uzyskano efekt częściowej mediacji dla ruminacji intruzywnych w związku negatywnego nastawienia z PTSD, a ruminacje refleksyjne mediowały związek pozytywnego nastawienia z PTG.

Ostatnim obszarem analizowanym w kontekście negatywnych i pozytywnych konsekwencji ekspozycji na traumę są podejmowane strategie radzenia sobie z nią. Biorąc pod uwagę pierwszy pomiar PTSD wyniki badań własnych wskazują, że z objawami tego zaburzenia dodatnio wiążą się strategie oparte na unikaniu, takie jak unikanie poznawcze, akceptacja/rezygnacja, poszukiwanie zastępczych wzmocnień czy wyładowanie emocjonalne oraz jedna strategia oparta na zbliżaniu, tj. analiza logiczna. W warunkach silnego stresu, a tak jest zwykle bezpośrednio po zdarzeniu traumatycznym, wykorzystanie nieadaptacyjnych sposobów radzenia sobie przez nastolatki wydaje się uzasadnione. Sytuacje traumatyczne, które są niewątpliwie uznawane za silny stres, wiążą się więc z wykorzystywaniem unikowych strategii zaradczych, co potwierdzają badania Wadsworth i Compas (2002) oraz Langrock i in. (2002). Dlaczego jednak analiza logiczna, która jest traktowana jako strategia konstruktywna (adaptacyjna) okazała się dodatnio powiązana z objawami PTSD? Być

może nadmierne analizowanie doznanej sytuacji wiąże się z ruminowaniem intruzywnym, przez co zwiększa u osoby po doświadczeniu traumatycznym podatność na występowanie negatywnych konsekwencji w postaci objawów PTSD.

Natomiast dwie strategie unikowe (poszukiwanie zastępczych wzmocnień i wyładowanie emocjonalne) okazały się być powiązane ujemnie z objawami PTSD ocenianym w II pomiarze, chociaż związki te są znacznie słabsze. W tym przypadku im większa skłonność do ich stosowania tym mniejsze nasilenie negatywnych konsekwencji ekspozycji na traumę. Strategie oparte na unikaniu zdają się pełnić rolę ochronną przed dalszym rozwojem objawów PTSD. Wskazuje to jednocześnie na zróżnicowane i odmienne znaczenie stosowanych strategii zaradczych dla negatywnych konsekwencji traumy w zależności od czasu ich pomiaru. Warto także zwrócić uwagę, że młodzież będąca w fazie rozwoju dopiero kształtuje swoje wzorce radzenia sobie i testuje różnorodne strategie zaradcze. Młodzi ludzie mogą się przy tym wzorować na rodzicach oraz innych ważnych osobach, co oznacza, że czasami będą korzystać z konstruktywnych strategii zaradczych, a czasami powielać niekorzystne wzorce zaradcze stosowane przez innych.

Z przeprowadzonych badań wynika, że zarówno adaptacyjne (oparte na zbliżaniu), jak i unikowe strategie zaradcze są istotnie dodatnio powiązane z PTG z pierwszego pomiaru. Oznacza to, że duża różnorodność podejmowanych sposobów radzenia sobie może być korzystna dla występowania pozytywnych zmian w krótszym czasie. Natomiast z PTG ocenianym w II pomiarze pozytywnie wiążą się strategie: analiza logiczna, akceptacja/rezygnacja oraz wyładowanie emocjonalne, którego rola okazała się większa niż pozostałych strategii. Wyładowanie emocjonalne było bowiem również predyktorem PTG II. Strategia ta służy przede wszystkim obniżeniu napięcia emocjonalnego. Być może odreagowanie emocjonalne pozwala nastolatkom po doświadczeniu traumatycznym na bardziej racjonalne spojrzenie na doznany problem i jego „przepracowanie”, sprzyjając w ten sposób występowaniu zmian o charakterze pozytywnym. Uzyskane wyniki potwierdzają model PTG opracowany przez Meyersona i in. (2011), akcentujący rolę procesów psychologicznych, przede wszystkim w postaci podejmowanych strategii zaradczych. Wśród nich zwraca się uwagę na znaczenie zarówno strategii skoncentrowanych na problemie, jak i emocjonalno-unikowych. Dodatkowo związki aktywnych i unikowych strategii zaradczych z PTG uzyskano również w badaniach Wolchik i in. (2008). Warto jednak nadmienić, że w badaniach własnych

analizowane strategie zaradcze nie pełniły roli istotnych predyktorów ani negatywnych, ani pozytywnych zmian potraumatycznych.

Należy także podkreślić, że analizując rolę aktywności zaradczej w rozwoju i podtrzymywaniu negatywnych i pozytywnych konsekwencji ekspozycji na traumę należy wziąć pod uwagę jej powiązanie z innymi zmiennymi, a przede wszystkim z posiadanymi zasobami osobistymi i społecznymi. Dlatego też, wykorzystując modelowanie strukturalne, przeanalizowano zależności bezpośrednie i pośrednie. Najlepsze wskaźniki dopasowania uzyskano dla modeli uwzględniających cztery strategie radzenia sobie: unikanie poznawcze, poszukiwanie wsparcia, akceptacja/rezygnacja oraz wyładowanie emocjonalne. Wyniki analiz wskazały, że unikanie poznawcze i akceptacja/rezygnacja są bezpośrednio dodatnio powiązane z PTG I, natomiast biorąc pod uwagę dwa pomiary jednocześnie z PTG I bezpośrednio wiąże się poszukiwanie wsparcia i wyładowanie emocjonalne. Ta ostatnia strategia jest również pozytywnie powiązana z PTG II i PTSD I oraz negatywnie z PTSD II. Zaobserwowano także pośredniczącą rolę dwóch strategii radzenia sobie (akceptacji/rezygnacji oraz unikania poznawczego) w relacji między prężnością a potraumatycznym wzrostem. Prężność jest dodatnio powiązana z akceptacją/rezygnacją, która z kolei pozytywnie wiąże się z PTG. Można zatem sądzić, że nastolatki, które w obliczu doświadczonej traumy w pierwszej kolejności są w stanie zaakceptować doznane zdarzenie, mogą osiągnąć wyższy poziom PTG. Natomiast unikanie poznawcze, powiązane dodatnio z prężnością i PTG prawdopodobnie pełni funkcję ochronną przed nadmiarem trudnych emocji. Dzięki temu może ułatwić koncentrację na przyszłości i wyciągnięcie wniosków z wydarzenia, a przez to sprzyjać występowaniu pozytywnych zmian potraumatycznych.

Należy także zwrócić uwagę na rolę strategii zaradczych jako zmiennych pośredniczących w relacji między PTSD a PTG. Wykorzystując analizę mediacji uzyskano efekt supresji dla analizy logicznej jako jedynej strategii, opartej na zbliżaniu, oraz dla czterech strategii unikowych (unikanie poznawcze, akceptacja/rezygnacja, poszukiwanie zastępczych wzmocnień i wyładowanie emocjonalne) w związku PTSD I z PTG I. Może to świadczyć o tym, że stosowanie tych sposobów radzenia sobie jest ważnym czynnikiem w osiąganiu wzrostu po traumie oraz wzmacniającym związek między negatywnymi i pozytywnymi konsekwencjami ekspozycji na traumę. Bardziej szczegółowe analizy wskazały również, że wyładowanie emocjonalne pełni rolę mediatora w relacji między pobudzeniem z pierwszego pomiaru a PTG z drugiego

pomiaru ogółem i jednym z obszarów – percepcją siebie. Natomiast biorąc pod uwagę tylko drugi pomiar, wyładowanie emocjonalne okazało się pełnić mediacyjną rolę w związku między PTSD II i PTG II (ogółem i dla wszystkich obszarów PTG) oraz między unikaniem a PTG II (ogółem i dla wszystkich obszarów PTG). Warto zauważyć, że rola tej strategii jest różna dla tych relacji. W pierwszym przypadku związek pobudzenia z PTG II jest dodatni, a wyładowanie emocjonalne zdaje się ten związek osłabiać, ale nie zmienia jego kierunku. Może to oznaczać, że młodzież o wyższym początkowym poziomie pobudzenia będzie częściej doświadczać wzrostu po traumie po 6 miesiącach, a stosowanie tej unikowej strategii może w tym pomóc. Natomiast w drugim przypadku związek PTSD II z PTG II ma charakter ujemny, czyli im niższe objawy zespołu stresu pourazowego, w tym unikania, tym wyższy poziom potraumatycznego wzrostu (ogółem i we wszystkich obszarach). Wyładowanie emocjonalne osłabia ten związek, ale nie zmienia jego kierunku. Młodzież, u której wraz z upływem czasu obniżyły się symptomy PTSD, szczególnie unikanie, częściej doświadcza wzrostu po traumie w drugim etapie badania, a wyładowanie emocjonalne zdaje się temu sprzyjać. Potwierdza to rezultaty badań własnych wskazujące, że unikowe strategie mają znaczenie dla osiągnięcia wyższego poziomu potraumatycznego wzrostu również wraz z upływem czasu. Być może z czasem młodzi ludzie coraz mniej myślą o doświadczonym zdarzeniu traumatycznym, co sprzyja ukierunkowaniu na przyszłość, rozwijaniu nowych zainteresowań i stawianiu sobie nowych celów życiowych.

Podsumowując przedstawione wyniki badań można zauważyć, że uwzględnione w badaniach zmienne psychospołeczne mają znaczenie zarówno dla negatywnych, jak i pozytywnych następstw traumy, choć ich rola jest zróżnicowana. Za istotny czynnik sprzyjający występowaniu objawów PTSD należy uznać przede wszystkim natrętne ruminowanie o doświadczonym zdarzeniu. Z kolei czynnikiem sprzyjającym PTG jest przede wszystkim zasób osobisty w postaci prężności psychicznej, ale dotyczy to raczej krótszego czasu. Należy także nadmienić, że w miarę upływu czasu, biorąc pod uwagę okres 6 miesięcy, nasilenie objawów PTSD znacząco się zmniejszyło, natomiast wzrosło nasilenie PTG. Ponadto czas pomiaru PTSD i PTG okazał się czynnikiem różnicującym związek między zmiennymi. O ile w I pomiarze w zasadzie brak było powiązań między negatywnymi a pozytywnymi skutkami ekspozycji na traumę, to biorąc pod uwagę II pomiar (po 6 miesiącach) utrzymujące się objawy PTSD zdawały się hamować PTG.

Wnioski, implikacje praktyczne, ograniczenia, „mocne strony” i przyszłe kierunki badań

Uzyskane wyniki pozwoliły na wyciągnięcie następujących wniosków:

1. Badana grupa młodzieży charakteryzuje się wysokim poziomem objawów zespołu stresu pourazowego i przeciętnym nasileniem potraumatycznego wzrostu w pierwszym pomiarze oraz niższym PTSD i wyższym PTG po upływie 6 miesięcy.
2. Wiek nie różnicuje objawów PTSD z I i II pomiaru, ale wiąże się z PTG z pierwszego etapu badań.
3. Płeć nie wiąże się z PTSD z I i II pomiaru i słabo różnicuje PTG z pierwszego etapu badań.
4. Rodzaj zdarzenia różnicuje jedynie nasilenie objawów PTSD w pierwszym pomiarze. Najwyższe wyniki uzyskały nastolatki, które doświadczyły wypadku drogowego lub śmierci bliskiej osoby, a najniższe pacjenci z diagnozą choroby nowotworowej. Nie wiąże się natomiast z PTSD z drugiego pomiaru oraz PTG z obu pomiarów.
5. Czas od zdarzenia traumatycznego różnicuje nasilenie objawów zespołu stresu potraumatycznego z pierwszego etapu badań. Najwyższe wyniki uzyskały nastolatki, które zgłosiły, że zdarzenie traumatyczne miało miejsce 1-2 lata od przeprowadzonego badania, natomiast najniższe - powyżej 3 lat. Również w odniesieniu do potraumatycznego wzrostu zaobserwowano istotny związek z czasem od zdarzenia. Wyższy poziom pozytywnych zmian potraumatycznych zgłosiła młodzież, która doświadczyła zdarzenia traumatycznego w okresie 2-3 lat od przeprowadzonego badania, następnie 1-2 lat. Nie zaobserwowano takich zależności dla drugiego pomiaru.
6. Rodzaj pomocy psychologicznej nie ma znaczenia dla nasilenia objawów PTSD i PTG, zarówno w I, jak i II etapie badania.
7. Związek między PTSD i PTG ma różny charakter w zależności od etapu badania. W I etapie relacja ta jest dodatnia, co oznacza, że wyższy poziom objawów zespołu stresu pourazowego sprzyja większemu nasileniu potraumatycznego wzrostu. Natomiast wraz z upływem czasu związek staje się ujemny, czyli to niższy poziom PTSD ma korzystne znaczenie dla utrzymywania się pozytywnych zmian potraumatycznych.

8. Ważną rolę dla objawów stresu pourazowego zdają się pełnić ruminacje natrętne, a dla potraumatycznego wzrostu prężność i ruminacje refleksyjne. Spośród strategii radzenia sobie istotne znaczenie dla obydwu rodzajów konsekwencji ekspozycji na traumę mają te o charakterze unikowym, a szczególnie wyładowanie emocjonalne.
9. Ruminacje i unikowe strategie zaradcze pełnią pośredniczącą rolę w relacji między negatywnymi a pozytywnymi następstwami traumy.

Podsumowując, zasadnym było przeprowadzenie opisanych badań w grupie młodzieży. Uzyskane dane pozwoliły przyjrzeć się złożonym zależnościom między czynnikami psychospołecznymi a negatywnymi i pozytywnymi skutkami doświadczonych przez nastolatków zdarzeń traumatycznych. Rezultaty badania mogą pozwolić na wdrożenie nowych programów profilaktycznych oraz wzbogacenie tych już istniejących. W terapii nastolatków, która doświadczyła traumy ważne jest zmniejszenie symptomów stresu pourazowego, jak również umożliwienie osiągnięcia potraumatycznego wzrostu. W uzyskaniu tych efektów ważną rolę należy przypisać prężności, przetwarzaniu poznawczemu, w postaci ruminacji, oraz wsparciu społecznemu. Warto zatem zadbać w ramach tych programów o rozwijanie prężności u młodzieży, zachęcanie ich do ruminowania o doświadczonej sytuacji, zwłaszcza refleksyjnego oraz większego korzystania ze wsparcia społecznego. Ponadto, w pracy z młodzieżą po doświadczeniach traumatycznych, w celu zmniejszenia nasilenia objawów stresu pourazowego i promowania wzrostu warto stosować różne techniki wizualizacyjne, praktykowanie uważności i relaksację. Ważnym aspektem jest też psychoedukacja w zakresie możliwych skutków traumy nie tylko dla młodzieży, ale też środowiska rodzinnego i szkolnego. Dzieci i młodzież są częścią systemu rodzinnego, zatem rola rodziców/opiekunów ma ogromne znaczenie dla ich funkcjonowania, szczególnie po doświadczeniu traumy. Z kolei szkoła i nauczyciele to drugi istotny obszar w życiu młodzieży, zatem wiedza i umiejętność obserwowania przejawianych przez młodzież symptomów pogorszenia się zdrowia psychicznego przez personel zdaje się być równie ważna.

Przeprowadzone badania wiążą się z pewnymi ograniczeniami. Dobór osób miał charakter celowy, a nie losowy. Do grupy kwalifikowano młodzież, która doświadczyła wybranych rodzajów zdarzeń traumatycznych, obejmujących wypadek drogowy, śmierć bliskiej osoby, chorobę własną i doświadczenie przemocy. Nie brano pod uwagę innych zdarzeń, których mogła doznać badana młodzież, podobnie jak nie uwzględniono sytuacji doświadczenia kilku zdarzeń jednocześnie. Nie można więc uogólniać uzyskanych

wyników. Nie oceniano także czy doświadczone zdarzenie w ocenie respondentów rzeczywiście miało charakter traumatyczny, a jeśli tak, to w jakiej skali.

Ponadto grupa badana nie była zbyt liczna, a w drugim pomiarze praktycznie zmniejszyła się o połowę. Wszyscy uczestniczący w badaniach młodzi ludzie byli objęci pomocą psychologiczną w postaci wsparcia lub terapii psychologicznej/psychoterapii. Nie uwzględniono młodzieży, która takiej pomocy nie uzyskała. Wykorzystane narzędzia pomiaru mają charakter samoopisowy, co mogło rzutować na uzyskane wyniki. Niektóre z np., jak np. Inwentarz Ruminacji o Negatywnym Zdarzeniu, zostały opracowane dla osób dorosłych i brak jest wystarczających dowodów, że sprawdzają się w badaniach młodzieży. Kolejnym dość istotnym ograniczeniem prezentowanych badań był brak kontrolowania innych zmiennych, które mogły mieć znaczenie dla ponoszonych przez młodzież konsekwencji ekspozycji na traumę, w tym roli środowiska rodzinnego. Przegląd literatury pokazał, że rodzina i jej cechy mają istotne znaczenie, zarówno w zapobieganiu objawom PTSD, jak i promowaniu wzrostu po traumie. W badaniach nie uwzględniono statusu rodzinnego, rodzeństwa i innych czynników związanych z osobą opiekuna (czynniki osobowościowe, przeszłe traumy, aktualne funkcjonowanie). Skoncentrowano się jedynie na wsparciu udzielanym z różnych źródeł. W badaniach nie analizowano innych negatywnych konsekwencji ekspozycji na traumę, w tym objawów depresji czy zachowań wskazujących na ryzyko uzależnienia od substancji, czy od czynności.

W badaniach przyjęto, że posiadane zasoby osobiste i społeczne, ruminacje oraz strategie zaradcze będą determinować objawy PTSD i PTG. Nie można jednak wykluczyć odwrotnej zależności, czyli, że symptomy stresu pourazowego oraz potraumatyczny wzrost będą oddziaływać na zasoby, stopień ruminowania i aktywność zaradczą. Należy także zwrócić uwagę na możliwość „nakładania się na siebie” niektórych analizowanych zmiennych, co mogło mieć wpływ na uzyskane wyniki. Dotyczy to przede wszystkim ruminacji i strategii zaradczych (ruminacje mogą być także traktowane jako formy radzenia sobie z doświadczoną traumą) oraz ruminacji i intruzji. Taka możliwość nakładania się może także odnosić się do wsparcia społecznego, które z jednej strony jest traktowane jako zasób, ale jest także sposobem radzenia sobie ze stresem.

Pomimo przedstawionych ograniczeń przeprowadzone badania wnoszą nowe treści w zakresie negatywnych i pozytywnych konsekwencji ekspozycji na traumę u młodzieży oraz ich uwarunkowań. Wskazują na istotne znaczenie aktywności poznawczej w postaci

natrętnego ruminowania o doświadczonym zdarzeniu w rozwoju PTSD oraz zasobu w postaci prężności dla PTG. Poszukiwanie czynników warunkujących występowanie i podtrzymywanie negatywnych i pozytywnych konsekwencji doświadczonych zdarzeń jest niezwykle ważne, zważywszy na fakt zwiększającej się liczby nastolatków narażonych na traumę oraz rosnącego odsetka młodych ludzi z zaburzeniami zdrowia psychicznego. Dużym walorem prezentowanej pracy jest podłużny charakter badań, który pozwolił na zaobserwowanie jak w czasie zmienia się nasilenie PTSD i PTG. Do oceny PTSD zostało zaadaptowane nowe narzędzie pomiaru, tj. Zrewidowana Skala Wpływu Zdarzeń dla Dzieci i Młodzieży CRIES-13. Może ono być wykorzystane w kolejnych badaniach, a tym samym przyczynić się do poszerzania wiedzy w zakresie negatywnych konsekwencji traumy.

Przyszłe kierunki badań nad uwarunkowaniami PTSD i PTG powinny uwzględnić znaczenie innych zasobów nastolatków, a także czynników związanych z funkcjonowaniem w rodzinie, w tym na przykład stylów przywiązania. Przydatne byłyby także szersze badania dotyczące dynamiki PTSD i PTG, uwzględniające kilka pomiarów w różnych odcinkach czasowych. Warto także zastanowić się nad opracowaniem nowych narzędzi pomiaru PTSD u dzieci i młodzieży, dostosowanych do DSM-5, a także narzędzia służącego do oceny ruminacji w grupie nastolatków.

Zakończenie

W ostatnich latach literatura psychologiczna dotycząca problematyki traumy i jej konsekwencji, zarówno negatywnych, jak i pozytywnych, została znacząco poszerzona, jednakże nie w odniesieniu do dzieci i młodzieży. Rozprawa doktorska, prezentując problematykę uwarunkowań negatywnych i pozytywnych konsekwencji doświadczonych zdarzeń traumatycznych u młodzieży, uzupełnia tę lukę w polskiej literaturze przedmiotu. Zagadnienie to, jest to o tyle ważne, iż w ostatnich latach znacząco pogorszył się stan zdrowia psychicznego młodych ludzi, a dodatkowy stres, związany m. in. z pandemią Covid-19 oraz wojną w Ukrainie, tylko ten problem pogłębi. Tym samym należy oczekiwać, że będzie wzrastać zapotrzebowanie na wiedzę z zakresu traumy i jej konsekwencji. Można także spodziewać się wzrostu zapotrzebowania młodych ludzi po doświadczeniach traumatycznych na pomoc ze strony profesjonalistów.

W rozprawie przedstawiono treści, uwzględniające najnowsze doniesienia, dotyczące problematyki traumy, w tym klasyfikacje, rozpowszechnienie i konsekwencje zarówno negatywne, w postaci objawów stresu pourazowego, jak i pozytywne, wyrażane w formie potraumatycznego wzrostu. Zaprezentowano również czynniki warunkujące występowanie tych konsekwencji. W części empirycznej przedstawiono wyniki badań własnych przeprowadzonych w grupie nastolatków po doświadczeniach traumatycznych, które potwierdziły występowanie zarówno objawów stresu pourazowego, jak i potraumatycznego wzrostu. Wskazano na znaczenie posiadanych zasobów osobistych i społecznych, ruminacji i stosowanych strategii zaradczych w występowaniu tych konsekwencji.

Badania dotyczące PTSD i potraumatycznego wzrostu skłaniają do pytań o naturę ludzkiej egzystencji, o sens i wartość życia poddawanego weryfikacji w kontekście doświadczanej traumy. Tego typu doświadczenia, które dla większości ludzi są nieuniknione, zmuszają do konfrontacji z silnymi emocjami, bólem i cierpieniem, ale mogą także stanowić punkt zwrotny i stać się szansą na bardziej sensowne i wartościowe życie. Nie oznacza to jednak, że doświadczanie traumy jest czymś dobrym czy pożądanym. Nie jest też tożsame z poczuciem szczęścia. To, czy młody człowiek z tych doświadczeń wyjdzie wzmocniony, zależy od wielu czynników, w tym od posiadanych zasobów i podejmowanej aktywności zaradczej. Proces wychodzenia z traumy wymaga wysiłku i ponoszenia kosztów psychologicznych. Przeżycie zdarzenia traumatycznego, a

przede wszystkim skuteczne uporanie się z jego negatywnymi następstwami, może wzbogacać osobowość człowieka, kształtować odporność na przyszłe wyzwania, przede wszystkim poprzez rozwijanie umiejętności radzenia sobie. Może też wzmacniać poczucie własnej skuteczności, przekonanie o sprawowaniu kontroli nad sytuacją, poprawiać relacje z innymi i służyć większemu docenianiu życia oraz rozwojowi duchowemu. Przedstawione rezultaty badań własnych, jak również dane prezentowane w literaturze, skłaniają do nieco innego spojrzenia na znaczenie doświadczania traumy. Wskazują one, że nie należy ograniczać się tylko do analizy jej negatywnych skutków, na których koncentruje się podejście oparte na psychopatologii, ale także poszukiwać możliwości wzrostu i rozwoju, na co zwraca uwagę nurt psychologii pozytywnej.

Bibliografia

- Adams, E. J. (2010). Healing invisible wounds. *Reclaiming Children & Youth*, 19(3), 32–33.
- Agaibi, C. E., Wilson, J. P. (2005). Trauma, PTSD, and resilience: A review of the literature. *Trauma, Violence & Abuse*, 6(3), 195–216.
- Ahern, N. R., Kiehl, E. M., Sole, M. L., Byers, J. (2006). A review of instruments measuring resilience. *Issues in comprehensive pediatric nursing*, 29(2), 103–125. doi.org/10.1080/01460860600677643
- Alamdari, S., Lv, Y., Guo, J., Lu, J., Zhang, Y. (2020). Attentional bias effect on post-traumatic outcomes in children after earthquake: Mediation role of rumination. *PsyCh Journal*, 9, 738–748. doi:10.1002/pchj.360
- Al Shawi, A. F. (2018). Prevalence of posttraumatic stress disorders among sample of internally displaced persons in Iraq, A preliminary study. *Journal of Community Medicine & Health Education*, 8(2), 1–3. doi.org/10.4172/2161-0711.1000599
- Al Shawi, A. F., Sarhan, Y. T., Altaha, M. A. (2019). Adverse childhood experiences and their relationship to gender and depression among young adults in Iraq: A cross-sectional study. *BMC Public Health*, 19, 1687. doi.org/10.1186/s12889-019-7957
- Aldridge, A.A., Roesch, S.C. (2008). Developing coping typologies of minority adolescents: A latent profile analysis. *Journal of Adolescence*, 31, 499–517.
- Aldwin, C. M. (1994). *Stress, coping, and development: An integrative perspective*. New York: Guilford.
- Aldwin, C. M., Sutton, K. (1998). A developmental perspective on post-traumatic growth. In R. G. Tedeschi, C. L. Park, L. G. Calhoun (Eds.), *Post-traumatic growth: Positive changes in the aftermath of crisis* (s. 43–63). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Aldwin, C. M., Sutton, K., Lachman, M. (1996). The development of coping resources in adulthood. *Journal of Personality*, 64, 91–113.
- Aldwin, C., Stokols, D. (1988). The effects of environmental change on individuals and groups: Some neglected issues in stress research. *Journal of Environmental Psychology*, 8, 57–75.
- Alibwaini, I., Thabet, A. M. (2019). Posttraumatic Stress Disorder and Resilience among Palestinian Adolescents in the Gaza Strip. *Arab Journal of Psychiatry*, 30(2), 151–159. doi.org/10.12816/0053345
- Alisic E., van der Schoot T.A., van Ginkel J.R. Kleber R.J. (2008). Looking Beyond Posttraumatic Stress Disorder in Children: Posttraumatic Stress Reaction, Posttraumatic Growth, and Quality of Life in a General Population Sample. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69 (9), 1455–1461.
- Alisic, E., Zalta, A. K., van Wesel, F., Larsen, S. E., Hafstad, G. S., Hassanpour, K., Smid, G. E. (2014). Rates of post-traumatic stress disorder in trauma-exposed children and adolescents: Metaanalysis. *The British Journal of Psychiatry*, 204, 335–340. doi.org/10.1192/bjp.bp.113.131227.
- Allbaugh, L. J., Wright, M. O., Folger, S. F. (2016). The role of repetitive thought in determining posttraumatic growth and distress following interpersonal trauma. *Anxiety, Stress, & Coping*, 29, 21–37. doi.org/10.1080/10615806.2015.1015422.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3rd ed.). Washington, DC.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3rd ed., revised). Washington, DC.

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed.)*. Washington, DC.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed.)*. Washington, DC.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.)*. Washington, DC.
- Amos, I. (2015). What is known about the post-traumatic growth experiences among people diagnosed with HIV/AIDS? A systematic review and thematic synthesis of the qualitative literature. *Counselling Psychology Review*, 30(3), 47–56.
- An, Y., Sun, X., Le, Y., Zhou, X. (2020). Trajectory and relation between posttraumatic stress disorder on resilience in adolescents following the Yancheng tornado. *Personality and Individual Differences*, 164, 110097. doi:10.1016/j.paid.2020.110097
- Andrades, M., García, F., Calonge, I., Martínez-Arias, R. (2017). Posttraumatic growth in children and adolescents exposed to the 2010 earthquake in Chile and its relationship with rumination and posttraumatic stress symptoms. *Journal of Happiness Studies*, 19(5), 1505–1517. doi.org/10.1007/s10902-017-9885-7
- Andrades, M., García, F. E., Kilmer, R. P. (2021). Post-traumatic stress symptoms and post-traumatic growth in children and adolescents 12 months and 24 months after the earthquake and tsunamis in Chile in 2010: A longitudinal study. *International Journal of Psychology*, 56(1), 48–55. doi.org/10.1002/ijop.12718
- Andreou, E., Tsermentseli, S., Anastasiou, O., Kouklari, E.-C. (2021). Retrospective Accounts of Bullying Victimization at School: Associations with Post-Traumatic Stress Disorder Symptoms and Post-Traumatic Growth among University Students. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 14(1), 9–18. doi.org/10.1007/s40653-020-00302-4
- Antoni, M.H., Lehman, J.M., Kilbourn, K., Boyers, A.E., Culver, J.L., Alferi, S.M., Yount, S.E., McGregor, B.A., Arena, P.L., Harris, S., Price, A.A., Carver, C.S. (2001). Cognitive-behavioral stress management intervention decreases the prevalence of depression and enhances benefit finding among women under treatment for early-stage breast cancer. *Health psychology: official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 20(1), 20–32 doi:10.1037/0278-6133.20.1.20
- Arandia, A. M., Mordeno, I. G., Nalipay, M. J. (2016). Assessing the latent structure of posttraumatic growth and its relationship with cognitive processing of trauma among Filipino women victims of intimate partner abuse. *Journal of Interpersonal Violence*. Published online February 2016. doi:dx.doi.org/10.1177/0886260516632354
- Armour, C., Tsai, J., Durham, T. A., Charak, R., Biehn, T. L., Elhai, J. D., Pietrzak, R. H. (2015). Dimensional structure of DSM-5 posttraumatic stress symptoms: Support for a hybrid anhedonia and externalizing behaviors model. *Journal of Psychiatric Research*, 61, 106–113. doi:10.1016/j.jpsychires.2014.10.012
- Arnberg, F. K., Johannesson, K. B., Michel, P. O. (2013). Prevalence and duration of PTSD in survivors six years after a natural disaster. *Journal of Anxiety Disorders*, 27(3), 347–352.
- Aydin, B., Akbas, S., Turla, A., Dundar, C. (2016). Depression and post-traumatic stress disorder in child victims of sexual abuse: Perceived social support as a protection factor. *Nordic Journal of Psychiatry*, 70, 418–423. doi:10.3109/08039488.2016.1143028

- Avanci, J. Q., Serpeloni, F., de Oliveira, T. P., de Assis, S. G. (2021). Posttraumatic stress disorder among adolescents in Brazil: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*, 21(1), 1–10. doi.org/10.1186/s12888-021-03062-z
- Badura-Madej, W., Dobrzyńska-Mesterhazy, A. (2004). Wpływ traumy na funkcjonowanie dziecka-świadka. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 3(1), 115-126.
- Baker, J. M., Kelly, C., Calhoun, L. G., Cann, A., Tedeschi, R. G. (2008). An examination of posttraumatic growth and posttraumatic depreciation: Two exploratory studies. *Journal of Loss and Trauma*, 13, 450–465. doi.org/10.1080/15325020802171367.
- Barakat, L. P., Alderfer, M. A., Kazak, A. E. (2006). Posttraumatic growth in adolescent survivors of cancer and their mothers and fathers. *Journal of Pediatric Psychology*, 31(4), 413–419. doi.org/10.1093/jpepsy/jsj058
- Baran, J. (2009). Application of the conception of traumatic stress in research on children with cancer and their parents. *Psychoonkologia*, 13(1), 28-32.
- Barańczuk, U. Zawadzki B. (2013). Polska adaptacja Inwentarza Poznawczych Strategii Regulacji Stanów Afektywnych ICARUS. *Psychologia – Etiologia – Genetyka*. 27, 87–105.
- Barskova, T., Oesterreich, R. (2009). Post-traumatic growth in people living with a serious medical condition and its relations to physical and mental health: A systematic review. *Disability Rehabilitation*, 31, 1709–1733.
- Baryła, W., Wojciszke, B. (2005). Kwestionariusz Ruminacji. *Studia Psychologiczne*, 43(4), 5-22.
- Beck, C. T. (2011). Secondary traumatic stress in nurses: A systematic review. *Archives of Psychiatric Nursing*, 25(1), 1–10.
- Bedyńska, S., Książek, M. (2012). *Statystyczny drogowskaz 3*. Warszawa Wydawnictwo, Akademickie SEDNO.
- Benjet, C., Bromet, E., Karam, E. G., Kessler, R. C., McLaughlin, K. A., Ruscio, A. M., Shahly, V., Stein, D. J., Petukhova, M., Hill, E., Alonso, J., Atwoli, L., Bunting, B., Bruffaerts, R., Caldas-de-Almeida, J. M., de Girolamo, G., Florescu, S., Gureje, O., Huang, Y., ... Koenen, K. C. (2015). The epidemiology of traumatic event exposure worldwide: results from the World Mental Health Survey Consortium. *Psychological Medicine*, 46(2), 327–343. doi.org/10.1017/s0033291715001981
- Bensimon, M. (2012). Elaboration on the association between trauma, PTSD and posttraumatic growth: The role of trait resilience. *Personality and Individual Differences*, 52(7), 782–787. doi.org/10.1016/j.paid.2012.01.011
- Bernstein, M., Pfefferbaum, B. (2018). Posttraumatic Growth as a Response to Natural Disasters in Children and Adolescents. *Current Psychiatry Reports*, 20(5). doi.org/10.1007/s11920-018-0900-4
- Berntsen, D., Rubin, D. C. (2006). The centrality of event scale: A measure of integrating a trauma into one's identity and its relation to post-traumatic stress disorder symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 44(2), 219–231. doi.org/10.1016/j.brat.2005.01.009
- Beuthin, R. E., Bruce, A., Sheilds, L. (2015). Storylines of aging with HIV: Shifts toward sense making. *Qualitative Health Research* 25(5), 612–621.
- Black, M. C., Basile, K. C., Breiding, M. J., Smith, S. G., Walters, M. L., Merrick, M. T., Stevens, M. R. (2011). *The National Intimate Partner and Sexual Violence Survey (NISVS): 2010 summary report*. Atlanta, GA: National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention.

- Blanchard, E. B., Hickling, E. J., Mitnick, N., Taylor, A. E., Loos, W. R., Buckley, T. C. (1995). The impact of severity of physical injury and perception of life threat in the development of post-traumatic stress disorder in motor vehicle accident victims. *Behaviour Research and Therapy*, 33(5), 529–534. doi.org/10.1016/0005-7967(94)00079-y
- Blanco C. (2011) Epidemiology of PTSD. W: Stein D.J., Friedman M.J., Blanco C., (Red.) *World Psychiatric Association evidence and experience in psychiatry series. Posttraumatic stress disorder*. (s.49-74). New York: Wiley Blackwell.
- Block, J. (1993). Studying personality the long way. W: D. C. Funder, R. D. Parke, C. Tomlinson-Keasey, K. Widaman (Red.), *Studying lives through time: Personality and development* (s. 9–41). American Psychological Association. doi.org/10.1037/10127-018
- Block, J. H., Block, J. (1980). The role of ego-control and ego-resiliency in the organization of behavior. W: W.A. Collins (Red.), *Development of cognition, affect and social relations: The Minnesota symposia on child psychology* (Vol. 13, s. 39-101). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Block, J., Kremen, A. M. (1996). IQ and ego-resiliency: Conceptual and empirical connections and separateness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70(2), 349–361. doi.org/10.1037/0022-3514.70.2.349
- Bogolyubova, O., Skochilov, R., Smykalo, L. (2014). Childhood Victimization Experiences of Young Adults in St. Petersburg, Russia. *Journal of Interpersonal Violence*, 30(7), 1153–1167. doi.org/10.1177/0886260514539849
- Bokszczanin A. (2003). *Spoleczne i psychiczne reakcje dzieci i mlodziezy na powodz w 1997 roku*. Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN.
- Bokszczanin, A. (2007). PTSD symptoms in children and adolescents 28 months after a flood: Age and gender differences. *Journal of Traumatic Stress*, 20(3), 347–351. https://doi.org/10.1002/jts.20220
- Bokszczanin A. (2015) *Postresowy wzrost i psychospoleczne funkcjonowanie mlodziezy po doswiadczeniach klęski powodzi*. Opole, Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego.
- Bolu A, Erdem M., Öznur T. (2014). Travma sonrasi stres bozukluğu. *Anatolian Journal of Clinical Investigation*. 8(2), 98-104.
- Borkowska, O., Platek, M. (2011). Skala przestępstwa zgwałcenia w Polsce W: J. Piotrowska i A. Synakiewicz (Red.), *Dość milczenia. Przemoc seksualna wobec kobiet i problem gwałtu w Polsce* (s. 10-23). Warszawa, Poland: Feminoteka.
- Borys B. (2004). Sytuacje ekstremalne i ich wpływ na stan psychiczny człowieka. *Psychiatria*, 2, 97-105.
- Boyes, M. E., Cluver, L. D., Gardner, F. (2012). Psychometric Properties of the Child PTSD Checklist in a Community Sample of South African Children and Adolescents. *PLoS ONE*, 7(10), 1–8. doi.org/10.1371/journal.pone.0046905
- Bramsen, I., Ploeg, H. M. (2007). Fifty years later: the long-term psychological adjustment of ageing World War II survivors. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 100(5), 350–358. doi.org/10.1111/j.1600-0447.1999.tb10878.x
- Breiding, M. J., Black, M. C., Ryan, G. W. (2008). Prevalence and risk factors of intimate partner violence in eighteen U.S. states/territories, 2005. *American Journal of Preventive Medicine*, 34(2), 112–118. 10.1016/j.amepre.2007.10.001
- Breslau, N. (2009). The epidemiology of trauma, PTSD, and other post-trauma disorders. *Trauma, Violence, & Abuse*, 10(3), 198–210. doi: 10.1177/1524838009334448

- Breslau, N., Kessler, R. C., Chilcoat, H. D., Schultz, L. R., Davis, G. C., Andreski, P. (1998). Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: The 1996 Detroit Area Survey of Trauma. *Archives of General Psychiatry*, 55, 626–632.
- Brewin, C. R. (2014). Episodic memory, perceptual memory, and their interaction: foundations for a theory of posttraumatic stress disorder. *Psychological Bulletin*, 140(1), 69.
- Briere, J., Scott, C. (2012). *Principles of trauma therapy* (2nd ed.). New York, NY: Sage
- Briggs-Gowan, M. J., Ford, J. D., Fraleigh, L., McCarthy, K., Carter, A. S. (2010). Prevalence of exposure to potentially traumatic events in a healthy birth cohort of very young children in the northeastern United States. *Journal of Traumatic Stress*, 23(6), 725–733. doi.org/10.1002/jts.20593
- Buckley, T. (2013). Traumatic stress and motor vehicle accidents. <https://www.aaets.org/traumatic-stress-library/traumatic-stress-and-motor-vehicle-accidents> (dostęp 12.09.2022)
- Butler, R. W., Rizzi, L. P., Handwerger, B. A. (1996). Brief report: The assessment of posttraumatic stress disorder in pediatric cancer patients and survivors. *Journal of Pediatric Psychology*, 21(4), 499–504. doi.org/10.1093/jpepsy/21.4.499
- Calhoun, L. G., Tedeschi, R. G. (1999). *Facilitating post-traumatic growth: A clinician's guide*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Calhoun, L. G., Tedeschi, R. G. (2004). The foundations of posttraumatic growth. *Psychological Inquiry*, 15, 93–102.
- Calhoun, L. G., Tedeschi, R. G. (2006). The foundations of posttraumatic growth: An expanded framework. [W:] L. G. Calhoun i R. G. Tedeschi (Red.), *Handbook of posttraumatic growth: Research and practice* (s. 1–23). Mahwah, NJ: Erlbaum
- Calhoun, L. G., Cann, A., Tedeschi, R. G., McMillan, J. (2010). The posttraumatic growth model: Sociocultural considerations. [W:] T. Weiss i R. Berger (red.), *Posttraumatic growth and culturally competent practice* (s. 1-14). Hoboken, NJ: John Wiley.
- Cann, A., Calhoun, L. G., Tedeschi, R. G., Triplett, K. N., Vishnevsky, T., Lindstrom, C. M. (2011). Assessing posttraumatic cognitive processes: the Event Related Rumination Inventory. *Anxiety, Stress & Coping*, 24(2), 137–156. doi.org/10.1080/10615806.2010.529901
- Cann, A., Calhoun, L. G., Tedeschi, R. G., Solomon, D. T. (2010). Posttraumatic growth and depreciation as independent experiences and predictors of well-being. *Journal of Loss and Trauma*, 15, 151–166. doi.org/10.1080/15325020903375826.
- Carboon, I., Anderson, V. A., Pollard, A., Szer, J., Seymour, J. F. (2005). Posttraumatic Growth Following a Cancer Diagnosis: Do World Assumptions Contribute? *Traumatology*, 11(4), 269–283. doi.org/10.1177/153476560501100406
- Carmassi, C., Akiskal, H. S., Bessonov, D., Massimetti, G., Calderani, E., Stratta, P., Rossi, A., Dell'Osso, L. (2014). Gender differences in DSM-5 versus DSM-IV-TR PTSD prevalence and criteria comparison among 512 survivors to the L'Aquila earthquake. *Journal of Affective Disorders*, 160, 55–61. doi.org/10.1016/j.jad.2014.02.028
- Carver, C. S. (2010). Resilience and Thriving: Issues, Models, and Linkages. *Journal of Social Issues*, 54(2), 245–266. doi.org/10.1111/j.1540-4560.1998.tb01217.x
- CATS Consortium. (2007). Implementing CBT for Traumatized Children and Adolescents After September 11: Lessons Learned from the Child and Adolescent Trauma Treatments and Services (CATS) Project. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 36(4), 581–592.

- Cebella, A., Łucka, I. (2007). Zespół stresu pourazowego – rozumienie i leczenie. *Psychiatria*, 4(3), 128-136.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2013, April). Understanding intimate partner violence. Pobrano 17.09.2022 z: <http://www.cdc.gov/VIOLENCEPREVENTION/intimatepartnerviolence>
- Cerdá, M. (2014). Posttraumatic growth in the aftermath of a disaster: Looking for the role of gender. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49, 1859–1860.
- Chan, C. S., Tang, K. N. S., Hall, B. J., Yip, S. Y. T., Maggay, M. (2016). Psychological Sequelae of the 2013 Super Typhoon Haiyan Among Survivor-Responders. *Psychiatry*, 79(3), 282–296. doi.org/10.1080/00332747.2015.1129874
- Chan, M. W. C., Ho, S. M. Y., Tedeschi, R. G., Leung, C. W. L. (2011). The valence of attentional bias and cancer-related rumination in posttraumatic stress and posttraumatic growth among women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 20(5), 544–552. doi.org/10.1002/pon.1761
- Charney D. S. (2004). Psychobiological mechanisms of resilience and vulnerability: implications for successful adaptation to extreme stress. *The American journal of psychiatry*, 161(2), 195–216. doi.org/10.1176/appi.ajp.161.2.195
- Chemtob, C., Nakashima, J. P., Hamada, R. S., Roitblat, H. L. (2002). Psychosocial intervention for post-disaster trauma symptoms in elementary school children: A controlled community field study. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 156, 211–216.
- Child Abuse Prevention and Treatment Act (CAPTA), The CAPTA Reauthorization Act of 2010, Public Law 111–320 (42 U.S.C. 5106a). Pobrano 19.09.2022 z <http://www.gpo.gov/fdsys/pkg/BILLS-111s3817enr/pdf>
- Chuang, S. S., Lamb, M. E., Hwang, C. P. (2006). Personality development from childhood to adolescence: A longitudinal study of ego-control and ego-resiliency in Sweden. *International Journal of Behavioral Development*, 30(4), 338–343. doi.org/10.1177/0165025406072795
- Cicchetti, D., Toth, S. L. (2005). Child maltreatment. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 409–438. doi:10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.144029
- Cichocka, A., Bilewicz, M. (2010). Co się kryje w nieistotnych efektach statystycznych? Możliwości zastosowania analizy supresji w psychologii społecznej. *Psychiatria*, 5, 14, 191-198.
- Cieślak, M., Bidzan, M. (2015). Wzrost osobowy u młodzieży zmagającej się z chorobą nowotworową – charakterystyka zjawiska. *Psychoonkologia*, 19(4), 152–160. doi:10.5114/pson.2015.57495
- Clark, D. C., Pynoos, R. S., Goebel, A. E. (1996). Mechanisms and processes of adolescent bereavement. [W:] R. J. Haggerty, L. R. Sherrod, N. Garnezy i M. Rutter (Red.), *Stress, risk, and resilience in children and adolescents: Processes, mechanisms, and interventions* (s. 100–146). Cambridge University Press.
- Cohen, J. A., Bukstein, O., Walter, H., Benson, S. R., Chrisman, A., Farchione, T. R., Hamilton, J., Keable, H., Kinlan, J., Schoettle, U., Siegel, M., Stock, S., Medicus, J. (2010). Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents with Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(4), 414–430. doi.org/10.1097/00004583-201004000-00021
- Cohen, J. A., Deblinger, E., Mannarino, A. P., Steer, R. A. (2004). A multisite randomized controlled study of sexually abused, multiply traumatized children with PTSD: Initial treatment outcome. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 393–402.

- Cohen J.A., Mannarino A.P, Deblinger E. (2011). *Terapia traumy i traumatycznej żaloby u dzieci i młodzieży*. Kraków, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego
- Cohen, S., Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310–357. doi.org/10.1037/0033-2909.98.2.310
- Connor, K. M., Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18(2), 76–82. doi.org/10.1002/da.10113
- Cordova, M. J., Andrykowski, M. A., Kenady, D. E., McGrath, P. C., Sloan, D. A., Redd, W. H. (1995). Frequency and correlates of posttraumatic-stress-disorder-like symptoms after treatment for breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(6), 981–986. doi.org/10.1037/0022-006x.63.6.981
- Cordova, M. J., Cunningham, L. L. C., Carlson, C. R., Andrykowski, M. A. (2001). Posttraumatic growth following breast cancer: A controlled comparison study. *Health Psychology*, 20(3), 176–185. doi.org/10.1037/0278-6133.20.3.176
- Cryder, C.H., Kilmer, R.P., Tedeschi, R.G., Calhoun, L.G. (2006). An exploratory study of posttraumatic growth in children following a natural disaster. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76(1), 65-69.
- Currier, J.M., Hermes, S., Phipps, S. (2009) Brief Report: Children's Response to Serious Illness: Perceptions of Benefit and Burden in a Pediatric Cancer Population. *Journal of Pediatric Psychology*, 34, 1129-1134. doi.org/10.1093/jpepsy/jsp021
- Cyr, K., Chamberland, C., Clément, M.-È., Lessard, G., Wemmers, J.-A., Collin-Vézina, D., Gagné, M.-H., Damant, D. (2013). Polyvictimization and victimization of children and youth: Results from a populational survey. *Child Abuse & Neglect*, 37(10), 814–820. doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.03.009
- Danhauer, S. C., Case, L. D., Tedeschi, R., Russell, G., Vishnevsky, T., Triplett, K., Ip, E. H., Avis, N. E. (2013). Predictors of posttraumatic growth in women with breast cancer. *Psycho-oncology*, 22, 2676–2683. doi.org/10.1002/pon.3298
- Daniel, L. C., Sabiston, C. M., Pitock, M., Gupta, A. A., Chalifour, K., Eaton, G., Garland, S. N. (2020). Fertility Preservation in Young Adults: Prevalence, Correlates, and Relationship with Post-Traumatic Growth. *Journal of Adolescent and Young Adult Oncology*. 10(4), 389–396. doi:10.1089/jayao.2020.0073
- Davis, C., Wortman, C.B., Lehman, D. R., Silver, R. (2000). Searching for Meaning in Loss: Are Clinical Assumptions Correct? *Death Studies*, 24, 497-540. doi.org/10.1080/07481180050121471
- Dąbkowska M. (2002), Zespół stresu pourazowego u dzieci. *Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej*, 2 (4), 251–254.
- Dąbkowska M. (2006), Wpływ traumatycznych doświadczeń na zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży. *Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej*, 4 (6), 161–164.
- Dąbkowska, M. (2008). Rozpoznawanie zespołu stresu pourazowego. *Neuropsychiatria i Neuropsychologia*, 3(2), 80-84.
- Deblinger, E., Lippman, J., Steer, R. (1996). Sexually abused children suffering posttraumatic stress symptoms: Initial treatment outcome findings. *Child Maltreatment*, 1, 310 –321.
- Dekel, S., Ein-Dor, T., Solomon, Z. (2012). Posttraumatic growth and posttraumatic distress: A longitudinal study. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 4, 94–101. doi.org/10.1037/a0021865
- Didkowska, J. (2011). Epidemiologia nowotworów złośliwych w Polsce. W: Meder J. (red.). *Podstawy onkologii klinicznej*. (s. 5-16). Warszawa, Wydawnictwo Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego.

- Dittmann, D. H., Schauer, M., Ruf, M. (2011). Treatment of traumatized victims of war and torture: A randomized controlled comparison of narrative exposure therapy and stress inoculation training. *Psychotherapy Psychosomatics*, 80(6), 345–352. doi.org/10.1159/000327253
- Dorsey, S., Briggs, E. C., Woods, B. A. (2011). Cognitive behavioral treatment of posttraumatic stress disorder in children and adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 20, 255–269. doi:10.1016/j.chc.2011.01.006
- Drabik, L., Kubiak-Sokół, A., Sobol, E. (2021). *Słownik języka polskiego PWN*. Warszawa, PWN.
- Dragan, M., Lis-Turlejska, M., Popiel, A., Szumiał, S., Dragan, W. Ł. (2012). The validation of the Polish version of the Posttraumatic Diagnostic Scale and its factor structure. *European journal of psychotraumatology*, 3, 10.3402/ejpt.v3i0.18479. doi.org/10.3402/ejpt.v3i0.18479
- Dragan, M. Niekorzystne doświadczenia w dzieciństwie a zachowania nałogowe (2021). [W:] M. Dragan i M. Rzeszutek (red.) *Z badań nad traumą psychiczną w Polsce* (s. 179-195). Wydawnictwo Scholar.
- Dudek, B. (2003). *Zaburzenie po stresie traumatycznym*. Gdańsk, GWP
- Dudek, B., Koniarrek, J. (2004). Osobowościowe uwarunkowania rozwoju zaburzenia po stresie traumatycznym. W: Strelau J (red.). *Osobowość a ekstremalny stres*. (s. 183-198). Gdańsk, GWP.
- Duraković-Belko, E., Kulenović, A., Dapic, R. (2003). Determinants of posttraumatic adjustment in adolescents from Sarajevo who experienced war. *Journal of Clinical Psychology*, 59, 27–40. doi.org/10.1002/jclp.10115.
- Dückers, M. L. A., Alisic, E., Brewin, C. R. (2016). A vulnerability paradox in the cross-national prevalence of post-traumatic stress disorder. *British Journal of Psychiatry*, 209(04), 300–305. doi:10.1192/bjp.bp.115.176628
- Ehlers, A., Clark, D.M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 319–345.
- Ehlers, A., Clark, D. M., Dunmore, E., Jaycox, L., Meadows, E., Foa, E. B. (1998). Predicting response to exposure treatment in PTSD: The role of mental defeat and alienation. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*, 11(3), 457-471.
- Ehrensaft, M. K., Moffitt, T. E., Caspi, A. (2004). Clinically abusive relationships in an unselected birth cohort: Men's and women's participation and developmental antecedents. *Journal of Abnormal Psychology*, 113(2), 258. doi:10.1037/0021-843X.113.2.258
- Ehring, T., Ehlers, A. (2014). Does rumination mediate the relationship between emotion regulation ability and posttraumatic stress disorder? *Psychotraumatology*, 5, 23547, doi: 10.3402/ejpt.v.523547
- Elhai, J. D., Palmieri, P. A. (2011). The factor structure of posttraumatic stress disorder: a literature update, critique of methodology, and agenda for future research. *Journal Of Anxiety Disorders*, 25(6), 849-854
- Elhai, J. D., Miller, M. E., Ford, J. D., Biehn, T. L., Palmieri, P. A., Frueh, B.C. (2012). Posttraumatic stress disorder in DSM-5: Estimates of prevalence and symptom structure in a nonclinical sample of college students. *Journal of Anxiety Disorders*, 26(1), 58–64. doi.org/10.1016/j.janxdis.2011.08.013
- Elklit, A. (2002). Victimization and PTSD in a Danish National Youth Probability Sample. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41(2), 174–181. doi.org/10.1097/00004583-200202000-00011

- Ellonen, N., Salmi, V. (2011). Poly-victimization as a life condition: Correlates of poly-victimization among Finnish children. *Journal of Scandinavian Studies in Criminology and Crime Prevention*, 12, 20-44. doi:10.1080/14043858.2011.561621
- Ens, C., Bond, J.B. (2005). Death anxiety and personal growth in adolescents experiencing the death of a grandparent. *Death Studies*, 29(2), 171–178.
- Eray, Ş., Uçar, H. N., Murat, D. (2017). The effects of relocation and social support on long-term outcomes of adolescents following a major earthquake: A controlled study from Turkey. *International Journal of Disaster Risk Reduction*, 24, 46–51. doi:10.1016/j.ijdr.2017.05.026
- Erickson, S.J., Steiner, H. (2001). Trauma and Personality Correlates in Long Term Pediatric Cancer Survivors. *Child Psychiatry and Human Development*, 31(3), 195–213. doi:10.1023/a:1026477321319
- Esan, D., Adeleke, B.O., Journal, I. (2017). A Review of Accidents in Adolescents. Adolescent and Youth Health. *Journal of the Obafemi Awolowo University Medical Students' Association*, 22(1).
- Evers, A. W. M., Kraaimaat, F. W., van Lankveld, W., Jongen, P. J. H., Jacobs, J. W. G., Bijlsma, J. W. J. (2001). Beyond unfavorable thinking: The Illness Cognition Questionnaire for chronic diseases. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(6), 1026–1036. doi.org/10.1037/0022-006x.69.6.1026
- Fan, F., Long, K., Zhou, Y., Zheng, Y., Liu, X. (2015). Longitudinal trajectories of post-traumatic stress disorder symptoms among adolescents after the Wenchuan earthquake in China. *Psychological Medicine*, 45(13), 2885–2896. doi.org/10.1017/s0033291715000884
- Fincham, D. S., Altes, L. K., Stein, D. J., Seedat, S. (2009). Posttraumatic stress disorder symptoms in adolescents: risk factors versus resilience moderation. *Comprehensive Psychiatry*, 50(3), 193–199. doi:10.1016/j.comppsy.2008.09.001
- Finkel, E. J., Eckhardt, C. I. (2011). *Intimate partner violence. In The Oxford handbook of close relationships*. New York, NY: Oxford.
- Finkelhor, D., Ormrod, R. K., Turner, H. A. (2007). Re-victimization patterns in a national longitudinal sample of children and youth. *Child Abuse & Neglect*, 31, 479–502. doi:10.1016/j.chiabu.2006.03.012
- 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. doi.org/10.1177/1077559504271287
- Finkelhor, D., Turner, H., Ormrod, R., Hamby, S. L. (2009). Violence, Abuse, and Crime Exposure in a National Sample of Children and Youth. *Pediatrics*, 124(5), 1411–1423. doi.org/10.1542/peds.2009-0467
- Finkelhor, D., Turner, H. A., Shattuck, A., Hamby, S. L. (2013). Violence, Crime, and Abuse Exposure in a National Sample of Children and Youth. *JAMA Pediatrics*, 167(7), 614. doi.org/10.1001/jamapediatrics.2013.42
- Finkelhor, D., Turner, H. A., Shattuck, A., Hamby, S. L. (2015). Prevalence of childhood exposure to violence, crime, and abuse: Results from the national survey of Children's Exposure to Violence. *JAMA Pediatrics*, 169(8), 746–754. doi.org/10.1001/jamapediatrics.2015.0676
- Fino, E., Bonfrate, I., Fino, V., Bocus, P., Russo, P. M., Mazzetti, M. (2021). Harnessing distress to boost growth in frontline healthcare workers during COVID-19 pandemic: the protective role of resilience, emotion regulation and social support. *Psychological Medicine*, 1–3. doi.org/10.1017/s0033291721000519

- Foa, E.B., Rothbaum, B.O. (1998). *Treating the trauma of rape: Cognitive-behavioral therapy for PTSD*. New York: The Guilford Press.
- Foa, E.B., Chrestman, K.R., Gilboa-Schechtman, E. (2014). *Przedłużona ekspozycja w terapii PTSD nastolatków*. Sopot, GWP
- Folkman, S., Moskowitz, J. T. (2000). Positive affect and the other side of coping. *American Psychologist*, 55(6), 647–654. doi.org/10.1037/0003-066x.55.6.647
- Frans, O., Rimmo, P.-A., Aberg, L., Fredrikson, M. (2005). Trauma exposure and post-traumatic stress disorder in the general population. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 111(4), 291–290. doi:10.1111/j.1600-0447.2004.00463.x
- Frazier, P., Conlon, A., Glaser, T. (2001). Positive and negative life changes following sexual assault. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(6), 1048–1055. doi.org/10.1037/0022-006x.69.6.1048
- Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist*, 56(3), 218–226. doi.org/10.1037/0003-066x.56.3.218
- Galea, S., Tracy, M., Norris, F., Coffey, S. F. (2008). Financial and social circumstances and the incidence and course of PTSD in Mississippi during the first two years after Hurricane Katrina. *Journal of Traumatic Stress*, 21(4), 357–368. doi.org/10.1002/jts.20355
- Gil-Rivas, V., Holman, E. A., Silver, R. C. (2004). Adolescent Vulnerability following the September 11th Terrorist Attacks: A Study of Parents and their Children. *Applied Developmental Science*, 8(3), 130–142. doi.org/10.1207/s1532480xads0803_3
- Gil-Rivas, V., Hypes, A., Kilmer, R. P., Williams, J. (2007, November). Child resources and children's PTS symptoms post-Hurricane Katrina. Poster presented at the 23rd Annual Meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies, Baltimore, MD.
- Glaesmer, H., Gunzelmann, T., Braehler, E., Forstmeier, S., Maercker, A. (2010). Traumatic experiences and post-traumatic stress disorder among elderly Germans: results of a representative population-based survey. *International Psychogeriatrics*, 22(4), 661–670. doi.org/10.1017/s104161021000027x
- Glück, T.M., Tran, U.S., Lueger-Schuster, B. (2012). PTSD and trauma in Austria's elderly: influence of wartime experiences, postwar zone of occupation, and life time traumatization on today's mental health status—an interdisciplinary approach. *European Journal of Psychotraumatology*, 3(1), 17263. doi.org/10.3402/ejpt.v3i0.17263
- Goodall, B., Chadwick, I., McKinnon, A., Werner, S. A., Meiser, S. R., Smith, P., Dalgleish, T. (2017). Translating the Cognitive Model of PTSD to the Treatment of Very Young Children: A Single Case Study of an 8-Year-Old Motor Vehicle Accident Survivor. *Journal of Clinical Psychology*, 73(5), 511–523. doi.org/10.1002/jclp.22449
- Grace, M.C., Green, B.L., Lindy, J.D., Leonard, A.C. (1993). The Buffalo Creek Disaster. [W:] Wilson, J.P., Raphael, B. (Red.) *International Handbook of Traumatic Stress Syndromes. The Plenum Series on Stress and Coping*. Springer, Boston, MA. S. 441–449. doi.org/10.1007/978-1-4615-2820-3_36
- Green, B. L., Rowland, J. H., Krupnick, J. L., Epstein, S. A., Stockton, P., Stern, N. M., Spertus, I. L., Steakley, C. (1998). Prevalence of Posttraumatic Stress Disorder in Women With Breast Cancer. *Psychosomatics*, 39(2), 102–111. doi.org/10.1016/s0033-3182(98)71356-8

- Griffin, G. (2020). Defining trauma and a trauma-informed COVID-19 response. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12(S1), S279—S280. doi.org/10.1037/tra0000828
- Griffin, G., McClelland, G., Holzberg, M., Stolbach, B., Maj, N., Kisiel, C. (2011). Addressing the impact of trauma before diagnosing mental illness in child welfare. *Child Welfare*, 90(6), 69–89.
- Hafstad, G. S., Gil-Rivas, V., Kilmer, R. P., Raeder, S. (2010). Parental adjustment, family functioning, and posttraumatic growth among Norwegian children and adolescents following a natural disaster. *American Journal of Orthopsychiatry*, 80(2), 248–257. doi.org/10.1111/j.1939-0025.2010.01028.x
- Hafstad, G. S., Kilmer, R. P., Gil-Rivas, V. (2011). Posttraumatic growth among Norwegian children and adolescents exposed to the 2004 tsunami. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 3(2), 130–138. doi.org/10.1037/a0023236
- Hager, D. L. (1992). Chaos and growth. *Psychotherapy*, 29, 378–384.
- Harmon, J., Venta, A. (2020). Adolescent Posttraumatic Growth: A Review. *Child Psychiatry & Human Development*. 52(4), 596–608. doi:10.1007/s10578-020-01047-9
- Hébert, M., Lavoie, F., Blais, M. (2014). Post Traumatic Stress Disorder/PTSD in adolescent victims of sexual abuse: resilience and social support as protection factors. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(3), 685–694. doi:10.1590/1413-81232014193.15972013
- Hedjazi, S.A., Moosavi, N. B., Sajjadi, R.B., Niroumand, S. (2022). The epidemiological assessment of sexual assault. *Journal of Fundamentals of Mental Health*, 61–65.
- Heid, A. R., Pruchno, R., Cartwright, F. P., Wilson-Genderson, M. (2016). Exposure to Hurricane Sandy, neighborhood collective efficacy, and post-traumatic stress symptoms in older adults. *Aging & Mental Health*, 21(7), 742–750. doi.org/10.1080/13607863.2016.1154016
- Heim, C., Shugart, M., Craighead, W.E., Nemeroff, C.B. (2010). Neurobiological and psychiatric consequences of child abuse and neglect. *Developmental Psychobiology*, 52(7), 671–690. doi:10.1002/dev.20494
- Heitzman, J. (2011). Advances in diagnosis and treatment of mental disorders. *Przewodnik Lekarza/Guide for GPs*, 14(1), 175-181.
- Helgeson, V. S., Reynolds, K. A., Tomich, P. L. (2006). A meta-analytic review of benefit finding and growth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(5), 797–816. doi:10.1037/0022-006x.74.5.797
- Helios, J., Jedlecka, W. (2019) *Diagnoza i ochrona dziecka z traumą rozwojową w polskim systemie prawa*. Warszawa, Wyd. Difin
- Heszen, I., Sęk, H. (2007). *Psychologia zdrowia*. Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Heszen-Celińska I., Sęk H. (2020). *Psychologia zdrowia*. Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Hayes, A. F. (2013). *Introduction to Mediation, Moderation, and Conditional Process Analysis: A Regression-Based Approach*. Guilford Publications.
- Hirooka, K., Fukahori, H., Ozawa, M., Akita, Y. (2016). Differences in posttraumatic growth and grief reactions among adolescents by relationship with the deceased. *Journal of Advanced Nursing*, 73(4), 955–965. doi.org/10.1111/jan.13196
- Hobfoll, S. E., Hall, B. J., Canetti-Nisim, D., Galea, S., Johnson, R. J., Palmieri, P. A. (2007). Refining our Understanding of Traumatic Growth in the Face of

- Terrorism: Moving from Meaning Cognitions to Doing what is Meaningful. *Applied Psychology*, 56(3), 345–366. doi.org/10.1111/j.1464-0597.2007.00292.x
- Hoge, C. W., Castro, C. A., Messer, S. C., McGurk, D., Cotting, D. I., Koffman, R. L. (2004). Combat duty in Iraq and Afghanistan, mental health problems, and barriers to care. *The New England Journal of Medicine*, 351(1), 13–22. doi.org/10.1056/NEJMoa040603
- Horowitz, M., Wilner, N., Alvarez, W. (1979). Impact of Event Scale: A Measure of Subjective Stress. *Psychosomatic Medicine*, 41(3), 209–218. doi.org/10.1097/00006842-197905000-00004
- Horwitz, A.V. (2018). *PTSD: A Short History*. Johns Hopkins University Press
- Hunter, A. J., Chandler, G. E. (1999). Adolescent resilience. Image: *The Journal of Nursing Scholarship*, 31(3), 243–247.
- Izydorczyk E., Zielona-Jenek M, Zdankiewicz-Ścigała E. (2020) Pozostałe zaburzenia w okresie dzieciństwa i adolescencji [W:] I. Grzegorzewska, L. Cierpiąłkowska, A.R. Borowska (Red.) *Psychologia kliniczna dzieci i młodzieży*. Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN
- Jaffee, S.R., Moffitt, T.E., Caspi, A., Taylor, A., Arseneault, L. (2002). Influence of Adult Domestic Violence on Children's Internalizing and Externalizing Problems: An Environmentally Informative Twin Study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41(9), 1095–1103. doi:10.1097/00004583-200209000-00010
- Janoff-Bulman, R. (1989). Assumptive Worlds and the Stress of Traumatic Events: Applications of the Schema Construct. *Social Cognition*, 7(2), 113–136. doi:10.1521/soco.1989.7.2.113
- Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered assumptions*. New York: The Free Press.
- Janoff-Bulman, R. (2004). Posttraumatic Growth: Three Explanatory Models. *Psychological Inquiry*, 15(1), 30–34.
- Jarmakowski, T. (2011). Rola myślenia ruminacyjnego w podatności na wyuczoną bezradność. *Studia Psychologiczne*, 49(1), 61–72.
- Jaser, S., Fear, J., Reeslund, K., Champion, J., Reising, M., Compas, B. (2008). Maternal sadness and adolescents' responses to stress in offspring of mothers with and without a history of depression. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37, 736–746. doi.org/10.1080/15374410802359742
- Sarah S. Jaser, Adela M. Langrock, Gary Keller, Mary Jane Merchant, Molly A. Benson, Kristen Reeslund, Jennifer E. Champion, Bruce E. Compas (2005) Coping with the Stress of Parental Depression II: Adolescent and Parent Reports of Coping and Adjustment. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 34(1), 193–205. doi:10.1207/s15374424jccp3401_18
- Jensen, T. K., Dyb, G., Nygaard, E. (2009). A longitudinal study of posttraumatic stress reactions in Norwegian children and adolescents exposed to the 2004 tsunami. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 163(9), 856–861. doi.org/10.1001/archpediatrics.2009.151
- Jia, X., Liu, X., Ying, L., Lin, C. (2017). Longitudinal relationships between social support and posttraumatic growth among adolescent survivors of the Wenchuan earthquake. *Frontiers in Psychology*, 8, 1275. doi:10.3389/fpsyg.2017.01275
- Jin, Y., Deng, H., An, J., Xu, J. (2019). The Prevalence of PTSD Symptoms and Depressive Symptoms and Related Predictors in Children and Adolescents 3 Years After the Ya'an Earthquake. *Child Psychiatry & Human Development*, 50(2), 300–307. doi.org/10.1007/s10578-018-0840-6

- Jin, Y., Xu, J., Liu, D. (2014a). The relationship between post traumatic stress disorder and post traumatic growth: gender differences in PTG and PTSD subgroups. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49(12), 1903–1910. doi:10.1007/s00127-014-0865-5
- Jin, Y., Xu, J., Liu, H., Liu, D. (2014b). Posttraumatic stress disorder and posttraumatic growth among adult survivors of Wenchuan earthquake after 1 year: Prevalence and correlates. *Archives of Psychiatric Nursing*, 28, 67–73.
- Johnson, H., Thompson, A. (2008). The development and maintenance of post-traumatic stress disorder (PTSD) in civilian adult survivors of war trauma and torture: A review. *Clinical Psychology Review*, 28(1), 36–47.
- Jordan, C. E., Campbell, R., Follingstad, D. (2010). Violence and women's mental health: the impact of physical, sexual, and psychological aggression. *Annual review of clinical psychology*, 6, 607–628. doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-090209-151437
- Joseph, S., Linley, P. A. (2006). Growth following adversity: theoretical perspectives and implications for clinical practice. *Clinical psychology review*, 26(8), 1041–1053. doi.org/10.1016/j.cpr.2005.12.006
- Joseph, S., Williams, R., Yule, W. (1993). Changes in outlook following disaster: The preliminary development of a measure to assess positive and negative responses. *Journal of Traumatic Stress*, 6(2), 271–279. doi:10.1002/jts.2490060209
- Juczyński, Z., Ogińska-Bulik, N. (2009). Pomiar zaburzeń po stresie traumatycznym – polska wersja zrewidowanej Skali Wpływu Zdarzeń. *Psychiatria*, 6, 15–25.
- Kalaf, J., Coutinho, E., Vilete, L., Luz, M. P., Berger, W., Mendlowicz, M., Volchan, E., Andreoli, S. B., Quintana, M. I., de Jesus Mari, J., Figueira, I. (2017). Sexual trauma is more strongly associated with tonic immobility than other types of trauma - A population based study. *Journal of affective disorders*, 215, 71–76. doi.org/10.1016/j.jad.2017.03.009
- Kállay, É. (2007). Posttraumatic growth – the brief review. *Series Humanistica*, 5, 55–85.
- Kerig, P. K., Becker, S. P. (2010). From internalizing to externalizing: Theoretical models of the processes linking PTSD to juvenile delinquency. [W:] S. J. Egan (Red.). *Post-traumatic stress disorder: Causes, symptoms, and treatment* (s. 33–78). New York, NY: Nova Science Publishers.
- Kersting, A., Dölemeyer, R., Steinig, J., Walter, F., Kroker, K., Baust, K., Wagner, B. (2013). Brief Internet-based intervention reduces posttraumatic stress and prolonged grief in parents after the loss of a child during pregnancy: a randomized controlled trial. *Psychotherapy and psychosomatics*, 82(6), 372–381. doi.org/10.1159/000348713
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., Merikangas, K. R., Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*, 62(6), 617–627. doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.617
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of general psychiatry*, 52(12), 1048–1060. doi.org/10.1001/archpsyc.1995.03950240066012
- Khamis, V. (2015). Coping with war trauma and psychological distress among school-age Palestinian children. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 85, 72–79. doi.org/10.1037/ort0000039

- Khamis, V. (2019). Posttraumatic stress disorder and emotion dysregulation among Syrian refugee children and adolescents resettled in Lebanon and Jordan. *Child Abuse & Neglect*, 89, 29–39. doi:10.1016/j.chiabu.2018.12.013
- Kienzler, H. (2008). Debating war-trauma and post-traumatic stress disorder (PTSD) in an interdisciplinary arena. *Social Science & Medicine*, 67(2), 218–227. doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.03.030
- Kilmer, R. P. (2006). Resilience and posttraumatic growth in children. [W:] L. G. Calhoun i R. G. Tedeschi (Red.), *Handbook of posttraumatic growth: Research and practice* (s. 264 –288). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Kilmer, R. P., Gil-Rivas, V. (2008). Posttraumatic growth in youth following disasters. *The Prevention Researcher*, 15, 18 –20.
- Kilmer, R. P., Gil-Rivas, V. (2010). Exploring Posttraumatic Growth in Children Impacted by Hurricane Katrina: Correlates of the Phenomenon and Developmental Considerations. *Child Development*, 81(4), 1211–1227. doi.org/10.1111/j.1467-8624.2010.01463.x
- Kilmer, R. P., Gil-Rivas, V., Griesse, B., Hardy, S. J., Hafstad, G. S., Alisic, E. (2014). Posttraumatic growth in children and youth: Clinical implications of an emerging research literature. *American Journal of Orthopsychiatry*, 84(5), 506–518. doi:10.1037/ort0000016
- Kilmer, R. P., Gil-Rivas, V., Hypes, A. W., Roof, K. A., Williams, J. L. (2009). Exploring associations between child self-system functioning and post-disaster depressive symptoms. Poster presented at the 26th Annual Meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies, Atlanta, GA
- Kilmer, R.P., Gil-Rivas, V., Tedeschi, R.G., Cann, A., Calhoun, L.G., Buchanan, T.K., Taku, K. (2009). Use of the revised Posttraumatic Growth Inventory for Children. *Journal of Traumatic Stress*, 22 3, 248-53.
- Kilpatrick, D. G., Resnick, H. S., Milanak, M. E., Miller, M. W., Keyes, K. M., Friedman, M. J. (2013). National estimates of exposure to traumatic events and PTSD prevalence using DSM-IV and DSM-5 criteria. *Journal of Traumatic Stress*, 26(5), 537–547. https://doi.org/10.1002/jts.21848
- Kilpatrick, D. G., Saunders, B. E., Inter-university Consortium for Political and Social Research. (1995). National Survey of Adolescents in the United States, 1995. Ann Arbor, Mich: Inter-university Consortium for Political and Social Research
- Kilpatrick, D. G., Saunders, B. E., Amick-McMullan, A., Best, C. L., Veronen, L. J., Resnick, H. S. (1989). Victim and crime factors associated with the development of crime-related post-traumatic stress disorder. *Behavior Therapy*, 20, 199–214.
- Kimhi, S., Eshel, Y., Zysberg, L., Hantman, S. (2009). Postwar winners and losers in the long run: determinants of war related stress symptoms and posttraumatic growth. *Community Mental Health Journal*, 46(1), 10–19. doi.org/10.1007/s10597-009-9183-x
- King, D. W., King, L. A., Gudanowski, D. M., Vreven, D. L. (1995). Alternative representations of war zone stressors: Relationships to posttraumatic stress disorder in male and female Vietnam veterans. *Journal of Abnormal Psychology*, 104(1), 184–196. doi.org/10.1037/0021-843x.104.1.184
- King, D. W., Leskin, G. A., King, L. A., Weathers, F. W. (1998). Confirmatory factor analysis of the clinician-administered PTSD Scale: Evidence for the dimensionality of posttraumatic stress disorder. *Psychological Assessment*, 10(2), 90–96. doi.org/10.1037/1040-3590.10.2.90
- Kira, I., Aboumediene, S., Ashby, J., Odenat, L., Mohanesh, J., Alamia, H. (2013). The Dynamics of Posttraumatic Growth Across Different Trauma Types in a

- Palestinian Sample. *Journal of Loss & Trauma*, 18(2), 120–139. doi.org/10.1080/15325024.2012.679129
- Kira, I. A., Templin, T., Lewandowski, L., Clifford, D., Wiencek, P., Hammad, A., Mohanesh, J., Al-haidar, A.-M. (2006). The Effects of Torture: Two Community Studies. *Peace and Conflict: Journal of Peace Psychology*, 12(3), 205–228. doi.org/10.1207/s15327949pac12031
- Kirkner, A., Ullman, S. E. (2019). Sexual Assault Survivors' Post-Traumatic Growth: Individual and Community-Level Differences. *Violence Against Women*, 107780121988801. doi:10.1177/1077801219888019
- Klecka, M., Palicka, I. (2018). Trauma rozwojowa u dzieci – perspektywa neurorozwojowa. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 17(2), 26–37.
- Kleim, B., Ehlers, A. (2009). Evidence for a curvilinear relationship between posttraumatic growth and posttrauma depression and PTSD in assault survivors. *Journal of Traumatic Stress*, 22(1), 45–52. doi.org/10.1002/jts.20378
- Klohn, E. C. (1996). Conceptual analysis and measurement of the construct of ego-resiliency. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70(5), 1067–1079. doi.org/10.1037/0022-3514.70.5.1067
- Kmiecik-Baran, K. (2000). *Narzędzia do rozpoznawania zagrożeń społecznych w szkole. Publikacja nr 4 z serii Młodzież i Przemoc*. Gdańsk, Wydawnictwo Przegląd Oświatowy
- Kobylarczyk, M., Ogińska-Bulik, N. (2015). Poczucie kontroli a osobowy wzrost u nastolatków, którzy doświadczyli negatywnego wydarzenia życiowego – medycyjna rola prężności. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 24(2), 68–75. doi.org/10.1016/j.pin.2015.04.001
- Kobylarczyk, M., Ogińska-Bulik, N. (2018). Assessing resiliency and personal growth in a group of adolescents experiencing negative life events: The mediating role of emotional intelligence. *Current Issues in Personality Psychology*, 6(2), 91–101. doi.org/10.5114/cipp.2017.68341
- van der Kolk, B. A. (1996). The body keeps the score: Approaches to the psychobiology of posttraumatic stress disorder. [W:] B. A. van der Kolk, A. C. McFarlane, L. Weisaeth (Red.). *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society* (s. 214–241). New York, NY: Guilford Press.
- van der Kolk, B. A. (2003). *Psychological Trauma*. American Psychiatric Association Publishing. Washington DC.
- Kolko, D. J., Swenson, C. C. (2002). *Assessing and treating physically abused children and families: A cognitive-behavioral approach*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Koopman, C., Butler, L. D., Classen, C., Giese-Davis, J., Morrow, G. R., Westendorf, J., Banerjee, T., Spiegel, D. (2002). Traumatic stress symptoms among women with recently diagnosed primary breast cancer. *Journal of Traumatic Stress*, 15(4), 277–287. doi.org/10.1023/a:1016295610660
- Koutrouli, N., Anagnostopoulos, F., Potamianos, G. (2012). Posttraumatic Stress Disorder and Posttraumatic Growth in Breast Cancer Patients: A Systematic Review. *Women & Health*, 52(5), 503–516. doi.org/10.1080/03630242.2012.679337
- Kowalik, J., Weller, J., Venter, J., Drachman, D. (2011). Cognitive behavioral therapy for the treatment of pediatric posttraumatic stress disorder: A review and meta-analysis. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 42, 405–413. doi:10.1016/j.jbtep.2011.02.002
- Krupnik, V. (2019). Trauma or adversity? *Traumatology*, 25(4), 256–261.

- Kucharska, J. (2015). Feminist Identity Styles, Sexual and Non-Sexual Traumatic Events, and Psychological Well-Being in a Sample of Polish Women. *Journal of Interpersonal Violence*, 33(1), 117–136. doi:10.1177/0886260515600163
- Kuwert, P., Spitzer, C., Träder, A., Freyberger, H. J., Ermann, M. (2006). Sixty years later: post-traumatic stress symptoms and current psychopathology in former German children of World War II. *International Psychogeriatrics*, 19(5), 955–961. doi.org/10.1017/s104161020600442x
- Kübler-Ross, E. (1979). *Rozmowy o śmierci i umieraniu*. Wyd. Media Rodzina.
- Kwarta, P., Pietras, T., Grzelińska, J. (2012). Potraumatyczny rozwój u dzieci i młodzieży - perspektywy badawcze. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*. 1(3), 293–297.
- La Greca, A. M., Lai, B. S., Llabre, M. M., Silverman, W. K., Vernberg, E. M., Prinstein, M. J. (2013). Children's Postdisaster Trajectories of PTS Symptoms: Predicting Chronic Distress. *Child & Youth Care Forum*, 42(4), 351–369. doi.org/10.1007/s10566-013-9206-1
- Langrock, A. M., Compas, B. E., Keller, G., Merchant, M. J. (2002). Coping with the stress of parental depression: parents' reports of children's coping and emotional/behavioral problems. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 31, 312–324. doi.org/10.1207/S15374424JCCP3103_03.
- Laufer, A., Solomon, Z. (2006). Posttraumatic Symptoms and Posttraumatic Growth among Israeli Youth Exposed to Terror Incidents. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25, 429–447. dx.doi.org/10.1521/jscp.2006.25.4.429
- Laufer, A., Raz-Hamama, Y., Levine, S., Solomon, Z. (2009). Posttraumatic growth in adolescence: The role of religiosity, distress, and forgiveness. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 28, 862–880. doi:10.1521/jscp.2009.28.7.862
- Lauterbach, D., Vrana, S. (2001). The relationship among personality variables, exposure to traumatic events, and severity of posttraumatic symptoms. *Journal of Traumatic Stress*, 14, 1, 29–45. doi.org/10.1023/a:1007831430706
- Lawrence, J. W., Fauerbach, J. A. (2003). Personality, Coping, Chronic Stress, Social Support and PTSD Symptoms Among Adult Burn Survivors. *Journal of Burn Care & Rehabilitation*, 24(1), 63–72. doi.org/10.1097/00004630-200301000-00016
- Lechner, S.C., Antoni, M.H. (2004). Posttraumatic Growth and Group-Based Interventions for Persons Dealing With Cancer: What Have We Learned So Far? *Psychological Inquiry*, 15, 35–41.
- Lechner, S. C., Zakowski, S. G., Antoni, M. H., Greenhawt, M., Block, K., Block, P. (2003). Do sociodemographic and disease-related variables influence benefit-finding in cancer patients? *Psycho-Oncology*, 12(5), 491–499. doi:10.1002/pon.671
- Lennon-Dearing, R., Price, J. (2018). Women living with HIV tell their stories with photovoice. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 1–14. doi:10.1080/10911359.2018.1443867
- Lepore, S. J., Revenson, T. A. (2006). *Resilience and Posttraumatic Growth: Recovery, Resistance, and Reconfiguration*. New York, NY: Lawrence Erlbaum
- Lepore, S. J., Ragan, J. D., Jones, S. (2000). Talking facilitates cognitive–emotional processes of adaptation to an acute stressor. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78, 499–508. doi:10.1037/0022-3514.78.3.499
- Letzring, T.D., Block, J., Funder, D.C. (2005). Ego-control and ego-resiliency: Generalization of self-report scales based on personality descriptions from acquaintances, clinicians, and the self. *Journal of Research in Personality*, 39, 395–422.

- Levine, S. Z., Laufer, A., Hamama-Raz, Y., Stein, E., Solomon, Z. (2008). Posttraumatic growth in adolescence: Examining its components and relationship with PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 21(5), 492–496. doi.org/10.1002/jts.20361
- Levine, S. Z., Laufer, A., Stein, E., Hamama-Raz, Y., Solomon, Z. (2009). Examining the relationship between resilience and posttraumatic growth. *Journal of Traumatic Stress*, 22(4), 282–286. doi.org/10.1002/jts.20409
- Lewis, C. (2021). The making and re-making of the “rape capital of the world”: on colonial durabilities and the politics of sexual violence statistics in DRC. *Critical African Studies*, 1–18. doi:10.1080/21681392.2021.1902831
- Lewis, S. J., Arseneault, L., Caspi, A., Fisher, H. L., Matthews, T., Moffitt, T. E., Odgers, C. L., Stahl, D., Teng, J. Y., Danese, A. (2019). The epidemiology of trauma and post-traumatic stress disorder in a representative cohort of young people in England and Wales. *The Lancet Psychiatry*, 6(3), 247–256. https://doi.org/10.1016/s2215-0366(19)30031-8
- Li, L., Li, S., Wang, Y., Yi, J., Yang, Y., He, J., Zhu, X. (2017). Coping profiles differentiate psychological adjustment in Chinese women newly diagnosed with breast cancer. *Integrative Cancer Therapies*, 16, 196–204. doi.org/10.1177/1534735416646854
- Li, X., Zhang, X., Pan, Y., Wu, X., Ge, L., Zhang, X. (2017). Effect of cognitive adaptation process on spiritual well-being of patients with advanced lung cancer. *Guangdong Medical Journal (Chinese)*, 40(07), 902–907.
- Lila, M., Herrero, J., Gracia, E. (2008). Multiple victimization of Spanish adolescents: A multilevel analysis. *Adolescence*, 43(170), 333–350.
- Linley, P. A., Joseph, S. (2004). Positive change following trauma and adversity: a review. *Journal of Traumatic Stress*, 17(1), 11–21. doi.org/10.1023/B:JOTS.0000014671.27856.7e
- Lis-Turlejska M. (2004). Rozpowszechnienie traumatycznych zdarzeń oraz objawów potraumatycznych w nieklinicznej próbie studentów wyższych uczelni. [W:] J. Strelau (Red.). *Osobowość a ekstremalny stres*. (s.100–118). Gdańsk, GWP.
- Lis-Turlejska, M. (2008). Prevalence of traumatic events and posttraumatic stress symptoms in a student sample in Poland. *Torture: quarterly journal on rehabilitation of torture victims and prevention of torture*, 18(1), 12–9.
- Lis-Turlejska M. (2009). Zdarzenia traumatyczne – sposoby definiowania, pomiar i rozpowszechnienie, [W:] J. Strelau, B. Zawadzki, M. Kaczmarek (Red.), *Konsekwencje psychiczne traumy. Uwarunkowania i terapia* (s.15–33). Warszawa, Wydawnictwo Naukowe „Scholar”.
- Liu, P., Wang, L., Cao, C., Wang, R., Zhang, J., Zhang, B., Elhai, J. D. (2014). The underlying dimensions of DSM-5 posttraumatic stress disorder symptoms in an epidemiological sample of Chinese earthquake survivors. *Journal of Anxiety Disorders*, 28(4), 345–351. doi:10.1016/j.janxdis.2014.03.008
- Liu, M., Wang, L., Shi, Z., Zhang, Z., Zhang, K., Shen, J. (2011). Mental health problems among children one-year after Sichuan earthquake in China: A follow-up study. *PLoS One*, 6(2), e14706.
- Liu A-N, Wang L-L, Yan T-T, Gong J, Liu H-Y, Jiang Y, Pan Z-W, Liu X-H. (2018). Attentional bias toward emotional stimuli in accidentally injured Chinese patients with different posttraumatic growth levels. *Psychology, Health & Medicine*, 23(9), 1125–1136. doi.org/10.1080/13548506.2018.1465575
- Lowe, S. R., Manove, E. E., Rhodes, J. E. (2013). Posttraumatic stress and posttraumatic growth among low-income mothers who survived Hurricane Katrina. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81, 877–889.

- Lu, W., Xu, C., Hu, X., Liu, J., Zhang, Q., Peng, L., Li, M., Li, W. (2022a). The Relationship Between Resilience and Posttraumatic Growth Among the Primary Caregivers of Children With Developmental Disabilities: The Mediating Role of Positive Coping Style and Self-Efficacy. *Frontiers in Psychology*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.765530>
- Lu, W., Yanos, P. T., Waynor, W., Jia, Y., Siriram, A., Leong, A., Gill, K., Mueser, K. T. (2022b). Psychometric properties of post-traumatic stress disorder (PTSD) checklist for DSM-5 in persons with serious mental illness. *European Journal of Psychotraumatology*, 13(1). doi.org/10.1080/20008198.2022.2038924
- Luthar, S. S., Cicchetti, D., Becker, B. (2000). The construct of resilience: a critical evaluation and guidelines for future work. *Child development*, 71(3), 543–562. doi.org/10.1111/1467-8624.00164
- Łosiak, W. (2005). *Słownik psychologii*. Kraków, Zielona Sowa
- Maalouf, F. T., Haidar, R., Mansour, F., Elbejjani, M., Khoury, J. E., Khoury, B., Ghandour, L. A. (2022). Anxiety, depression and PTSD in children and adolescents following the Beirut port explosion. *Journal of Affective Disorders*, 302, 58–65. doi.org/10.1016/j.jad.2022.01.086
- Mahmood, H. M., Ibrahim, H., Gassmann, K. (2019). Posttraumatic stress disorder and depression among Syrian refugees residing in the Kurdistan region of Iraq. *Conflict and Health*, 13, 51. doi.org/10.1186/s13031-019-0238-5
- Mahoney, M. J. (1982). Psychotherapy and human change processes. [W:] J. H. Harvey, M. M. Parks (Red.), *Psychotherapy research and behavior change* (s. 77–122). Washington, DC: American Psychological Association
- Martin, L. L., Tesser, A. (1989). Toward a motivational and structural theory of ruminative thought. [W:] J. S. Uleman i J. A. Bargh (Red.), *Unintended thought* (s. 306–326). New York: Guilford.
- Martin, L. M., Tesser, A. (1996). Clarifying our thoughts. [W:] R. S. Dyer (Red.), *Ruminative thoughts: Advances in social cognition* (s. 189–209). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers
- Martin, L. L., Tesser, A. (2006). Extending the goal progress theory of rumination: Reevaluation and growth. [W:] L. J. Sanna i E. C. Chang (Red.), *Judgments over time: The interplay of thoughts, feelings, and behaviors* (s. 145–162). New York: Oxford University Press
- Martin, L., Rea, S., Wood, F. (2021). A quantitative analysis of the relationship between posttraumatic growth, depression and coping styles after burn. *Burns*. [doi:10.1016/j.burns.2021.05.019](https://doi.org/10.1016/j.burns.2021.05.019)
- McFarlane, A.C., Papay, P. (1992). Multiple Diagnoses in Posttraumatic Stress Disorder in the Victims of a Natural Disaster. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 180(8), 498–504. doi.org/10.1097/00005053-199208000-00004
- McIntosh, W. D., Martin, L. L. (1992). The cybernetics of happiness: The relation of goal attainment, rumination, and affect. [W:] M. S. Clark (Red.), *Emotion and social behavior* (s. 222–246). Sage Publications, Inc.
- McLaughlin, K. A., Koenen, K. C., Hill, E. D., Petukhova, M., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., Kessler, R. C. (2013). Trauma Exposure and Posttraumatic Stress Disorder in a National Sample of Adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 52(8), 815–830. doi.org/10.1016/j.jaac.2013.05.011
- McMillen, J. C., Smith, E. M., Fisher, R. H. (1997). Perceived benefit and mental health after three types of disaster. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(5), 733–739. doi.org/10.1037/0022-006x.65.5.733

- van Meijel, E. P. M., Gigengack, M. R., Verlinden, E., van der Steeg, A. F. W., Goslings, J. C., Bloemers, F. W., Luitse, J. S. K., Boer, F., Grootenhuys, M. A., Lindauer, R. J. L. (2019). Long-Term Posttraumatic Stress Following Accidental Injury in Children and Adolescents: Results of a 2–4-Year Follow-Up Study. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 26(4), 597–607. doi.org/10.1007/s10880-019-09615
- Meiser-Stedman, R. (2002). *Clinical Child and Family Psychology Review*, 5(4), 217–232. doi:10.1023/a:1020982122107
- Mennen, F. E., Kim, K., Sang, J., Trickett, P. K. (2010). Child neglect: Definition and identification of youth's experiences in official reports of maltreatment. *Child Abuse and Neglect*, 34(9), 647–658. doi:10.1016/j.chabu.2010.02.007
- Merecz-Kot D. (2021). Diagnoza zaburzeń w stanie zdrowia po doświadczeniach traumatycznych – perspektywa historyczno-kulturowa. [W:] M. Dragan i M. Rzesutek (Red.) *Z badań nad traumą psychiczną w Polsce* (s. 17-40). Wydawnictwo Scholar.
- Meyerson, D. A., Grant, K. E., Carter, J. S., Kilmer, R. P. (2011). Posttraumatic growth among children and adolescents: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 31(6), 949–964. doi.org/10.1016/j.cpr.2011.06.003
- Michel, G., Taylor, N., Absolom, K., Eiser, C. (2010). Benefit finding in survivors of childhood cancer and their parents: further empirical support for the Benefit Finding Scale for Children. *Child: care, health and development*, 36(1), 123–129. doi.org/10.1111/j.1365-2214.2009.01034.x
- Michélsen, H., Therup-Svedenlöf, C., Backheden, M., Schulman, A. (2017). Posttraumatic growth and depreciation six years after the 2004 tsunami. *European Journal of Psychotraumatology*, 8, Article 1302691. doi.org/10.1080/20008198.2017.1302691
- Milam, J. E., Ritt-Olson, A., Unger, J. B. (2004). Posttraumatic Growth among Adolescents. *Journal of Adolescent Research*, 19(2), 192–204. doi.org/10.1177/0743558403258273
- Milam, J., Ritt-Olson, A., Tan, S., Unger, J., Nezami, E. (2005). The September 11th 2001 Terrorist Attacks and Reports of Posttraumatic Growth among a Multi-Ethnic Sample of Adolescents. *Traumatology*, 11(4), 233–246. doi.org/10.1177/153476560501100404
- Miller, W. R., C'deBaca, J. (1994). Quantum change: Toward a psychology of transformation. [W:] T. F. Heatherton i J. L. Weinberger (Red.), *Can personality change?* (s. 253–281). Washington, DC: American Psychological Association.
- Miller, K. E., Rasmussen, A. (2010). War exposure, daily stressors, and mental health in conflict and post-conflict settings: Bridging the divide between trauma-focused and psychosocial frameworks. *Social Science & Medicine*, 70(1), 7–16. doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.09.029
- Moos, R.H. (1993). CRI-Youth Form Professional Manual. *Psychological Assessment Resources, Inc.*
- Moos, R. H., Schaefer, J. A. (1993). Coping resources and processes: Current concepts and measures. [W:] L. Goldberger i S. Breznitz (Red.), *Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects* (2nd ed.) (s. 234–257). New York: Free Press.
- Mordeno, I. G., Nalipay, M. J. N., Cue, M. P. (2015). The Role of Functionality in the Latent Structure of Posttraumatic Growth among Survivors of a Flash Flood Disaster. *Psychological Studies*, 60(2), 138–145. doi.org/10.1007/s12646-015-0303-0

- Morgan, J. K., & Desmarais, S. L. (2017). Associations Between Time Since Event and Posttraumatic Growth Among Military Veterans. *Military Psychology*, 29(5), 456–463. doi:10.1037/mil0000170
- Morris, B. A., Shakespeare-Finch, J. (2011). Rumination, post-traumatic growth, and distress: structural equation modelling with cancer survivors. *Psycho-oncology*, 20(11), 1176–1183. doi.org/10.1002/pon.1827
- Morris, B. A., Shakespeare-Finch, J., Scott, J. L. (2007). Coping processes and dimensions of posttraumatic growth. *Australasian Journal of Disaster and Trauma Studies*, 1.
- Morris, B. A., Shakespeare-Finch, J., Rieck, M., Newbery, J. (2005). Multidimensional nature of posttraumatic growth in an Australian population. *Journal of Traumatic Stress*, 18, 575–585. doi:10.1002/jts.20067
- Mosher, C. E., Adams, R. N., Helft, P. R., O'Neil, B. H., Shahda, S., Rattray, N. A., Champion, V. L. (2017). Positive changes among patients with advanced colorectal cancer and their family caregivers: A qualitative analysis. *Psychology & Health*, 32, 94–109. doi.org/10.1080/08870446.2016.1247839
- Muela, A., de Arana, E. L., Barandiaran, A., Larrea, I., Vitoria, J. R. (2012). Definition, incidence and psychopathological consequences of child abuse and neglect. [W:] A. Muela (Red.), *Child abuse and neglect: A multidimensional approach* (s. 1–20). Rijeka, Croatia: InTech
- Murthy, R. S., Lakshminarayana, R. (2006). Mental health consequences of war: A brief review of research findings. *World Psychiatry*, 5(1), 25–30.
- National Highway Traffic Safety Administration. (2013). Traffic Safety Facts 2011. Pobrano 05.09.2022 z <http://www.nrd.nhtsa.dot.gov/Pubs/811754AR.PDF>
- Neria, Y., Nandi, A., Galea, S. (2007). Post-traumatic stress disorder following disasters: a systematic review. *Psychological Medicine*, 38(4), 467–480. doi.org/10.1017/s0033291707001353
- Nerken, I. R. (1993). Grief and the reflective self: Toward a clearer model of loss resolution and growth. *Death Studies*, 17(1), 1–26. doi.org/10.1080/07481189308252602
- van Niekerk, J. J. S., Lemmer-Malherbe, J., Nel, M. (2020). PTSD in South African anaesthetists after experiencing a death on the theatre table. *Southern African Journal of Anaesthesia & Analgesia*, 26(6), 280–286. doi.org/10.36303/SAJAA.2020.26.6.2386
- Nolen-Hoeksema, S. (2000). The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 109(3), 504–511. doi.org/10.1037/0021-843x.109.3.504
- Nolen-Hoeksema, S., Davis, C. G. (2004). Theoretical and Methodological Issues in the Assessment and Interpretation of Posttraumatic Growth. *Psychological Inquiry*, 15(1), 60–64.
- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E., Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking Rumination. *Perspectives on Psychological Science*, 3(5), 400–424. doi.org/10.1111/j.1745-6924.2008.00088.x
- Nordstrand, A. E., Hjemdal, O., Holen, A., Reichelt, J. G., Bøe, H. J. (2017). Measuring psychological change after trauma: Psychometric properties of a new bi-directional scale. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 9, 696–705. doi.org/10.1037/tra0000270.
- Norris, F. (2006). Disaster research methods: Past progress and future directions. *Journal of Traumatic Stress*, 19(2), 173–184. doi:10.1002/jts.20109

- Nurius, P. S., Russell, P. L., Herting, J. R., Hooven, C., Thompson, E. A. (2009). Risk and protective profiles among never exposed, single form, and multiple form violence exposed youth. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 2, 106-123. doi:10.1080/19361520902880798
- Ogińska-Bulik, N. (2010a). Potraumatyczny rozwój w chorobie nowotworowej – rola prężności. *Polskie Forum Psychologiczne*, 15, 125-139
- Ogińska-Bulik, N. (2010b). Doświadczenie sytuacji traumatycznych a zjawisko potraumatycznego rozwoju u młodzieży. *Psychologia Rozwojowa*, 15 (3), 33-42
- Ogińska-Bulik, N. (2012a). Osobowy wzrost u nastolatków zmagających się z chorobą nowotworową. *Psychoonkologia*, 1, 1-8.
- Ogińska-Bulik, N. (2012b). Prężność a potraumatyczny rozwój u młodzieży [W:] N. Ogińska-Bulik i J. Miniszewska (Red). *Zdrowie w cyklu życia człowieka* (s. 73–85). Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego
- Ogińska-Bulik, N. (2013a). *Pozytywne skutki doświadczeń traumatycznych, czyli kiedy lzy zamieniają się w perły*. Warszawa, Difin
- Ogińska-Bulik, N. (2013b) Potraumatyczny wzrost: zróżnicowanie ze względu na rodzaj doświadczonego zdarzenia oraz płeć i wiek badanych osób. *Acta Universitatis Lodzensis. Folia Psychologica*, 17, 51-66.
- Ogińska-Bulik, N. (2013c). Pozytywne skutki doświadczanych zdarzeń o charakterze traumatycznym u dzieci i młodzieży. Kwestionariusz Osobowego Wzrostu – KOW-27 (wersja D/M i R/O). *Polskie Forum Psychologiczne*, 18(1), 93-111.
- Ogińska-Bulik, N. (2014a). Posttraumatic growth following the death of someone close – the role of temperament and resiliency. *Polish Journal of Applied Psychology*, 3, 29–44.
- Ogińska-Bulik, N. (2014b). Objawy stresu pourazowego a potraumatyczny wzrost u młodzieży — ofiar wypadków drogowych. *Psychiatria*, 11(1), 49–58.
- Ogińska-Bulik, N. (2015). *Dwa oblicza traumy. Negatywne i pozytywne skutki zdarzeń traumatycznych u pracowników służb ratowniczych*. Warszawa. Difin.
- Ogińska-Bulik, N. (2016a). Ruminacje a skutki traumy u kobiet doświadczających przemocy w rodzinie. *Roczniki Psychologiczne*, 19(4), 627-658.
- Ogińska-Bulik, N. (2016b). Negatywne i pozytywne skutki doświadczanych zdarzeń traumatycznych u żołnierzy uczestniczących w misjach wojskowych — rola zasobów osobistych. *Psychiatria*, 13(3), 123-132.
- Ogińska-Bulik, N. (2016c). Negatywne i pozytywne następstwa doświadczonej traumy – rola ruminacji. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, 16(3), 182–187.
- Ogińska-Bulik, N. (2016d). Rumination and personal growth in adolescents struggling with cancer diseases. *Psychoonkologia*, 20(4), 161-168. doi.org/10.5114/psn.2016.66288
- Ogińska-Bulik, N. (2016e). Ruminacje a negatywne i pozytywne skutki traumy u zakażonych HIV. *Psychiatria* 13(1), 8-16.
- Ogińska-Bulik, N. (2016f). Rumination and personal growth in adolescents struggling with cancer diseases. *Psychoonkologia*, 20(4), 161-168. doi.org/10.5114/psn.2016.66288
- Ogińska-Bulik N. (2018). Intensywność traumy a objawy stresu pourazowego i potraumatyczny wzrost u żołnierzy uczestniczących w misjach wojskowych. *Czasopismo Psychologiczne*, 24 (2), 279-289.
- Ogińska-Bulik, N. (2019). Ruminacje a występowanie negatywnych i pozytywnych zmian potraumatycznych u osób chorych onkologicznie. *Polskie Forum Psychologiczne*, 24(2), 151-167.

- Ogińska-Bulik N. (2022). Trauma a ryzyko uzależnień behawioralnych. *Terapia Osób Uzależnionych i ich Bliskich*, 1, 22-26.
- Ogińska-Bulik, N., Juczyński, Z. (2010a). Rozwój potraumatyczny – charakterystyka i pomiar. *Psychiatria*, 7(4), 129 -142
- Ogińska-Bulik, N., Juczyński, Z. (2010b). *Osobowość, stres a zdrowie*. Warszawa, Wydawnictwo Difin
- Ogińska-Bulik, N., Juczyński, Z. (2011). Prężność u dzieci i młodzieży: charakterystyka i pomiar – polska skala SPP-18. *Polskie Forum Psychologiczne*, 16, 1, 7-28.
- Ogińska-Bulik, N., Juczyński, Z. (2012a). Konsekwencje doświadczanych negatywnych wydarzeń życiowych — objawy stresu pourazowego i potraumatyczny wzrost. *Psychiatria*, 9(1), 1-10.
- Ogińska-Bulik, N., Juczyński, Z. (2012b). Prężność jako wyznacznik pozytywnych i negatywnych konsekwencji doświadczanej sytuacji traumatycznej. *Polskie Forum Psychologiczne*, 17(2), 395–410.
- Ogińska-Bulik, N., Juczyński, Z. (2015). Inwentarz Ruminaacji o Negatywnym Zdarzeniu – polska adaptacja the Event Related Rumination Inventory. *Przegląd Psychologiczny*, 58 (3), 383-400.
- Ogińska-Bulik, N., Juczyński, Z. (2016). Ruminations as predictors of negative and positive effects of experienced traumatic events in medical rescue workers. *Medycyna Pracy*, 67(2), 201-211. doi.org/10.13075/mp.5893.00321
- Ogińska-Bulik N., Juczyński Z. (w druku). Psychometric properties of the Polish version of the Post-traumatic Stress Disorder Check List according to DSM-5 – PCL -5. *Psychiatria Polska*
- Ogińska-Bulik, N., Kraska, K. (2017). Posttraumatic stress disorder and posttraumatic growth in HIV-infected patients – the role of coping strategies. *Health Psychology Report*, 5(4), 323-332. doi.org/10.5114/hpr.2017.68017
- Ogińska-Bulik N., Kobylarczyk M. (2014). Rozwój po traumie u dzieci chorych onkologicznie i ich rodziców. [W:] L. Szewczyk., A. Kulik (red). *Problemy psychosomatyki okresu rozwojowego i dorosłości* (s. 23-38). Lublin, Wydawnictwo Prokurat
- Ogińska-Bulik N., Kobylarczyk M. (2015). Relation between resiliency and posttraumatic growth in a group of medical rescue workers – the mediating role of coping strategies. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 28(4), 707-719
https://doi.org/10.13075/ijomeh.1896.00323
- Ogińska-Bulik N., Kobylarczyk M. (2016a). Association between resiliency and posttraumatic growth in firefighters – the role of stress appraisal. *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics*, 22(1), 40-8
doi:10.1080/10803548.2015.1109372
- Ogińska-Bulik N., Kobylarczyk M. (2016b). The mediating role of resiliency in the relationship between temperament and posttraumatic growth. *Journal of Loss and Trauma*. doi:10.1080/15325024.2016.1159115
- Ogińska-Bulik N., Kobylarczyk M. (2016c). Mediacyjna rola strategii radzenia sobie w relacji między prężnością a osobowym wzrostem u nastolatków, którzy doświadczyli negatywnego wydarzenia życiowego. *Przegląd Psychologiczny*, 59(1), 35-56.
- Ogińska-Bulik N, Kobylarczyk, M. (2018). Skala Wpływu Zdarzeń dla Dzieci – SWZ-D-13 – polska adaptacja the Children's Impact of Event Scale – CRIES-13. *Przegląd Psychologiczny*, 61(2), 189-204.

- Ogińska-Bulik, N., Kobylarczyk, M. (2019). The role of rumination in posttraumatic growth in people struggling with cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 37(5), 652–664. doi.org/10.1080/07347332.2019.1600628
- Ogińska-Bulik, N., Kobylarczyk, M. (2020). Positive effects of trauma among people living with human immunodeficiency virus – the role of rumination and coping strategies. *Advances in Psychiatry and Neurology/Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 29(2), 99–107. doi.org/10.5114/ppn.2020.96699
- Ogińska-Bulik, N., Michalska, P. (2021). The Mediating Role of Cognitive Processing in the Relationship Between Negative and Positive Effects of Trauma Among Female Victims of Domestic Violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 36(23–24), NP12898–NP12921. doi.org/10.1177/0886260520903141
- Ogińska-Bulik N., Nafullaeva Z. (2020) Negatywne i pozytywne konsekwencje ekspozycji na traumę u studentów obcokrajowców studiujących na Uniwersytecie Łódzkim, *Psychiatria* 17 (1), 9-17.
- Ogińska-Bulik N., Kwarta P. (2012). Rozwój potraumatyczny u dzieci i młodzieży – ofiar wypadków drogowych. Rola wsparcia społecznego. *Pediatrics Polska*. 87. 552–559. doi:10.1016/j.pepo.2012.09.005
- Ogińska-Bulik N., Zadworna-Cieślak M. (2013). Percepcja postaw rodzicielskich a osobowy wzrost po traumie u dzieci i młodzieży – ofiar wypadków drogowych, *Psychologia Rozwojowa*, tom 18, nr 1, 57–68.
- Ogińska-Bulik N., Zadworna-Cieślak M. (2014). Rola prężności psychicznej w radzeniu sobie ze stresem związanym z egzaminem maturalnym, *Przegląd Badań Edukacyjnych*, 19 (2), 7-24.
- Ogińska-Bulik N, Zadworna-Cieślak M. (2018). The role of resiliency and coping strategies in occurrence of positive changes in medical rescue workers, *International Emergency Nursing*, 39, 40-45, doi:10.1016/j.ienj.2018.02.004
- O'Leary, V. E., Alday, C. S., Ickovics, J. R. (1998). Models of life change and post-traumatic growth. [W:] R. G. Tedeschi, C. L. Park i L. G. Calhoun (Red.), *Post-traumatic growth: Positive changes in the aftermath of crisis* (s. 127–151). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Orozco, R., Borges, G., Benjet, C., Medina-Mora, M. E., López-Carrillo, L. (2008). Traumatic life events and posttraumatic stress disorder among Mexican adolescents: results from a survey. *Salud Pública de México*, 50. doi.org/10.1590/s0036-36342008000700006
- Oshio, A., Nakaya, M., Kaneko, H., Nagamine, S. (2002). Development and validation of an adolescent resilience scale. *Japanese Journal of Counseling Science*. 35, 57-65.
- Oshio, A., Kaneko, H., Nagamine, S., Nakaya, M. (2003). Construct validity of the Adolescent Resilience Scale. *Psychological Reports*, 93(3 Pt 2), 1217–1222. doi.org/10.2466/pr0.2003.93.3f.1217
- Ostaszewski, K. (2005). Druga strona ryzyka. *Remedium*. 1-3.
- Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L., Weiss, D. S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 129(1), 52–73. doi.org/10.1037/0033-2909.129.1.52
- Park, C. L. (2004). The Notion of Growth Following Stressful Life Experiences: Problems and Prospects. *Psychological Inquiry*, 15(1), 69–76.
- Park, C.L., Cohen, L.H., Murch, R.L. (1996), Assessment and Prediction of Stress-Related Growth. *Journal of Personality*, 64: 71-105. doi.org/10.1111/j.1467-6494.1996.tb00815.x

- Park, C. L., Chmielewski, J., Blank, T. O. (2010). Post-traumatic growth: finding positive meaning in cancer survivorship moderates the impact of intrusive thoughts on adjustment in younger adults. *Psycho-oncology*, 19(11), 1139–1147. doi.org/10.1002/pon.1680
- Pereda, N., Guilera, G., Abad, J. (2014). Victimization and polyvictimization of Spanish children and youth: Results from a community sample. *Child Abuse & Neglect*, 38(4), 640–649. doi.org/10.1016/j.chiabu.2014.01.019
- Pereda, N., Guilera, G., Forns, M., Gómez-Benito, J. (2009). The prevalence of child sexual abuse in community and student samples: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 29(4), 328–338. doi:10.1016/j.cpr.2009.02.007
- Perkonig, A., Kessler, R. C., Storz, S., Wittchen, H.-U. (2000). Traumatic events and post-traumatic stress disorder in the community: prevalence, risk factors and comorbidity. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101(1), 46–59. doi.org/10.1034/j.1600-0447.2000.101001046.x
- Perrin, M., Vandeleur, C. L., Castela, E., Rothen, S., Glaes, J., Vollenweider, P., Preisig, M. (2014). Determinants of the development of post-traumatic stress disorder, in the general population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49, 447–457. dx.doi.org/10.1007/s00127-013-0762-3
- Perry, B. D. (2008). Child maltreatment: A neurodevelopmental perspective on the role of trauma and neglect in psychopathology. [W:] T. P. Beauchaine i S. P. Hinshaw (Red.), *Child and adolescent psychopathology* (s. 93–128). John Wiley & Sons Inc.
- Peterson, C., Miller, G. F., Barnett, S. B. L., Florence, C. (2021). Economic Cost of Injury — United States, 2019. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, 70(48), 1655–1659. doi.org/10.15585/mmwr.mm7048a1
- Pfeiffer, E., Behrendt, M., Adeyinka, S., Devlieger, I., Rota, M., Uzureau, O., Verhaeghe, F., Lietaert, I., Derluyn, I. (2022). Traumatic events, daily stressors and posttraumatic stress in unaccompanied young refugees during their flight: a longitudinal cross-country study. *Child & Adolescent Psychiatry & Mental Health*, 16(1), 1–12. /doi.org/10.1186/s13034-022-00461-2
- Phan, V. L. (2016). Crash risk models for motorcycle-dominated traffic environment of urban roads in developing countries [Electronic Thesis or Dissertation, University of Birmingham]. Pobrano 18.08.2022 z <http://etheses.bham.ac.uk/id/eprint/7121/>
- Phipps, S., Long, A. M., Ogden, J. (2007). Benefit Finding Scale for Children: preliminary findings from a childhood cancer population. *Journal of Pediatric Psychology*, 32(10), 1264–1271. doi.org/10.1093/jpepsy/jsl052
- Pietkiewicz, I. J., Tomalski, R. (2018). Zaburzenia związane z traumą—perspektywa teoretyczna. *Czasopismo Psychologiczne*, 24(2).
- Pietrzak, R. H., Johnson, D. C., Goldstein, M. B., Malley, J. C., Rivers, A. J., Morgan, C. A., Southwick, S. M. (2010). Psychosocial buffers of traumatic stress, depressive symptoms, and psychosocial difficulties in veterans of Operations Enduring Freedom and Iraqi Freedom: the role of resilience, unit support, and postdeployment social support. *Journal of Affective Disorders*, 120(1-3), 188–192. doi.org/10.1016/j.jad.2009.04.015
- Pine, D. S., Cohen, J. A. (2002). Trauma in children and adolescents: risk and treatment of psychiatric sequelae. *Biological Psychiatry*, 51(7), 519–531. doi.org/10.1016/s0006-3223(01)01352-x
- Pineles, S. L., Arditte Hall, K. A., Rasmussen, A. M. (2017). Gender and PTSD: different pathways to a similar phenotype. *Current Opinion in Psychology*, 14, 44–48. doi:10.1016/j.copsyc.2016.11.002

- Popiel, A., Zawadzki, B., Pragłowska, E., Habrat, P., Gajda, P. (2019). *Skuteczne działanie w stresie. Problem profilaktyki PTSD dla osób narażonych na traumę zawodową*. Gdańsk. GWP
- Popielski, K. (2009). *Psychologia egzystencji. Wartości w życiu*. Lublin: Wydawnictwo KUL
- Powell, S. Rosner, R., Butollo, W., Tedeschi, R. G., Calhoun, L. G. (2003). Posttraumatic growth after war: A study with former refugees and displaced people in Sarajevo. *Journal of Clinical Psychology*, 59, 71–83.
- Prati, G., Pietrantonio, L. (2009). Optimism, Social Support, and Coping Strategies as Factors Contributing to Posttraumatic Growth: A Meta-Analysis. *Journal of Loss and Trauma*, 14(5), 364–388. doi.org/10.1080/15325020902724271
- Prince-Embury, S. (2008). The Resiliency Scales for Children and Adolescents, Psychological Symptoms, and Clinical Status in Adolescents. *Canadian Journal of School Psychology*, 23(1), 41–56. doi.org/10.1177/0829573508316592
- Preacher, K., Hayes, A.F. (2008). Asymptotic and resampling strategies for assessing and comparing indirect effects in multiple mediator models. *Behavior Research Methods*, 40, 879–891. doi.org/10.3758/brm.40.3.879
- Punamäki, R. L. (2006). Resiliency in conditions of war and military violence: Preconditions and developmental processes. [W:] M. E. Garalda i M. Flament (Red.). *Working with children and adolescents: Anevidence-based approach to risk and resilience* (s. 129–178). Lanham, MD: Jason Aronson Publishers.
- Ren-li, L., Yan, D. (2017). Qualitative research of resilience and posttraumatic growth among adolescents in Wenchuan Earthquake region. *Chinese Mental Health Journal*, 31, 286–294.
- Resnick, H. S., Kilpatrick, D. G., Dansky, B. S., Saunders, B. E., Best, C. L. (1993). Prevalence of civilian trauma and posttraumatic stress disorder in a representative national sample of women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(6), 984–991. doi.org/10.1037//0022-006x.61.6.984
- Rennison, C. M., Welchans, S. (2000, May). *Intimate partner violence*, NCJ No. 178247. Washington, DC: U.S. Department of Justice.
- Rezayat, A. A., Sahebdel, S., Jafari, S., Kabirian, A., Rahnejat, A. M., Farahani, R. H., Mosaed, R., Nour, M. G. (2020). Evaluating the Prevalence of PTSD among Children and Adolescents after Earthquakes and Floods: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Psychiatric Quarterly*, 91(4), 1265–1290. doi.org/10.1007/s11126-020-09840-4
- Rheingold, A. A., Zinzow, H., Hawkins, A., Saunders, B. E., Kilpatrick, D. G. (2011). Prevalence and mental health outcomes of homicide survivors in a representative US sample of adolescents: data from the 2005 National Survey of Adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(6), 687–694. doi.org/10.1111/j.1469-7610.2011.02491.x
- Richardson, L. K., Frueh, B. C., Acierno, R. (2010). Prevalence Estimates of Combat-Related Post-Traumatic Stress Disorder: Critical Review. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 44(1), 4–19. doi.org/10.3109/00048670903393597
- Riley, F., Wright, M., Bokszczanin, A., Essau, C. A. (2017). Poly-Victimization in Polish Adolescents: Risk Factors and the Moderating Role of Coping. *Journal of Interpersonal Violence*, 35(5-6), 1515–1538. doi.org/10.1177/0886260517696868

- Ritchie H., Roser M. (2014). "Natural Disasters". Published online at OurWorldInData.org. Pobrano 14.08.2022z <https://ourworldindata.org/natural-disasters>
- Robins, R. W., John, O. P., Caspi, A., Moffitt, T. E., Stouthamer-Loeber, M. (1996). Resilient, overcontrolled, and undercontrolled boys: Three replicable personality types. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70(1), 157–171. doi.org/10.1037/0022-3514.70.1.157
- Rosenman, S. (2002). Trauma and Posttraumatic Stress Disorder in Australia: Findings in the Population Sample of the Australian National Survey of Mental Health and Wellbeing. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 36(4), 515–520. doi.org/10.1046/j.1440-1614.2002.01039.x
- Rothbaum, B.O., Foa, E.B. (1993). Subtypes of posttraumatic stress disorder and duration of symptoms. [W:] Davidson J.R.T., Foa E.B. (Red.). *Posttraumatic Stress Disorder: DSM-IV and Beyond*. (s. 23–35) Washington, DC: American Psychiatric Press
- Runyan, C. W. (1989). Epidemiology and prevention of adolescent injury. A review and research agenda. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 262(16), 2273–2279. doi.org/10.1001/jama.262.16.2273
- Rzeszutek, M., Gruszczynska, E. (2018). Posttraumatic growth among people living with HIV: A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*, 114, 81–91.
- Rzeszutek, M., Lis-Turlejska, M., Palich, H., Szumiał, S. (2017). Polska adaptacja narzędzia pomiaru ekspozycji na traumatyczne zdarzenia według definicji DSM-5: Life Events Checklist for DSM-5 (LEC-5). *Psychiatria Polska*, 67, 1-12. doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/69218.
- Rzeszutek, M., Oniszczenko, W., Firląg-Burkacka, E. (2016). Gender differences in posttraumatic stress symptoms and the level of posttraumatic growth among a Polish sample of HIV-positive individuals. *AIDS Care*, 28(11), 1411–1415. doi:10.1080/09540121.2016.1182615
- Sachser, C., Goldbeck, L. (2016). Consequences of the Diagnostic Criteria Proposed for the ICD-11 on the Prevalence of PTSD in Children and Adolescents. *Journal of Traumatic Stress*, 29(2), 120–123. <https://doi.org/10.1002/jts.22080>
- Salami, S. O. (2010). Moderating effects of resilience, self-esteem and social support on adolescents' reactions to violence. *Asian Social Science*, 6, 101–110. doi:10.5539/ass.v6n12p101
- Salloum, A., Overstreet, S. (2008). Evaluation of Individual and Group Grief and Trauma Interventions for Children Post Disaster. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37(3), 495–507. doi.org/10.1080/15374410802148194
- Salsman, J. M., Segerstrom, S. C., Brechting, E. H., Carlson, C. R., Andrykowski, M. A. (2008). Posttraumatic growth and PTSD symptomatology among colorectal cancer survivors: a 3-month longitudinal examination of cognitive processing. *Psycho-Oncology*, 18(1), 30–41. doi.org/10.1002/pon.1367
- Salter, E., Stallard, P. (2004). Posttraumatic growth in child survivors of a road traffic accident. *Journal of Traumatic Stress*, 17(4), 335–340. doi.org/10.1023/b:jots.0000038482.53911.01
- Sawyer, A., Ayers, S., Field, A. P. (2010). Posttraumatic growth and adjustment among individuals with cancer or HIV/AIDS: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 30(4), 436–447. doi.org/10.1016/j.cpr.2010.02.004
- Sayed, M. H., Hegazi, M. A., El-Baz, M. S., Alahmadi, T. S., Zubairi, N. A., Altuwiriqi, M. A., Saeedi, F. A., Atwah, A. F., Abdulhaq, N. M., Almurashi, S. H. (2021). COVID-19 related posttraumatic stress disorder in children and adolescents in

- Saudi Arabia. *PLOS ONE*, 16(8), Artykuł e0255440. doi.org/10.1371/journal.pone.0255440
- Schaefer, J. A., Moos, R. H. (1992). Life crises and personal growth. [W:] B. N. Carpenter (Red.), *Personal coping: Theory, research and application* (s. 149–170). Westport, CT: Praeger
- Schaefer, J. A., Moos, R. H. (1998). The context for post-traumatic growth: Life crises, individual and social resources, and coping. [W:] R. G. Tedeschi, C. L. Park i L. G. Calhoun (Red.), *Post-traumatic growth: Positive changes in the aftermath of crisis* (s. 99–125). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Schaefer, J. A., Moos, R. H. (2001). Bereavement experiences and personal growth. [W:] M. S. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe i H. Schut (Red.), *Handbook of bereavement research. Consequences, coping, and care* (s. 145–167). American Psychological Association.
- Schauer, M., Elbert, T. (2010). Dissociation Following Traumatic Stress. *Zeitschrift für Psychologie/Journal of Psychology*, 218(2), 109–127. doi.org/10.1027/0044-3409/a000018
- Schumm, J. A., Briggs-Phillips, M., Hobfoll, S. E. (2006). Cumulative interpersonal traumas and social support as risk and resiliency factors in predicting PTSD and depression among inner-city women. *Journal of Traumatic Stress*, 19, 825–836. doi:10.1002/jts.20159
- Scrignaro, M., Barni, S., Magrin, M. E. (2011). The combined contribution of social support and coping strategies in predicting post-traumatic growth: A longitudinal study on cancer patients. *Psycho-Oncology*, 20, 823–831. doi.org/10.1002/pon.1782
- Seiffge-Krenke, I. (2000). Predicting adolescents' symptomatology through stressful events and coping style. *Journal of Adolescence*, 23, 675–691. doi.org/doi.org/10.1006/jado.2000.0352
- Sears, S. R., Stanton, A. L., Danoff-Burg, S. (2003). The yellow brick road and the emerald city: Benefit finding, positive reappraisal coping and posttraumatic growth in women with early-stage breast cancer. *Health Psychology*, 22(5), 487–497. doi.org/10.1037/0278-6133.22.5.487
- Seligman, M. E. P., Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55(1), 5–14. doi.org/10.1037/0003-066x.55.1.5
- Seligman, M. E. P., Rashid, T., Parks, A. C. (2006). Positive psychotherapy. *American Psychologist*, 61(8), 774–788. doi.org/10.1037/0003-066x.61.8.774
- Senator, D. (2005). Wczesnodziecięca trauma relacyjna. *Nowiny. Psychologiczne*, 1, 5–24.
- Sęk, H., Cieślak R. (2012). Wsparcie społeczne – sposoby definiowania, rodzaje i źródła wsparcia, wybrane koncepcje teoretyczne. [W:] H. Sęk i R. Cieślak (Red.) *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie* (s.11-28). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Shakespeare-Finch, J., Lurie-Beck, J. (2014). A meta-analytic clarification of the relationship between posttraumatic growth and symptoms of posttraumatic distress disorder. *Journal of Anxiety Disorder*, 28, 223–229. doi.org/10.1016/j.janxdis.2013.10.005
- Shakespeare-Finch, J., Martinek, E., Tedeschi, R. G., Calhoun, L. G. (2013). A qualitative approach to assessing the validity of the posttraumatic growth inventory. *Journal of Loss and Trauma*, 18, 572–591. doi.org/10.1080/15325024.2012.734207
- Shand, L. K., Cowlishaw, S., Brooker, J. E., Burney, S., Ricciardelli, L. A. (2015). Correlates of post-traumatic stress symptoms and growth in cancer patients: a

- systematic review and meta-analysis. *Psycho-Oncology*, 24(6), 624–634. doi.org/10.1002/pon.3719
- Shapiro, F. (2017). *Zostawić przeszłość w przeszłości*. Warszawa. PTT EMDR.
- Sheikh, A. I. (2004). Posttraumatic Growth in the Context of Heart Disease. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 11(4), 265–273. doi.org/10.1023/b:jocs.0000045346.76242.73
- Sherr, L., Nagra, N., Kulubya, G., Catalan, J., Clucas, C., Harding, R. (2011). HIV infection associated post-traumatic stress disorder and post-traumatic growth – A systematic review. *Psychology, Health & Medicine*, 16(5), 612–629. doi.org/10.1080/13548506.2011.579991
- Shevlin, M., McBride, O., Armour, C., Adamson, G. (2009). Reconciling the differences between the King et al. (1998) and Simms et al. (2002) factor models of PTSD. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(7), 995–1001. doi.org/10.1016/j.janxdis.2009.07.001
- Shigemoto, Y., Robitschek, C. (2020). Personal growth initiative and posttraumatic stress among survivors of transportation accidents: Mixture modeling indicating changes in group membership over time. *Stress & Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 36(3), 365–375. doi.org/10.1002/smi.2935
- Sikorska, I. (2014). Dziecięca trauma: psychologiczne konsekwencje dla dalszego rozwoju. *Sztuka Leczenia*, 29(3-4).
- Silverman, W. K., Ortiz, C. D., Viswesvaran, C., Burns, B. J., Kolko, D. J., Putnam, F. W., Amaya-Jackson, L. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents exposed to traumatic events. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37, 156 – 183 doi.org/10.1080/15374410701818293
- Slavin-Spenny, O. M., Cohen, J. L., Oberleitner, L. M., Lumley, M. A. (2011). The effects of different methods of emotional disclosure: Differentiating post-traumatic growth from stress symptoms. *Journal of Clinical Psychology*, 67, 993–1007. doi.org/10.1002/jclp.20750
- Smyth, J. M., Hockemeyer, J. R., Heron, K. E., Wonderlich, S. A., Pennebaker, J. W. (2008). Prevalence, type, disclosure, and severity of adverse life events in college students. *Journal of American College Health*, 57(1), 69–76. doi.org/10.3200/JACH.57.1.69-76
- Stanton, A.L., Low, C. (2004) Toward Understanding Posttraumatic Growth: Commentary on Tedeschi and Calhoun. *Psychological Inquiry*, 15, 76-80.
- Steel, Z., Chey, T., Silove, D., Marnane, C., Bryant, R. A., van Ommeren, M. (2009). Association of Torture and Other Potentially Traumatic Events with Mental Health Outcomes Among Populations Exposed to Mass Conflict and Displacement. *JAMA*, 302(5), 537. doi.org/10.1001/jama.2009.1132
- Stein, B. D., Jaycox, L. H., Kataoka, S. H., Wong, M., Tu, W., Elliott, M. N., Fink, A. (2003). A Mental Health Intervention for Schoolchildren Exposed to Violence. *JAMA*, 290(5), 603. doi.org/10.1001/jama.290.5.603
- Stockton, H., Hunt, N., Joseph, S. (2011). Cognitive processing, rumination, and posttraumatic growth. *Journal of Traumatic Stress*, 24(1), 85–92
- Stueden, S., Janowski K. (2016). Trauma – kontrowersje wokół pojęcia, diagnoza, następstwa, implikacje praktyczne. *Roczniki Psychologiczne*, 19 (3), 549-565.
- Stupar, D., Stevanovic, D., Vostanis, P., Atilola, O., Moreira, P., Dodig-Curkovic, K., Franic, T., Doric, A., Davidovic, N., Avicenna, M., Multazam, I. N., Nussbaum, L., Thabet, A. A., Ubalde, D., Petrov, P., Deljkovic, A., Monteiro, A. L., Ribas, A., Jovanovic, M., Joana, O. (2021). Posttraumatic stress disorder symptoms

- among trauma-exposed adolescents from low- and middle-income countries. *Child & Adolescent Psychiatry & Mental Health*, 15(1), 1–10. [//doi.org/10.1186/s13034-021-00378-2](https://doi.org/10.1186/s13034-021-00378-2)
- Su, Y.-J., Chow, C.-C. (2020). PTSD, depression and posttraumatic growth in young adult burn survivors: Three-year follow-up of the 2015 Formosa fun coast water park explosion in Taiwan. *Journal of Affective Disorders*, 274, 239–246. doi.org/10.1016/j.jad.2020.05.025
- Szymańska, S. (1999). Rzetelność i trafność polskiego przekładu kwestionariusza Rudolfa H. Moosa: Coping Responses Inventory – youth form. *Acta Universitatis Lodzensis, Folia Psychologica*, 3, 87-97.
- Taku, K., Cann, A., Calhoun, L. G., Tedeschi, R. G. (2008). The factor structure of the posttraumatic growth inventory: A comparison of five models using confirmatory factor analysis. *Journal of Traumatic Stress*, 21, 158–164. doi.org/10.1002/jts.20305
- Taku, K., Tedeschi, R. G., Shakespeare-Finch, J., Krosch, D., David, G., Kehl, D., Grunwald, S., Romeo, A., Di Tella, M., Kamibeppu, K., Soejima, T., Hiraki, K., Volgin, R., Dhakal, S., Zięba, M., Ramos, C., Nunes, R., Leal, I., Gouveia, P., ... Calhoun, L. G. (2021). Posttraumatic growth (PTG) and posttraumatic depreciation (PTD) across ten countries: Global validation of the PTG-PTD theoretical model. *Personality and Individual Differences*, 169. doi.org/10.1016/j.paid.2020.110222
- Tang, W., Wang, Y., Lu, L., Lu, Y., Xu, J. (2020). Post-traumatic growth among 5195 adolescents at 8.5 years after exposure to the Wenchuan earthquake: Roles of post-traumatic stress disorder and self-esteem. *Journal of Health Psychology*, 26(13), 2450–2459. doi.org/10.1177/1359105320913947
- Tang, W., Yan, Z., Lu, Y., Xu, J. (2022). Prospective examination of adolescent emotional intelligence and post-traumatic growth during and after COVID-19 lockdown. *Journal of Affective Disorders*, 309, 368–374. doi.org/10.1016/j.jad.2022.04.129
- Tanielian, T. (2009). Assessing combat exposure and post-traumatic stress disorder in troops and estimating the costs to society: Implications from the RAND Invisible Wounds of War Study
- Taylor, Ch. (2010). *Zaburzenia przywiązania u dzieci i młodzieży*. Sopot, GWP.
- Tedeschi, R. G. (1999). Violence transformed: Post-traumatic growth in survivors and their societies. *Aggression and Violent Behavior*, 4, 319–341.
- Tedeschi, R. G., Blevins, C. L. (2015). From mindfulness to meaning: Implications for the theory of posttraumatic growth. *Psychological Inquiry*, 26, 373–376. doi.org/10.1080/1047840X.2015.1075354
- Tedeschi, R. G., Calhoun, L. G. (1995). *Trauma and transformation: Growing in the aftermath of suffering*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Tedeschi, R. G., Calhoun, L. G. (1996). The posttraumatic growth inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9(3), 455–471. doi.org/10.1002/jts.2490090305
- Tedeschi, R.G., Calhoun, L.G. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15, 1–8.
- Tedeschi, R. G., Calhoun, L. G. (2006). Expert companions: Posttraumatic growth in clinical practice. [W:] L. G. Calhoun i R. G. Tedeschi (Red.), *Handbook of posttraumatic growth: Research and practice* (s. 291–310). Mahwah, NJ: Erlbaum.

- Tedeschi, R.G., Calhoun, L.G. (2007). *Podejście kliniczne do wzrostu po doświadczeniach traumatycznych. Psychologia Pozytywna w Praktyce*. PWN, Warszawa. 230-248.
- Tedeschi, R. G., Calhoun, L. G. (2009). The clinician as expert companion. [W:] C. L. Park, S. Lechner, A. Stanton i M. Antoni (Red.), *Medical illness and positive life change: Can crisis lead to personal transformation* (s. 215–235). Washington, DC: American Psychological Association.
- Tedeschi, R. G., Kilmer, R. P. (2005). Assessing Strengths, Resilience, and Growth to Guide Clinical Interventions. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(3), 230–237. doi.org/10.1037/0735-7028.36.3.230
- Tedeschi, R.G., Park, C.L., Calhoun, L.G. (1998) Posttraumatic growth: Conceptual issues. [W:] R.G. Tedeschi, C.L. Park, L.G. Calhoun. (Red.) *Posttraumatic growth: Positive changes in the aftermath of crisis*. Mahwah, NJ: Erlbaum; 1998. s.1-22
- Tedeschi, R. G., Shakespeare-Finch, J., Taku, K., Calhoun, L. G. (2018). *Posttraumatic growth: Theory, research, and applications*. Routledge
- Terr L. C. (1991). Childhood traumas: an outline and overview. *The American Journal of Psychiatry*, 148(1), 10–20. doi.org/10.1176/ajp.148.1.10
- Thabet, A. M., ElRabbaiy, A. (2018). Posttraumatic Stress and Growth among War-Exposed Orphans in the Gaza Strip. *Arab Journal of Psychiatry*, 131–144. doi.org/10.12816/0051278
- Thabet, A. A., Tawahina, A. A., El Sarraj, E., Vostanis, P. (2008). Exposure to war trauma and PTSD among parents and children in the Gaza strip. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 17(4), 191–199. doi.org/10.1007/s00787-007-0653-9
- Thombre, A., Sherman, A. C., Simonton, S. (2010). Posttraumatic growth among cancer patients in India. *Journal of Behavioral Medicine*, 33(1), 15–23. doi.org/10.1007/s10865-009-9229-0
- Thornton, A. A., Perez, M. A. (2006). Posttraumatic growth in prostate cancer survivors and their partners. *Psycho-oncology*, 15(4), 285–296. doi.org/10.1002/pon.953
- Tian, Y., Chen, J., Wu, X. (2020). Parental attachment, coping, and psychological adjustment among adolescents following an earthquake: a longitudinal study. *Anxiety, Stress & Coping*, 33(4), 429–439. doi.org/10.1080/10615806.2020.1746769
- Tjaden, P., Thoennes, N. (2000). Prevalence and Consequences of Male-to-female and Female-to-male Intimate Partner Violence as Measured by the National Violence Against Women Survey. *Violence Against Women*, 6(2), 142–161. doi.org/10.1177/10778010022181769
- Tolin, D. F., Foa, E. B. (2008). Sex differences in trauma and posttraumatic stress disorder: A quantitative review of 25 years of research. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, S(1), 37–85. doi.org/10.1037/1942-9681.s.1.37
- Tomita, M., Takahashi, M., Tagaya, N., Kakuta, M., Kai, I., Muto, T. (2017). Structural equation modeling of the relationship between posttraumatic growth and psychosocial factors in women with breast cancer. *PsychoOncology*, 26(8), 1198–1204. doi.org/10.1002/pon.4298
- Torgersen, S. and Vollrath, M.E. (2006). Personality Types, Personality Traits, and Risky Health Behavior. [W:] M.E. Vollrath (Red.) *Handbook of Personality and Health*, John Wiley & Sons Ltd doi.org/10.1002/9780470713860.ch10

- Treynor, W., Gonzalez, R., Nolen-Hoeksema, S. (2003). Rumination reconsidered: A psychometric analysis. *Cognitive Therapy and Research*, 27(3), 247–259. doi.org/10.1023/A:1023910315561
- Trickey, D., Siddaway, A. P., Meiser-Stedman, R., Serpell, L., Field, A. P. (2012). A meta-analysis of risk factors for post-traumatic stress disorder in children and adolescents. *Clinical Psychology Review*, 32, 122–138. doi:10.1016/j.cpr.2011.12.001
- Tsai, J., Harpaz-Rotem, I., Armour, C., Southwick, S. M., Krystal, J. H., Pietrzak, R. H. (2015). Dimensional structure of DSM-5 posttraumatic stress disorder symptoms: Results from the National Health and Resilience in Veterans Study. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 76(5), 546–553. doi:10.4088/JCP.14m09091
- Turner-Sack, A. M., Menna, R., Setchell, S. R. (2012). Posttraumatic Growth, Coping Strategies, and Psychological Distress in Adolescent Survivors of Cancer. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 29(2), 70–79. doi.org/10.1177/1043454212439472
- U.S. Department of Health and Human Services' Children's Bureau (2011). *Child Maltreatment Report*, 2011. Washington, DC: Pobrano 17.08.2022 z www.acf.hhs.gov/sites/default/files/cb/cm11.pdf
- Uchnast, Z. (1997). Prężność osobowa. Empiryczna typologia i metoda pomiaru. *Roczniki Filozoficzne*, 45(4), 27–51. <http://www.jstor.org/stable/4340966>
- Ulset, V. S., von Soest, T. (2022). Posttraumatic growth during the COVID-19 lockdown: A large-scale population-based study among Norwegian adolescents. *Journal of Traumatic Stress*, 1– 14. doi.org/10.1002/jts.22801
- United Nations General Assembly. (1984, December 10). Convention Against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment. *United Nations Treaty Series*, 1465, 85.
- United Nations Office for Drugs and Crime. (2015). Statistics on crime. Available from www.unodc.org
- United Nations Refugee Agency. (2020). Trends at a glance Pobrano 20.08.2022 z <https://www.unhcr.org/figures-at-a-glance.html>
- United Nations High Commissioner for Refugees (2022). United Nations High Commissioner for Refugees. <https://data.unhcr.org/en/documents/details/94176>
- Urcuyo K.R., Boyers, A.E., Carver Ch.S. & Antoni M.H. (2005) Finding benefit in breast cancer: Relations with personality, coping, and concurrent well-being, *Psychology & Health*, 20(2), 175-192. Doi:10.1080/08870440512331317634
- Vaughn, A. A., Roesch, S. C., Aldridge, A. A. (2008). Stress-Related Growth in Racial/Ethnic Minority Adolescents. *Educational and Psychological Measurement*, 69(1), 131–145. doi.org/10.1177/0013164408318775
- Vickers, B. (2005). Cognitive Model of the Maintenance and Treatment of Post-traumatic Stress Disorder Applied to Children and Adolescents. *Clinical Child Psychology & Psychiatry*, 10(2), 217–234. Doi.org/10.1177/1359104505051212
- Vin-Raviv, N., Hillyer, G. C., Hershman, D. L., Galea, S., Leoce, N., Bovbjerg, D. H., Kushi, L. H., Kroenke, C., Lamerato, L., Ambrosone, C. B., Valdimorsdottir, H., Jandorf, L., Mandelblatt, J. S., Tsai, W. Y., Neugut, A. I. (2013). Racial Disparities in Posttraumatic Stress After Diagnosis of Localized Breast Cancer: The BQUAL Study. *JNCI Journal of the National Cancer Institute*, 105(8), 563–572. Doi.org/10.1093/jnci/djt024
- Vishnevsky, T., Cann, A., Calhoun, L. G., Tedeschi, R. G., Demakis, G. J. (2010). Gender differences in posttraumatic growth: A meta analysis. *Psychology of Women Quarterly*, 34, 110-120. Doi:10.1111/j.1471-6402.2009.01546.x

- Wadsworth, M., Compas, B. (2002). Coping with family conflict and economic strain: The adolescent perspective. *Journal of Research on Adolescence*, 12, 243–274. Doi.org/doi.org/10.1111/1532-7795.00033.
- Weiss, T. (2002). Posttraumatic Growth in Women with Breast Cancer and Their Husbands. *Journal of Psychosocial Oncology*, 20(2), 65–80. doi.org/10.1300/j077v20n02_04
- Weissbecker, I., Sephton, S., Simpson, D. (2008). Psychological and physiological correlates of stress in children with exposure to disaster: A review of current research. *Children, Youth and Environments*, 18, 30-70.
- Westphal, M., Bonanno, G. A. (2007). Posttraumatic Growth and Resilience to Trauma: Different Sides of the Same Coin or Different Coins? *Applied Psychology*, 56(3), 417–427. doi.org/10.1111/j.1464-0597.2007.00298.x
- Wethington, H. R., Hahn, R. A., Fuqua-Whitley, D. S., Sipe, T. A., Crosby, A. E., Johnson, R. L., Liberman, A. M., Mościcki, E., Price, L. N., Tuma, F. K., Kalra, G., Chattopadhyay, S. K. (2008). The Effectiveness of Interventions to Reduce Psychological Harm from Traumatic Events Among Children and Adolescents. *American Journal of Preventive Medicine*, 35(3), 287–313. doi.org/10.1016/j.amepre.2008.06.024
- Williams, R. M., Davis, M. C., Millsap, R. E. (2002). Development of the cognitive processing of trauma scale. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 9(5), 349–360. doi.org/10.1002/cpp.343
- Wilson, B., Morris, B. A., Chambers, S. (2014). A structural equation model of post-traumatic growth after prostate cancer. *Psycho-Oncology*, 23, 1212–1219. Doi.org/10.1002/pon.3546
- Wilson, J. P., Drozdek, B. (2004). *Broken spirits: The treatment of traumatized asylum seekers, refugees and war and torture victims*. Routledge.
- Winfield, Linda F. (1994). *Developing resilience in urban youth*. NCREL: University of Southern California
- Wiseman, H., Hamilton-Giachritsis, C., Hiller, R. M. (2021). The Relevance of Cognitive Behavioral Models of Post-Traumatic Stress Following Child Maltreatment: A Systematic Review. *Trauma, Violence & Abuse*, 22(1), 191–206. Hdoi.org/10.1177/1524838019827894
- Wolchik, S. A., Coxe, S., Tein, J. Y., Sandler, I. N., Ayers, T. S. (2009). Six-Year Longitudinal Predictors of Posttraumatic Growth in Parentally Bereaved Adolescents and Young Adults. *OMEGA – Journal of Death and Dying*, 58(2), 107–128. Doi:10.2190/om.58.2.b
- World Health Organization (WHO). (1993). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders*. World Health Organization. Pobrano 15.06.2022 z https://cdn.who.int/media/docs/default-source/classification/other-classifications/9241544228_eng.pdf?sfvrsn=933a13d3_1&download=true
- World Health Organization (WHO). (2008). *The ICD-10 Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych – X Rewizja*, t.1. Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia 2012.
- World Health Organization (2013a). *Global regional estimates of violence against women, prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence*. World Health Organization. Pobrano 15.06.2022 z <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564625>
- World Health Organization (2013b). *WHO is releasing new clinical protocols and guidelines to health-care workers for treating the mental health consequences of trauma and loss*. Geneva: World Health Organization. Pobrano 14.06.2022 z

- <https://www.who.int/news/item/06-08-2013-who-releases-guidance-on-mental-health-care-after-trauma>
- World Health Organization. (2015) *Global status report on road safety 2015*. Geneva: World Health Organization. Pobrano 15.06.2022 z https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/9789241565066_eng.pdf
- World Health Organization (2017), *Child maltreatment: Infographics*. Geneva: World Health Organization. Pobrano 15.06.2022 z <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>
- World Health Organization (2018a), *International Classification of Diseases, 11th edition (ICD-11)*. Geneva, Switzerland: World Health Organization. Pobrano 15.05.2022 z <https://icd.who.int/en>
- World Health Organization (2018b). *The Global status report on road safety*. Vol. 2, Geneva. World Health Organization. Pobrano 20.05.2022 z https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70041/WHO_NMH_VIP_09.01_eng.pdf;sequence=1#:~:text=The%20Global%20status%20report%20on%20road%20safety%20is,drawn%20from%20a%20standardized%20survey%20conducted%20in%202008
- World Health Organization (2020a). *Global Health Estimates 2019: Deaths by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000-2019*. Geneva. World Health Organization. Pobrano 15.05.2022 z <https://www.who.int/data/global-health-estimates>
- World Health Organization (2020b). *Global health estimates: Disease burden by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000-2019*. Geneva. World Health Organization. Pobrano 15.05.2022 z <https://www.who.int/data/global-health-estimates>
- World Health Organization (2022). *World health statistics 2022: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals*. Geneva. World Health Organization. Pobrano 15.08.2022 z <https://www.who.int/publications/i/item/9789240051157>
- Wu, K., Leung, P., Cho, V., Law, L. (2016). Posttraumatic Growth After Motor Vehicle Crashes. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 23(2), 181–191. doi.org/10.1007/s10880-016-9456-9
- Wu, K., Zhang, Y., Liu, Z., Zhou, P., Wei, C. (2015). Coexistence and different determinants of posttraumatic stress disorder and posttraumatic growth among Chinese survivors after earthquake: role of resilience and rumination. *Frontiers in Psychology*, 6. doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01043
- Wu, Z., Xu, J., Sui, Y. (2016). Posttraumatic stress disorder and posttraumatic growth coexistence and the risk factors in Wenchuan earthquake survivors. *Psychiatry Research*, 237, 49–54. doi.org/10.1016/j.psychres.2016.01.041
- Xie, Y., Wu, J., Shen, G. (2019). Posttraumatic Growth in Tibetan Adolescent Survivors 6 Years After the 2010 Yushu Earthquake: Depression and PTSD as Predictors. *Child Psychiatry & Human Development*. doi:10.1007/s10578-019-00913-5
- Xu, J., Liao, Q. (2011). Prevalence and predictors of posttraumatic growth among adult survivors one year following 2008 Sichuan earthquake. *Journal of Affective Disorders*, 133(1-2), 274–280. doi.org/10.1016/j.jad.2011.03.034
- Xu, L., Pan, Q., Lin, R. (2016). Prevalence rate and influencing factors of preoperative anxiety and depression in gastric cancer patients in China: Preliminary study. *Journal of International Medical Research*, 44(2), 377–388. doi.org/10.1177/0300060515616722

- Yaskowich, K. M. (2003). Posttraumatic growth in children and adolescents with cancer (Unpublished doctoral thesis). University of Calgary, Calgary, AB. doi:10.11575/PRISM/20242
- Yehuda, R. (2006). Advances in understanding neuroendocrine alterations in PTSD and their therapeutic implications. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1071(1), 137-166. doi.org/10.1196/annals.1364.012
- Yehuda, R., McFarlane, A., Shalev, A. (1998). Predicting the development of posttraumatic stress disorder from the acute response to a traumatic event. *Biological Psychiatry*, 44(12), 1305–1313. doi:10.1016/s0006-3223(98)00276-5
- Ying, L. H., Lin, C. D., Wu, X. C., Chen, C., Greenberger, E., An, Y. Y. (2014). Trauma severity and control beliefs as predictors of posttraumatic growth among adolescent survivors of the Wenchuan earthquake. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 6(2), 192–198. doi.org/10.1037/a003196
- Yu, X.-n., Lau, J. T. F., Zhang, J., Mak, W. W. S., Choi, K. C., Lui, W. W. S., Zhang, J., Chan, E. Y. Y. (2010). Posttraumatic growth and reduced suicidal ideation among adolescents at month 1 after the Sichuan Earthquake. *Journal of Affective Disorders*, 123(1-3), 327–331. doi.org/10.1016/j.jad.2009.09.019
- Yuen, A. N. Y., Ho, S. M. Y., Chan, C. K. Y. (2014). The mediating roles of cancer-related rumination in the relationship between dispositional hope and psychological outcomes among childhood cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 23, 412–419. doi:10.1002/pon.3433
- Záhorcová, L., Prielomková, A. (2020). Posttraumatic growth after the loss of a loved one in relation to ruminations and core beliefs. *Human Affairs*, 30(3), 399–412. doi:10.1515/humaff-2020-0034
- Zawadzki, B., Popiel, A. (2014). Na rozstaju dróg: struktura objawów stresu pourazowego (PTSD) po DSM-5, a przed ICD-11. *Nauka*, 4, 69-86.
- Zawadzki, B., Strelau J. (2008), Zaburzenie pourazowe jako następstwo kataklizmu, *Nauka*, 2, 47-55
- Zdankiewicz-Ścigała, E. (2009). *Nadzieja podstawowa jako moderator procesu adaptacji po traumie. Konsekwencje psychiczne traumy uwarunkowania i terapia*. Warsaw, PL: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Zeligman, M. (2018). Medical trauma: Assessing trauma and growth following an HIV diagnosis. *Journal of Humanistic Counseling*, 57(1), 14–30.
- Zhang, W., Wang, A.-n., Yao, S.-y., Luo, Y.-h., Li, Z.-h., Huang, F.-f., Li, H., Yin, Y.-z., Zhang, J.-p. (2016). Latent Profiles of Posttraumatic Growth and Their Relation to Differences in Resilience among Only-Child-Lost People in China. *PLOS ONE*, 11(12), Artykuł e0167398. doi.org/10.1371/journal.pone.0167398
- Zhen, R., Zhou, X. (2022). Latent Patterns of Posttraumatic Stress Symptoms, Depression, and Posttraumatic Growth Among Adolescents During the COVID-19 Pandemic. *Journal of Traumatic Stress*, 35(1), 197–209. doi.org/10.1002/jts.22720
- Zhou, X., Wu, X. (2016). Understanding the roles of gratitude and social support in posttraumatic growth among adolescents after Ya'an earthquake: A longitudinal study. *Personality and Individual Differences*, 101, 4–8. doi:10.1016/j.paid.2016.05.033
- Zhou, X., Wu, X., Li, X., Zhen, R. (2018), The role of posttraumatic fear and social support in the relationship between trauma severity and posttraumatic growth among adolescent survivors of the Yaan earthquake. *International Journal of Psychology*, 53, 150-156. doi.org/10.1002/ijop.12281

- Zhou, X., Wu, X., Yuan, X., Chen, J., Chen, Q. (2015). The role of core beliefs challenge, subjective fear and intrusive rumination in associations between the severity of traumatic expose and posttraumatic stress disorder in adolescent survivors after Yaan earthquake. *Acta Psychologica Sinica*, 47, 455–465. doi.org/10.3724/SP.J.1041.2014.01509
- Zhou, X., Wu, X., Zhen, R. (2018a). Self-esteem and hope mediate the relations between social support and post-traumatic stress disorder and growth in adolescents following the Ya'an earthquake. *Anxiety, Stress & Coping*, 31(1), 32–45. doi.org/10.1080/10615806.2017.1374376
- Zhou, X., Wu, X., Zhen, R. (2018b). Patterns of Posttraumatic Stress Disorder and Posttraumatic Growth Among Adolescents After the Wenchuan Earthquake in China: A Latent Profile Analysis. *Journal of Traumatic Stress*, 31(1), 57–63. doi:10.1002/jts.22246
- Zięba, M. Wzrost potraumatyczny i deprecjacja, czyli o pozytywnych i negatywnych zmianach w myśleniu o sobie i świecie, które mogą być skutkiem traumy. (2021). [W:] M. Dragan i M Rzeszutek (Red.) *Z badań nad traumą psychiczną w Polsce* (s. 179-195). Wydawnictwo Scholar.

Załącznik

Tabela 1.1. Współczynniki korelacji między wiekiem a PTSD i PTG w II pomiarze (n=112)

Wiek	PTSD	Intruzja	Unikanie	Pobudzenie	PTG	Percepcja siebie	Docenianie życia	Relacje z innymi
Korelacja r-Pearsona	0,060	0,072	0,062	0,021	0,054	0,061	0,040	0,055

Tabela 1.2. Nasilenie objawów PTSD i PTG w II pomiarze w grupie chłopców i dziewcząt.

Płeć	Chłopcy		Dziewczęta		t	p
	M	SD	M	SD		
PTSD II	13,63	8,86	15,40	9,15	-1,03	0,31
Intruzja	4,74	3,50	5,36	3,66	-0,92	0,36
Unikanie	4,06	2,85	4,90	3,65	-1,35	0,18
Pobudzenie	4,85	4,03	5,14	3,87	-0,38	0,70
PTG II	57,26	17,99	61,67	15,77	-1,38	0,17
Percepcja siebie	18,98	6,12	20,67	5,62	-1,52	0,13
Docenianie życia	19,35	6,11	20,78	5,39	-1,31	0,19
Relacje z innymi	18,93	6,40	20,22	5,60	-1,14	0,26

M – średnia, SD – odchylenie standardowe, t – test T, p – poziom istotności

Tabela 1.3. Nasilenie objawów PTSD i PTG w II pomiarze w zależności od rodzaju zdarzenia traumatycznego.

Rodzaj zdarzenia	Śmierć bliskiej osoby		Choroba nowotworowa		Przemoc		Wypadek drogowy		F	p
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD		
PTSD II	12,94	7,30	17,86	10,14	13,24	7,79	14,27	10,56	1,90	0,13
Intruzja	4,72	3,59	6,38	3,88	4,07	2,49	5,14	4,05	2,23	0,09
Unikanie	3,75	2,66	5,48	4,16	4,03	2,75	4,86	3,34	1,72	0,17
Pobudzenie	4,47	2,69	6,00	4,26	5,14	4,32	4,27	4,42	1,09	0,36
PTG II	56,34	17,05	59,14	14,75	64,07	15,18	58,77	21,14	1,09	0,36
Percepcja siebie	19,13	5,88	19,14	5,78	21,31	5,25	19,95	6,88	0,89	0,45
Docenianie życia	18,91	6,16	20,31	4,74	21,59	5,26	19,55	6,89	1,19	0,32
Relacje z innymi	18,31	6,10	19,69	4,86	21,17	5,16	19,27	7,94	1,18	0,32

M – średnia, SD – odchylenie standardowe, t – Jednoczynnikowa ANOVA, p – poziom istotności

Tabela 1.4. Nasilenie objawów PTSD i PTG w II pomiarze w zależności od czasu, jaki upłynął od zdarzenia traumatycznego (n=242).

Czas od zdarzenia	Do roku		1-2 lata		2-3 lata		Powyżej 3 lat		t	p
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD		
PTSD II	16,36	8,46	12,00	9,61	15,58	8,09	15,69	9,16	1,81	0,15
Intruzja	6,05	3,49	4,15	3,72	4,32	2,77	6,08	3,75	2,62	0,05
Unikanie	5,10	3,45	3,71	3,16	4,95	3,27	4,46	3,16	1,36	0,26
Pobudzenie	5,21	3,69	4,15	3,86	6,32	4,35	5,15	4,06	1,41	0,24
PTG II	59,15	16,14	62,02	19,29	57,53	14,14	55,85	15,77	0,59	0,62
Percepcja siebie	19,72	5,48	20,39	6,71	19,79	5,25	18,69	5,75	0,28	0,84
Docenianie życia	19,90	5,32	20,95	6,54	19,32	5,38	19,08	5,24	0,56	0,64
Relacje z innymi	19,54	6,04	20,68	6,57	18,42	4,89	18,08	5,48	0,97	0,41

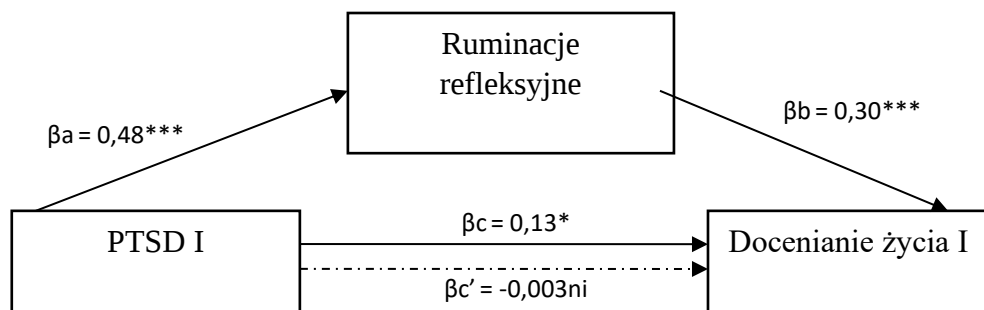
M – średnia, SD – odchylenie standardowe, t – Jednoczynnikowa ANOVA, p – poziom istotności

Tabela 1.5. Nasilenie objawów PTSD i PTG w drugim pomiarze w zależności od rodzaju udzielonej pomocy.

Rodzaj pomocy	Wsparcie psychologiczne		Terapia psychologiczna		t	P
	M	SD	M	SD		
PTSD II	15,03	9,62	13,92	8,20	0,65	0,52
Intruzja	5,17	3,72	4,92	3,41	0,37	0,71
Unikanie	4,58	3,60	4,38	2,88	0,32	0,75
Pobudzenie	5,28	4,32	4,63	3,35	0,87	0,38
PTG II	58,00	17,60	61,60	15,99	-1,12	0,27
Percepcja siebie	19,30	6,18	20,60	5,48	-1,16	0,25
Docenianie życia	19,70	6,00	20,60	5,47	-0,82	0,42
Relacje z innymi	19,00	6,12	20,40	5,83	-1,22	0,23

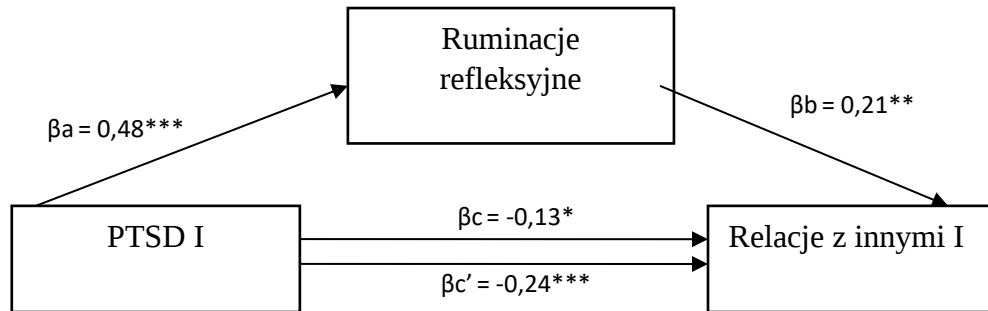
M – średnia, SD – odchylenie standardowe, t – test T, p – poziom istotności

Rycina 1.1. Model zależności między PTSD (wynik ogólny) i docenianiem życia w pierwszym pomiarze oraz ruminacjami refleksyjnymi.



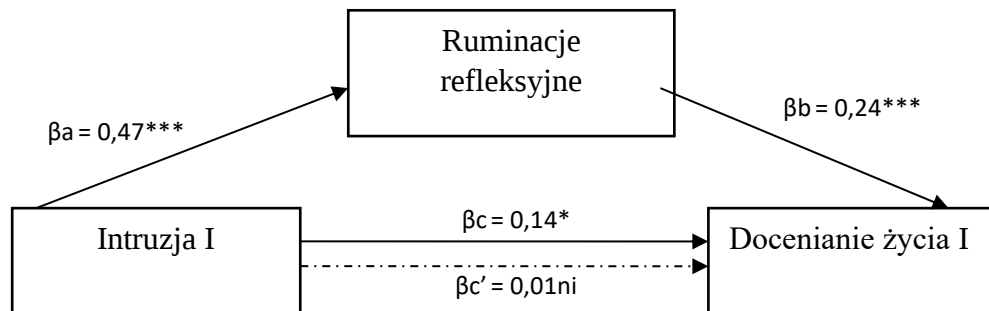
*p<0,05; ***p < 0,001; ni – nieistotne statystycznie

Rycina 1.2. Model zależności między PTSD (wynik ogólny) i relacjami z innymi w pierwszym pomiarze oraz ruminacjami refleksyjnymi.



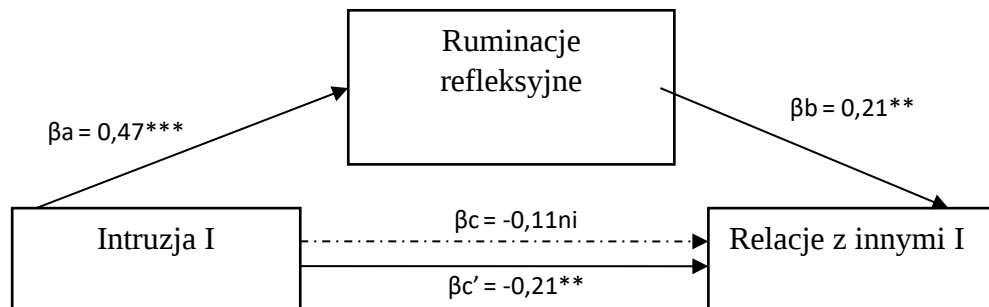
* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$; ni – nieistotne statystycznie

Rycina 1.3. Model zależności między intruzją i docenianiem życia w pierwszym pomiarze oraz ruminacjami refleksyjnymi.



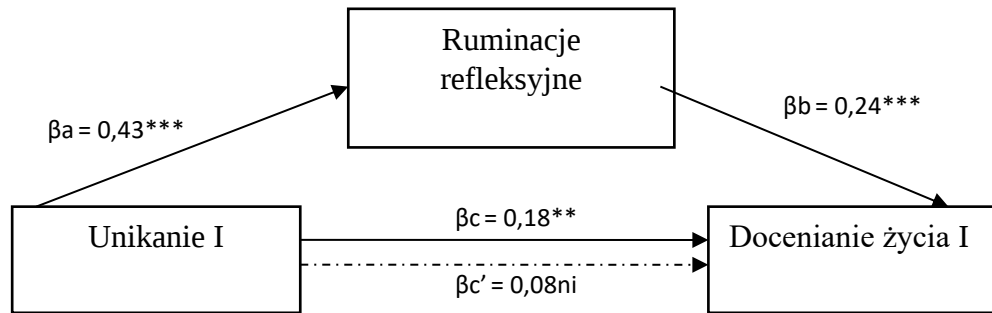
* $p < 0,05$; *** $p < 0,001$; ni – nieistotne statystycznie

Rycina 1.4. Model zależności między intruzją i relacjami z innymi w pierwszym pomiarze oraz ruminacjami refleksyjnymi.



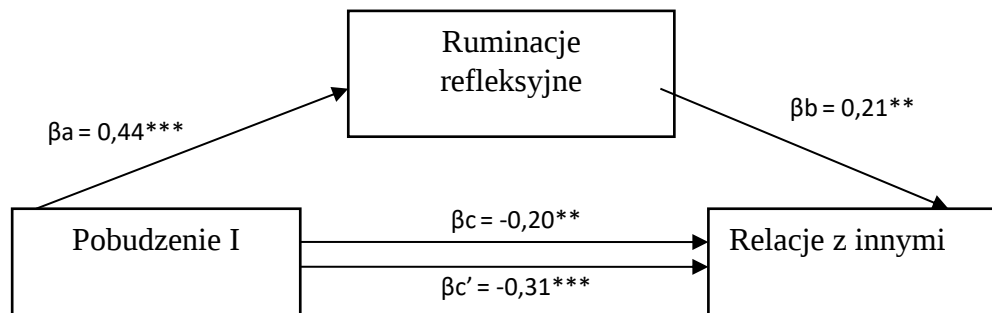
** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$; ni – nieistotne statystycznie

Rycina 1.5. Model zależności między unikaniem i docenianiem życia w pierwszym pomiarze oraz ruminacjami refleksyjnymi.



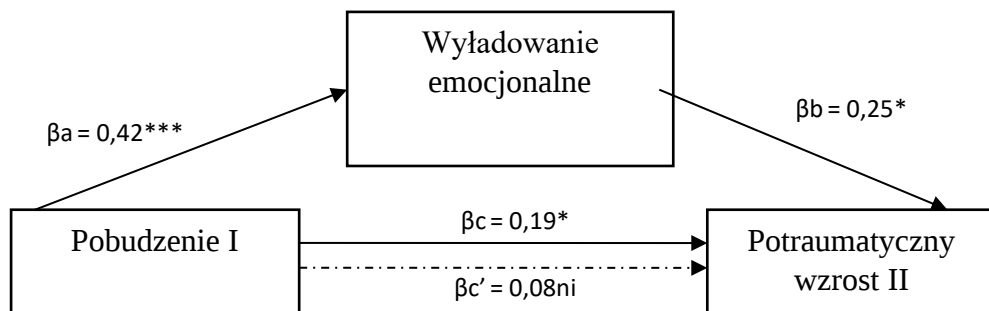
** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$; ni – nieistotne statystycznie

Rycina 1.6. Model zależności między intruzją i relacjami z innymi w pierwszym pomiarze oraz ruminacjami refleksyjnymi.



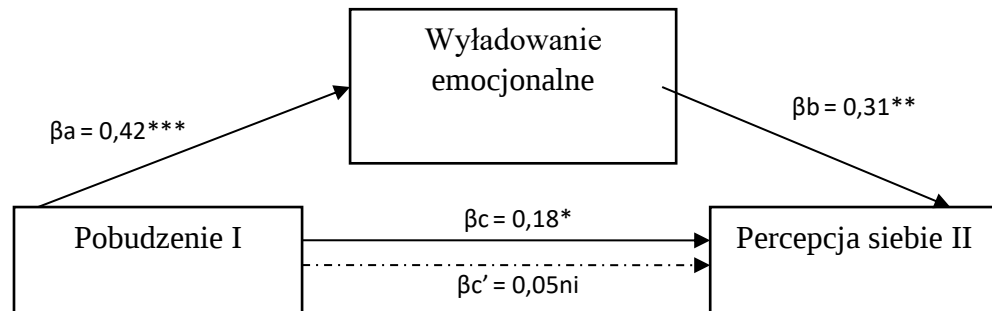
** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$; ni – nieistotne statystycznie

Rycina 1.7. Model zależności między pobudzeniem w pierwszym pomiarze i PTG ogółem w drugim pomiarze oraz wyładowaniem emocjonalnym.



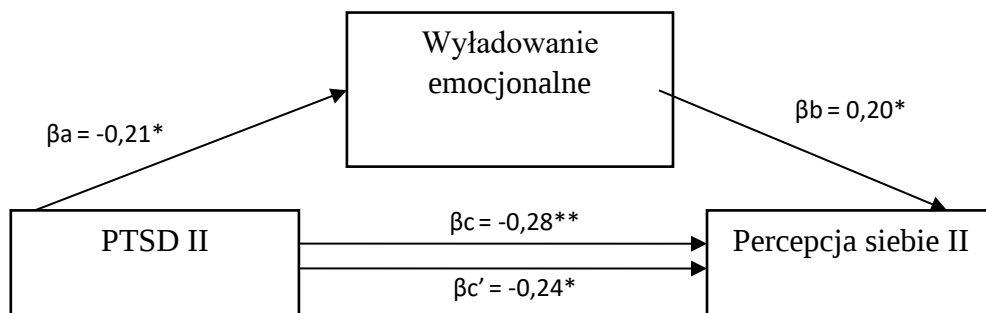
* $p < 0,05$; *** $p < 0,001$; ni – nieistotne statystycznie

Rycina 1.8. Model zależności między pobudzeniem w pierwszym pomiarze i percepcją siebie w drugim pomiarze oraz wyładowaniem emocjonalnym.



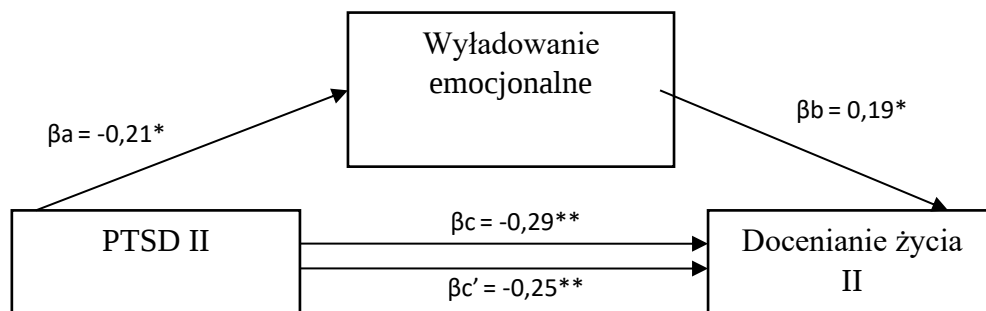
* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$; ni – nieistotne statystycznie

Rycina 1.9. Model zależności między PTSD i percepcją siebie w drugim pomiarze oraz wyładowaniem emocjonalnym.



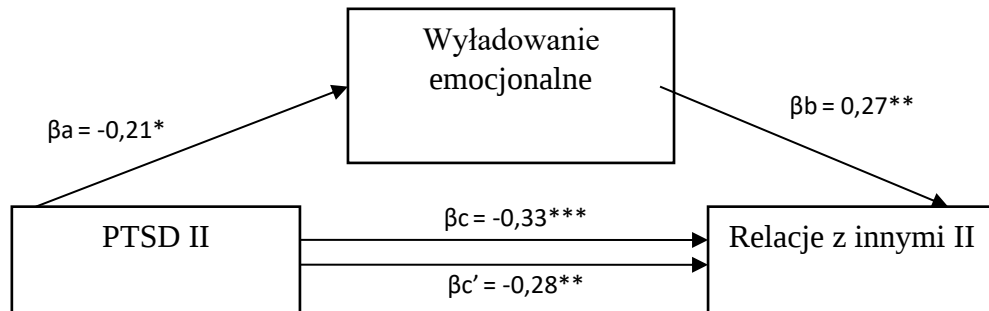
* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$;

Rycina 1.10. Model zależności między PTSD i docenianiem życia w drugim pomiarze oraz wyładowaniem emocjonalnym.



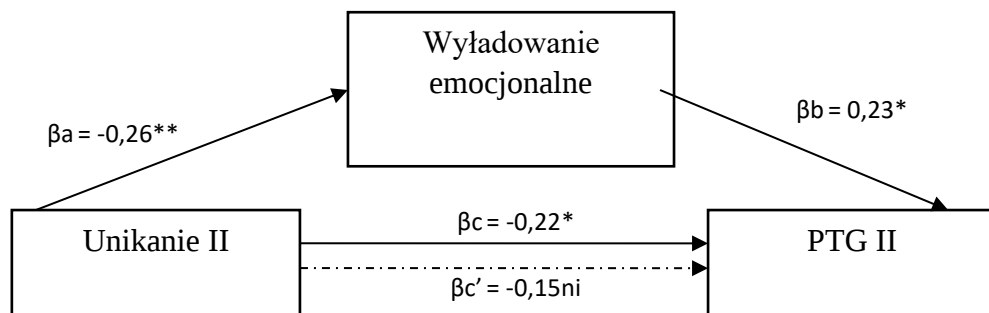
* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$;

Rycina 1.11. Model zależności między PTSD i relacjami z innymi w drugim pomiarze oraz wyladowaniem emocjonalnym.



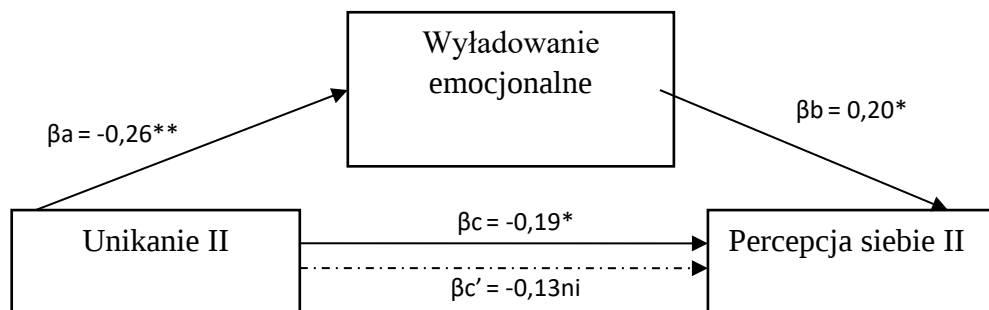
* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Rycina 1.12. Model zależności między unikaniem i PTG w drugim pomiarze oraz wyladowaniem emocjonalnym.



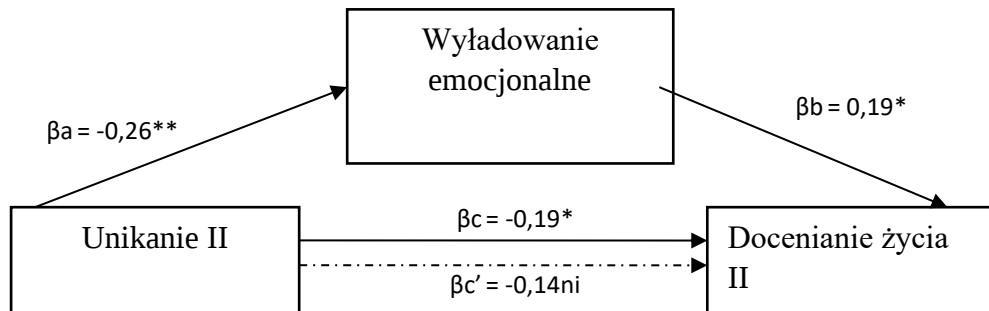
* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; ni – nieistotne statystycznie

Rycina 1.13. Model zależności między unikaniem i percepcją siebie w drugim pomiarze oraz wyladowaniem emocjonalnym.



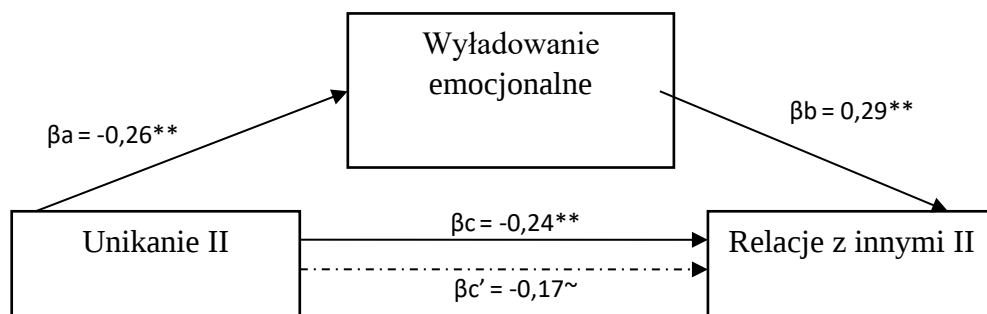
* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; ni – nieistotne statystycznie

Rycina 1.14. Model zależności między unikaniem i docenianiem życia w drugim pomiarze oraz wyładowaniem emocjonalnym.



* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; ni – nieistotne statystycznie

Rycina 1.15. Model zależności między unikaniem i relacjami z innymi w drugim pomiarze oraz wyładowaniem emocjonalnym.



** $p < 0,01$; $\sim p$ tendencja

Spis tabel:

Tabela 1. Średnie i odchylenia standardowe objawów PTSD i PTG w badanej grupie młodzieży (n=242)

Tabela 2. Współczynniki korelacji między wiekiem a PTSD i PTG w I etapie (n=242)

Tabela 3. Nasilenie objawów PTSD i PTG w grupie chłopców i dziewcząt w I etapie (n=242)

Tabela 4. Nasilenie objawów PTSD i PTG w I etapie w zależności od rodzaju zdarzenia traumatycznego (n=242)

Tabela 5. Nasilenie objawów PTSD i PTG w I etapie w zależności od czasu, jaki upłynął od zdarzenia traumatycznego (n=242)

Tabela 6. Nasilenie objawów PTSD i PTG w I etapie w zależności od rodzaju udzielonej pomocy (n=242)

Tabela 7. Nasilenie objawów PTSD i PTG w obydwu etapach (n=112)

Tabela 8. Współczynniki korelacji między PTSD a PTG w I pomiarze (n=242)

Tabela 9. Współczynniki korelacji między PTSD a PTG w II pomiarze (n=112)

Tabela 10. Nasilenie zmiennych wyjaśniających (n=242)

Tabela 11. Współczynniki korelacji między zmiennymi wyjaśniającymi a PTSD w I etapie (n=242)

Tabela 12. Współczynniki korelacji między zmiennymi wyjaśniającymi a PTG w I etapie (n=242)

Tabela 13. Współczynniki korelacji między zmiennymi wyjaśniającymi a PTSD w II etapie (n=112)

Tabela 14. Współczynniki korelacji między zmiennymi wyjaśniającymi a PTG w II etapie (n=112)

Tabela 15. Predyktory PTSD w I pomiarze (n=242)

Tabela 16. Predyktory PTG w I pomiarze (n=242)

Tabela 17. Predyktory PTSD w II pomiarze (n=112)

Tabela 18. Predyktory PTG w II pomiarze (n=112)

Spis rycin:

Rycina 1. Zrewidowany model potraumatycznego wzrostu (opracowanie własne na podstawie Tedeschi i in., 2018, s.44).

Rycina 2. Model wzrostu po traumie u dzieci Cryder i in. (źródło: Ogińska-Bulik, 2013a, s.146).

Rycina 3. Model wzrostu po traumie u dzieci i młodzieży Meyerson i in. (źródło: Ogińska-Bulik, 2013, s.147).

Rycina 4. Model wzrostu po traumie u dzieci Kilmer i in. (opracowanie własne na podstawie Kilmer i in. 2014, s. 509)

Rycina 5. Model wzrostu po traumie u nastolatków Andrades i in. (opracowanie własne, na podstawie Andrades i in. 2017, s. 3).

Rycina 6. Model badań własnych

Rycina 7. Model 1 bezpośrednich i pośrednich zależności między zmiennymi w pierwszym pomiarze PTSD i PTG.

Rycina 8. Model 2 bezpośrednich i pośrednich zależności między zmiennymi w pierwszym pomiarze PTSD i PTG

Rycina 9. Model 3 bezpośrednich i pośrednich zależności między zmiennymi w pierwszym pomiarze PTSD i PTG.

Rycina 10. Model 1 bezpośrednich i pośrednich zależności między zmiennymi w drugim pomiarze PTSD i PTG

Rycina 11. Model bezpośrednich i pośrednich zależności między zmiennymi w drugim pomiarze PTSD i PTG.

Rycina 12. Model bezpośrednich i pośrednich zależności między zmiennymi w drugim pomiarze PTSD i PTG z uwzględnieniem akceptacji/rezygnacji.

Rycina 13. Model 1 bezpośrednich i pośrednich zależności między zmiennymi w pierwszym i drugim pomiarze PTSD i PTG

Rycina 14. Model 2 bezpośrednich i pośrednich zależności między zmiennymi w pierwszym i drugim pomiarze PTSD i PTG

Tabela 1.1. Współczynniki korelacji między wiekiem a PTSD i PTG w II pomiarze (n=112).

Tabela 1.2. Nasilenie objawów PTSD i PTG w II pomiarze w grupie chłopców i dziewcząt.

Tabela 1.3. Nasilenie objawów PTSD i PTG w II pomiarze w zależności od rodzaju zdarzenia traumatycznego.

Tabela 1.4. Nasilenie objawów PTSD i PTG II pomiarze w zależności od czasu, jaki upłynął od zdarzenia traumatycznego (n=242).

Tabela 1.5. Nasilenie objawów PTSD i PTG w zależności od rodzaju udzielonej pomocy.

Rycina 1.1. Model zależności między PTSD (wynik ogólny) i docenianiem życia w pierwszym pomiarze oraz ruminacjami refleksyjnymi.

Rycina 1.2. Model zależności między PTSD (wynik ogólny) i relacjami z innymi w pierwszym pomiarze oraz ruminacjami refleksyjnymi.

Rycina 1.3. Model zależności między intruzją i docenianiem życia w pierwszym pomiarze oraz ruminacjami refleksyjnymi.

Rycina 1.4. Model zależności między intruzją i relacjami z innymi w pierwszym pomiarze oraz ruminacjami refleksyjnymi.

Rycina 1.5. Model zależności między unikaniem i docenianiem życia w pierwszym pomiarze oraz ruminacjami refleksyjnymi.

Rycina 1.6. Model zależności między intruzją i relacjami z innymi w pierwszym pomiarze oraz ruminacjami refleksyjnymi.

Rycina 1.7. Model zależności między pobudzeniem w pierwszym pomiarze i PTG ogółem w drugim pomiarze oraz wyładowaniem emocjonalnym.

Rycina 1.8. Model zależności między pobudzeniem w pierwszym pomiarze i percepcją siebie w drugim pomiarze oraz wyładowaniem emocjonalnym.

Rycina 1.9. Model zależności między PTSD i percepcją siebie w drugim pomiarze oraz wyładowaniem emocjonalnym.

Rycina 1.10. Model zależności między PTSD i docenianiem życia w drugim pomiarze oraz wyładowaniem emocjonalnym.

Rycina 1.11. Model zależności między PTSD i relacjami z innymi w drugim pomiarze oraz wyładowaniem emocjonalnym.

Rycina 1.12. Model zależności między unikaniem i PTG w drugim pomiarze oraz wyładowaniem emocjonalnym.

Rycina 1.13. Model zależności między unikaniem i percepcją siebie w drugim pomiarze oraz wyładowaniem emocjonalnym.

Rycina 1.14. Model zależności między unikaniem i docenianiem życia w drugim pomiarze oraz wyładowaniem emocjonalnym.

Rycina 1.15. Model zależności między unikaniem i relacjami z innymi w drugim pomiarze oraz wyładowaniem emocjonalnym.