



Złożenie pracy online:
2026-02-28 16:06:07
Kod pracy:
26984/51936/CloudA

Joanna Syc
(nr albumu: 28473)

Praca magisterska

Negatywne i pozytywne skutki traumy - rola prężności i wsparcia społecznego

Negative and Positive Effects of Trauma: The Role of Resilience and Social Support

Wydział: Wyższa Szkoła Biznesu - National-Louis University

Kierunek: Psychologia

Specjalność: psychologia kliniczna i osobowości

Promotor: dr Magdalena Kobylarczyk-Kaczmarek

Streszczenie

Streszczenie

Trauma stanowi złożone zjawisko psychologiczne, obejmujące zarówno destrukcyjne, jak i potencjalnie rozwojowe następstwa doświadczeń przekraczających możliwości adaptacyjne jednostki. Celem niniejszej pracy było ukazanie negatywnych i pozytywnych skutków traumy oraz zbadanie roli prężności i wsparcia społecznego w procesie radzenia sobie z jej konsekwencjami. W badaniu wykorzystano metody kwestionariuszowe. Wyniki potwierdziły, że prężność psychiczna ujemnie koreluje z objawami PTSD, a dodatnio z poziomem potraumatycznego wzrostu. Wsparcie społeczne obniżało poziom negatywnych skutków traumy, jednak nie wiązało się z poziomem pozytywnych zmian. Wyniki sugerują, że zasoby indywidualne i społeczne odgrywają istotną rolę w łagodzeniu skutków traumy oraz sprzyjaniu procesom adaptacyjnym.

Słowa kluczowe

Słowa kluczowe: trauma, prężność psychiczna, wsparcie społeczne, potraumatyczny wzrost, PTSD, adaptacja



Abstract

Abstract

Trauma is a complex psychological phenomenon that encompasses both destructive and potentially developmental outcomes of experiences exceeding an individual's adaptive capacity. The aim of this study was to present the negative and positive effects of trauma and to examine the role of psychological resilience and social support in coping with its consequences. The study employed questionnaire methods. The results confirmed that psychological resilience was negatively correlated with PTSD symptoms and positively associated with the level of posttraumatic growth. Social support reduced the level of negative trauma effects but was not related to the level of positive changes. The findings suggest that individual and social resources play a crucial role in mitigating the effects of trauma and fostering adaptive processes.

Keywords

Keywords: trauma, psychological resilience, social support, posttraumatic growth, PTSD, adaptation



Temat: Negatywne i pozytywne skutki traumy – rola prężności i wsparcia społecznego

[strona tytułowa]



Spis treści

Streszczenie	4
Abstract.....	4
1. Wprowadzenie.....	5
2. Trauma.....	7
2.1. Definicja i rodzaje traumy.....	7
2.1.1. Ewolucja definicji traumy na przestrzeni lat.....	7
2.1.2. Trauma pojedyncza	14
2.1.3. Trauma wielokrotna (złożona).....	14
2.2. Częstotliwość występowania zdarzeń traumatycznych	16
2.3. Negatywne konsekwencje traumy	20
2.3.1. PTSD – zespół stresu pourazowego.....	20
2.3.2. ASD – ciężka reakcja na stres.....	21
2.3.3. Zaburzenia więzi.....	22
2.4. Pozytywne skutki doświadczeń traumatycznych	23
2.4.1. Obszary pozatraumatycznego rozwoju	23
2.4.2. Czynniki warunkujące potraumatyczny wzrost.....	26
3. Prężność.....	28
3.1. Koncepcja prężności	28
3.2. Czynniki wpływające na prężność	29
3.3. Wpływ prężności na traumę.....	32
4. Wsparcie społeczne	34
4.1. Istota i rodzaje wsparcia społecznego.....	34
4.2. Rola wsparcia społecznego w procesie radzenia sobie z traumą	36
4.3. Znaczenie wsparcia społecznego dla zdrowia psychicznego i funkcjonowania mózgu	37
5. Materiał i metody	39



5.1. Cel badania.....	39
5.2. Problemy i hipotezy badawcze.....	39
5.3. Metody badawcze	40
5.4. Charakterystyka badanej grupy i przebieg badań.....	44
5.5. Metody statystyczne	45
6. Wyniki.....	46
6.1. Statystyki opisowe.....	46
6.2. Weryfikacja hipotez	47
7. Dyskusja i wnioski	59
Bibliografia	69
Spis tabel i rysunków	79
Aneks.....	80
Zał. 1. Wzór kwestionariusza ankiety własnej.....	80



Streszczenie

Trauma stanowi złożone zjawisko psychologiczne, obejmujące zarówno destrukcyjne, jak i potencjalnie rozwojowe następstwa doświadczeń przekraczających możliwości adaptacyjne jednostki. Celem niniejszej pracy było ukazanie negatywnych i pozytywnych skutków traumy oraz zbadanie roli prężności i wsparcia społecznego w procesie radzenia sobie z jej konsekwencjami. W badaniu wykorzystano metody kwestionariuszowe. Wyniki potwierdziły, że prężność psychiczna ujemnie koreluje z objawami PTSD, a dodatnio z poziomem potraumatycznego wzrostu. Wsparcie społeczne obniżało poziom negatywnych skutków traumy, jednak nie wiązało się z poziomem pozytywnych zmian. Wyniki sugerują, że zasoby indywidualne i społeczne odgrywają istotną rolę w łagodzeniu skutków traumy oraz sprzyjaniu procesom adaptacyjnym.

Słowa kluczowe:

trauma, prężność psychiczna, wsparcie społeczne, potraumatyczny wzrost, PTSD, adaptacja

Abstract

Trauma is a complex psychological phenomenon that encompasses both destructive and potentially developmental outcomes of experiences exceeding an individual's adaptive capacity. The aim of this study was to present the negative and positive effects of trauma and to examine the role of psychological resilience and social support in coping with its consequences. The study employed questionnaire methods. The results confirmed that psychological resilience was negatively correlated with PTSD symptoms and positively associated with the level of posttraumatic growth. Social support reduced the level of negative trauma effects but was not related to the level of positive changes. The findings suggest that individual and social resources play a crucial role in mitigating the effects of trauma and fostering adaptive processes.

Keywords:

trauma, psychological resilience, social support, posttraumatic growth, PTSD, adaptation



1. Wprowadzenie

Zjawisko traumy stanowi jeden z bardziej istotnych obszarów współczesnych badań psychologicznych, psychiatrycznych i społecznych, koncentrujących się na konsekwencjach ludzkiego cierpienia oraz mechanizmach adaptacyjnych umożliwiających powrót do równowagi po doświadczeniach granicznych. Trauma jest bowiem doświadczeniem przekraczającym możliwości jednostki do poradzenia sobie z sytuacją, skutkujące trwałym zaburzeniem poczucia bezpieczeństwa, ciągłości i sensu życia. Ma ona z tego względu znaczący wpływ na zdrowie psychiczne i społeczne funkcjonowanie człowieka. Badania epidemiologiczne prowadzone w różnych krajach wskazują, że zdecydowana większość populacji doświadcza przynajmniej jednego wydarzenia o charakterze traumatycznym w ciągu życia, co czyni traumę zjawiskiem o uniwersalnym wymiarze i społecznym znaczeniu (Garzarek, 2017, Gradus i Galea, 2022). Większość populacji doświadcza przynajmniej jednego zdarzenia o charakterze traumatycznym w ciągu życia, co czyni to zjawisko powszechnym (Benjet i in., 2016; Knipscheer i in., 2020; Schein i in., 2021).

Doświadczenia traumatyczne prowadzą do szeregu negatywnych konsekwencji psychicznych i społecznych, takich jak zespół stresu pourazowego (PTSD), ostry zespół reakcji na stres (ASD) oraz zaburzenia więzi, szczególnie w przypadkach długotrwałej ekspozycji na przemoc interpersonalną (Tahan, Taheri i Saleem, 2021; Draczyńska, 2024). W przypadku traumy złożonej konsekwencje te obejmują głębokie zmiany w obrazie siebie i zdolności do tworzenia więzi (Nijenhuis i van der Hart, 2011). Zaburzenia te nie wynikają jedynie z intensywności zdarzenia, lecz również z jego kontekstu interpersonalnego oraz sposobu przetworzenia psychicznego (Isobel i in., 2017).

Pomimo jednoznacznych dowodów na destrukcyjny wpływ traumy, w literaturze coraz częściej podkreśla się możliwość pojawienia się pozytywnych następstw doświadczeń urazowych. Koncepcja potraumatycznego wzrostu, zaproponowana przez Tedeschiego i Calhouna (1996, 2004), wskazuje, że konfrontacja z cierpieniem może prowadzić do głębokiej transformacji osobowościowej i rozwoju. Wzrost ten przejawia się m.in. w większym docenieniu życia, pogłębieniu relacji z innymi, wzroście poczucia osobistej siły, przewartościowaniu celów życiowych oraz rozwoju duchowym (Ogińska-Bulik, 2019; Parikh i in., 2015). Trauma może zatem stać się czynnikiem rozwojowym, o ile jednostka jest w stanie nadać jej sens.



Niemniej jednak, warunkiem sprzyjającym pozytywnym zmianom po traumie jest obecność zasobów osobistych i środowiskowych. Jednym z kluczowych mechanizmów wspierających proces adaptacji jest prężność psychiczna, definiowana jako zdolność jednostki do elastycznej adaptacji, utrzymania równowagi emocjonalnej i skutecznego funkcjonowania mimo przeciwności (Ogińska-Bulik i Juczyński, 2008; Konaszewski i Kwadrans, 2017). Drugim istotnym czynnikiem warunkującym przebieg adaptacji po traumie jest wsparcie społeczne, które obejmuje pomoc emocjonalną, informacyjną i instrumentalną otrzymywaną od otoczenia (Ogińska-Bulik, 2019).

Analiza negatywnych i pozytywnych skutków traumy pozwoli uchwycić złożoność procesów psychicznych zachodzących w obliczu doświadczeń traumatycznych. Z kolei zrozumienie roli prężności i wsparcia społecznego w tym procesie umożliwi zaprojektowanie skutecznych interwencji terapeutycznych, programów profilaktycznych i działań wspierających zdrowie psychiczne jednostek i społeczności narażonych na doświadczenia urazowe.

Stąd też celem niniejszej pracy jest zatem analiza negatywnych i pozytywnych skutków traumy oraz określenie znaczenia prężności i wsparcia społecznego w procesie adaptacji po doświadczeniach traumatycznych.



2. Trauma

2.1. Definicja i rodzaje traumy

2.1.1. Ewolucja definicji traumy na przestrzeni lat

Analiza ewolucji pojęcia traumy ma kluczowe znaczenie dla zrozumienia sposobu, w jaki współczesne nauki medyczne, psychologiczne i humanistyczne ujmują ludzkie cierpienie oraz jego konsekwencje. Jak zauważa Haslam i McGrath (2020), zakres semantyczny traumy ulegał systematycznemu rozszerzaniu od wczesnego, czysto somatycznego rozumienia, po ujęcia obejmujące doświadczenia emocjonalne, społeczne i kulturowe (tab. 1). Sposób, w jaki trauma była i jest definiowana, wpływa na diagnozę kliniczną, planowanie terapii oraz na sposób, w jaki społeczeństwo postrzega osoby jej doświadczające (Gradus i Galea, 2022). Redefinicja tego pojęcia pozwala na bardziej wrażliwe i inkluzywne podejście do osób dotkniętych skutkami traumatycznych wydarzeń, a także na dostosowanie interwencji terapeutycznych do różnorodnych form cierpienia psychicznego. Zrozumienie historycznych przemian w ujmowaniu traumy umożliwia również krytyczną refleksję nad granicami między stresem a traumą oraz nad adekwatnością obowiązujących kryteriów diagnostycznych (Isobel i in., 2017).

Tabela 1.
Ewolucja pojęcia traumy

Okres	Dominujące ujęcie	Charakterystyka definicji traumy
Druga połowa XIX w.	Medyczno-fizyczne	Trauma rozumiana jako fizyczne uszkodzenie ciała
Koniec XIX w.	Neurologiczno-emocjonalne	Rozszerzenie znaczenia o aspekt psychiczny i neurologiczny oraz pierwsze ujęcia emocjonalnych skutków urazu
Początek XX w.	Psychiczno-psychoanalityczne	Trauma jako uraz psychiczny, skutek niemożności przetworzenia afektu
I połowa XX w. (wojny światowe)	Psychospołeczne i militarne	Pojęcia shell shock, war neurosis; trauma rozumiana jako efekt długotrwałego stresu i przeciążenia psychicznego
Druga połowa XX w.	Kliniczno-psychiatryczne	Uznanie PTSD jako jednostki diagnostycznej (DSM-III, 1980); trauma



Okres	Dominujące ujęcie	Charakterystyka definicji traumy
		traktowana jako obiektywna reakcja na ekstremalne wydarzenie
Lata 1990–2000	Złożone i rozwojowe	Rozszerzenie pojęcia o traumę chroniczną, rozwojową i złożoną; uwzględnienie przemocy domowej, zaniedbania i długotrwałych stresorów
XXI w. (współcześnie)	Psychospołeczno-kulturowe i procesualne	Trauma postrzegana jako proces adaptacji i potencjalnego wzrostu, obejmuje także wymiar kulturowy i transgeneracyjny

Źródło: opracowanie własne.

Pierwsze próby naukowego uchwycenia zjawiska traumy sięgają drugiej połowy XIX wieku, kiedy dominującym paradygmatem była medyczna interpretacja urazu. Trauma była wówczas rozumiana przede wszystkim jako uszkodzenie ciała, a więc jako zjawisko o charakterze somatycznym. W kontekście ówczesnej medycyny klinicznej termin ten odnosił się do fizycznego zranienia organizmu, powodowanego przez czynniki zewnętrzne, takie jak rany wojenne czy wypadki przemysłowe. Dopiero stopniowo zaczęto dostrzegać, że skutki traumatycznych doświadczeń wykraczają poza sferę cielesną, obejmując również zaburzenia emocjonalne, poznawcze i behawioralne (Perrotta, 2019). W pierwszych opisach, takich jak przypadki tzw. railway spine (zaburzeń obserwowanych u ofiar wypadków kolejowych) trauma była postrzegana jako konsekwencja fizycznego urazu, nawet jeśli nie towarzyszyły mu widoczne obrażenia (Sütterlin, 2020).

W końcu XIX wieku do dyskursu medycznego wprowadzono pojęcie „traumatycznej nerwicy” (*traumatic neurosis*), które rozszerzyło znaczenie traumy o aspekty neurologiczne i emocjonalne. Berliński neurolog Hermann Oppenheim zastosował greckie słowo trauma, oznaczające ranę lub zranienie, do opisu urazu psychicznego, nadając mu nowe znaczenie poza kontekstem chirurgicznym (Sütterlin, 2020). Kluczową rolę w tej przemianie odegrały także poczynione w tym samym czasie obserwacje lekarzy i neurologów zajmujących się tzw. histerią, wśród których szczególne znaczenie miały badania Jeana-Martina Charcota. Pierre Janet, uczeń Charcota postrzegał traumę jako zjawisko prowadzące do rozszczepienia świadomości, zaburzającego jedność i spójność psychiki. W jego ujęciu doświadczenie traumatyczne nie było jedynie



reakcją fizjologiczną, lecz procesem psychicznym przekraczającym zdolność jednostki do integracji emocji i wspomnień (Nijenhuis i van der Hart, 2011). Te dwa podejścia zapoczątkowały rozumienie traumy jako zaburzenia organizacji osobowości (Sütterlin, 2020).

Z koncepcji tych wyewoluowały podejścia prezentowane przez Josefa Breuera i Sigmunda Freuda, którzy w latach 90. XIX wieku opracowali teorię urazu psychicznego, stanowiącą przełom w rozumieniu traumy (Garzarek, 2017). W ich ujęciu doświadczenie traumatyczne nie musiało wiązać się z bezpośrednim uszkodzeniem ciała, lecz z niemożnością psychicznego przetworzenia silnego afektu. Traumatyczne wspomnienie, wypierane z pola świadomości, pozostawało w nieświadomości, generując objawy nerwicowe (Isobel i in., 2017).

Koncepcja „urazu psychicznego” wprowadzona przez Freuda przesuwiała traumę z akcentu fizycznego na psychiczny aspekt traumy. Freud wskazywał bowiem, że doświadczenie urazowe może prowadzić do wewnętrznego konfliktu między popędami a mechanizmami obronnymi jednostki, a sam proces wyparcia jest mechanizmem mającym chronić ego przed zalewem nieakceptowalnych treści emocjonalnych. W ujęciu psychoanalitycznym trauma była więc rozumiana jako zaburzenie pamięci i afektu, powstałe wskutek niemożności symbolicznego opracowania doświadczenia (Garzarek, 2017).

Steuden i Janowski (2016) zauważyli ponadto, że początkowo trauma była traktowana jako stresor znajdujący się „poza zakresem normalnych ludzkich przeżyć”, ale już w pierwszych dekadach XX wieku coraz częściej zaczęto dostrzegać, że nie sama intensywność zdarzenia, lecz jego psychiczne znaczenie dla jednostki decyduje o traumatycznym charakterze doświadczenia. Tym samym pojęcie traumy zaczęło łączyć w sobie strefę psychiczną i fizyczną i stało się pomostem między medycyną, psychologią a rodzącą się psychiatrią kliniczną (Steuden i Janowski, 2016).

Pierwsza wojna światowa stanowiła moment przełomowy w historii badań nad traumą. Obserwacje tysięcy żołnierzy doświadczających zaburzeń emocjonalnych i somatycznych, które nie wynikały z bezpośrednich obrażeń fizycznych, doprowadziły do powstania pojęcia *shell shock*, oznaczającego „wstrząs od wybuchu pocisku”. Termin ten odnosił się początkowo do domniemanych skutków neurologicznych eksplozji, jednak szybko wykazano, że u podstaw tych zaburzeń leżą mechanizmy psychiczne (Tahan, Taheri i Saleem, 2021). W okresie międzywojennym i podczas drugiej wojny światowej kontynuowano badania nad reakcjami żołnierzy na długotrwały stres pola walki,



wprowadzając nowe terminy, takie jak *battle fatigue* czy *combat exhaustion* (zmęczenie walką – stany wyczerpania emocjonalnego i psychicznego, obserwowanych u żołnierzy po długotrwałej ekspozycji na niebezpieczeństwo), które również odnosiły się w mniejszym lub większym stopniu do współcześnie rozumianej traumy (Tahan, Taheri i Saleem, 2021). Terminologia ta miała służyć destygmatyzacji problemu oraz zachęcać do szybkiego powrotu żołnierzy do służby. W praktyce klinicznej pojawiły się natomiast pierwsze systemowe modele interwencji, oparte na zasadach bliskości, natychmiastowości i oczekiwania powrotu do zdrowia (tzw. metoda PIE), które stały się fundamentem późniejszego leczenia zaburzeń pourazowych (Jones, 2006). Z czasem termin *shell shock* zaczęto zastępować określeniami *neurasthenia* czy *war neurosis*, które miały podkreślać psychologiczny, a nie neurologiczny charakter zaburzeń (Jones, 2006).

Freud, analizując doświadczenia żołnierzy z I wojny światowej, odwoływał się do pojęcia traumy jako przerwania psychicznej „tarczy ochronnej”, które prowadzi do powtarzania w snach i myślach doświadczeń o charakterze traumatycznym. Stwierdzał on, że reakcje te wynikały nie z organicznego uszkodzenia układu nerwowego, lecz z niezdolności psychiki do integracji nadmiaru bodźców, które przekraczały jej zdolności adaptacyjne (Sütterlin, 2020).

W drugiej połowie XX w. obserwacje powojennych syndromów u weteranów przyczyniły się do przełamania wcześniejszego przekonania, że długotrwałe skutki psychiczne wojny są przejawem osobistej słabości lub predyspozycji (Tahan, Taheri i Saleem 2021). Ten przełom doprowadził do formalnego uznania traumy jako odrębnego zaburzenia klinicznego. W 1980 r. zespół stresu pourazowego (PTSD) został włączony do trzeciego wydania *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-III) łącznie PTSD do systemu klasyfikacji psychiatrycznej oznaczało formalne potwierdzenie, że skutki psychiczne urazowych doświadczeń nie są efektem słabości jednostki, lecz reakcją na obiektywnie ekstremalne wydarzenia (Sütterlin 2020). Przyczyniło się to do destygmatyzacji ofiar traumy, nadając ich doświadczeniom status uznawanego cierpienia, wymagającego profesjonalnego wsparcia, a nie moralnego osądu (Isobel i in., 2017).

Od lat dziewięćdziesiątych XX wieku koncepcja traumy przeszła znaczącą transformację, obejmując coraz szerszy zakres zjawisk i doświadczeń. W tym okresie zaczęto systematycznie podważać wcześniejsze, ograniczone ujęcia traumy jako skutku pojedynczego wydarzenia. Badania empiryczne i kliniczne wskazały, że powtarzalne, przewlekłe negatywne doświadczenia mogą prowadzić do złożonych i długofalowych



zaburzeń, wykraczających poza klasyczne ramy pourazowego stresu. W konsekwencji wprowadzono pojęcia traumy złożonej, chronicznej oraz rozwojowej, które umożliwiły bardziej precyzyjne opisanie skutków przemocy domowej, zaniedbania i wczesnodziecięcego doświadczenia przemocy (Tahan, Taheri i Saleem 2021).

W tym samym czasie pojęcie traumy zaczęło być również analizowane w wymiarze zbiorowym i kulturowym. Doświadczenia historyczne takie jak Holocaust, wojny, ludobójstwa czy katastrofy naturalne stały się przedmiotem badań nad tzw. traumą kulturową. W tym kontekście trauma przestała być wyłącznie kategorią kliniczną, a zaczęła funkcjonować jako pojęcie opisujące sposób, w jaki społeczności przetwarzają doświadczenia przemocy, utraty i destrukcji (Sütterlin 2020).

Współczesne koncepcje traumy charakteryzują się odejściem od linearnego, patologicznego modelu reakcji pourazowych na rzecz złożonego rozumienia traumy jako procesu adaptacyjnego, który obejmuje zarówno destrukcyjne, jak i potencjalnie rozwojowe konsekwencje doświadczenia urazowego (Isobel i in., 2017). W literaturze przedmiotu coraz częściej podkreśla się, że reakcje pourazowe nie są wyłącznie przejawem patologii, lecz również próbą reorganizacji doświadczenia i odzyskania równowagi psychicznej po wydarzeniu przekraczającym zdolność jednostki do integracji emocjonalnej (Garzarek, 2017).

Istotnym aspektem współczesnej dyskusji na temat traumy jest koncepcja jej dziedziczenia. Pojęcie traumy transgeneracyjnej odnosi się do zjawiska przekazywania śladów psychicznych, emocjonalnych i narracyjnych urazu między pokoleniami. W ujęciu psychotraumatologicznym i psychodynamicznym trauma nie kończy się wraz z pokoleniem bezpośrednich świadków, lecz może wpływać na tożsamość i relacje potomnych, przejawiając się w sposobach reagowania emocjonalnego i tworzenia więzi (Sütterlin, 2020). Dziedziczenie traumy rozumiane jest nie w sensie genetycznym, lecz jako przekaz wzorców emocjonalnych, poznawczych i relacyjnych, które kształtują sposób reagowania potomków na stres i zagrożenie. Przeniesienie nieprzepracowanych doświadczeń urazowych z rodziców na dzieci może prowadzić do utrwalenia zaburzeń regulacji emocji oraz wzorców unikania (Perrotta, 2019).

Ewolucja pojęcia traumy pokazuje wyraźny trend od ujęcia medyczno-fizycznego ku psychospołecznemu i kulturowemu, a także od perspektywy objawowej ku procesualnej (tab. 1). Początkowo trauma była utożsamiana z fizycznym uszkodzeniem ciała, następnie zaczęto dostrzegać jej psychiczne i emocjonalne wymiary. W XX wieku, wraz z doświadczeniami wojen światowych, trauma była rozumiana jako reakcja



psychiczna na ekstremalne wydarzenia, co znalazło formalne potwierdzenie w klasyfikacjach klinicznych (PTSD). Od lat 90. XX w. definicja ta dalej się rozszerza, obejmując złożone, chroniczne i rozwojowe formy traumy, a także jej wymiar kulturowy i transgeneracyjny. Współczesne koncepcje akcentują, że trauma nie jest wyłącznie stanem patologii, lecz może stanowić proces adaptacyjny i potencjalnie rozwojowy, umożliwiający integrację doświadczenia i odbudowę równowagi psychicznej.

Współczesna psychotraumatologia rozróżnia kilka podstawowych typów doświadczeń urazowych, których charakter i dynamika determinują odmienny przebieg reakcji psychicznych i konsekwencji klinicznych. Podział ten nie odnosi się jedynie do liczby zdarzeń, lecz także do ich jakości, kontekstu interpersonalnego oraz czasu trwania. Można wyróżnić traumę pojedynczą, wielokrotną (chroniczną) oraz złożoną. Perrotta (2019) podkreśla, że różnice między typami traumy należy rozumieć w kontekście ich wpływu na system nerwowy i procesy adaptacyjne. O ile trauma pojedyncza uruchamia krótkotrwałe mechanizmy przetrwania, to trauma chroniczna i złożona prowadzą do reorganizacji układów neurobiologicznych odpowiedzialnych za emocje i stres.

Współczesne rozumienie traumy w diagnostyce klinicznej zostało ukształtowane w znacznym stopniu przez kolejne edycje Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM), wydawanego przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne. W piątym wydaniu tego podręcznika (DSM-5) pojęcie traumy zostało wyraźnie oddzielone od ogólnych doświadczeń stresowych i określone w sposób precyzyjny jako reakcja na wydarzenia o charakterze ekstremalnym. Definicja traumy przyjęta w DSM-5 koncentruje się na ekspozycji jednostki na rzeczywiste lub potencjalne zagrożenie życia, poważne zranienie lub przemoc seksualną. Tego rodzaju ujęcie zakłada, że trauma jest zjawiskiem wywołanym przez konkretne zdarzenie zewnętrzne o wyjątkowej intensywności, które przekracza zdolność jednostki do poradzenia sobie z sytuacją (Gradus i Galea, 2022). Powstanie takiej definicji było odpowiedzią na wieloletnie kontrowersje dotyczące granic pojęcia wydarzenia traumatycznego oraz jego relacji do indywidualnej reaktywności psychicznej (kryterium A). Spór wokół kryterium A ujawnił napięcie pomiędzy ujęciem ograniczającym traumę do wydarzeń zagrażających życiu a tendencją do obejmowania nią coraz szerszego spektrum doświadczeń ludzkich. W rezultacie DSM-5 przyjęło rozwiązanie pośrednie, uznając, że istotą traumy jest bezpośrednie lub pośrednie narażenie na śmierć, poważne obrażenia lub przemoc seksualną, z możliwością uwzględnienia jej pośredniego doświadczania (Weathers i Keane 2007).



W szczególności warto podkreślić, że w obecnym wydaniu wyraźnie zaznaczono odróżnienie doświadczeń o charakterze stresowym od tych, które mają wymiar traumatyczny, przy czym kryterium rozstrzygającym pozostaje ich potencjał do wywołania trwałej dezorganizacji psychicznej. W odróżnieniu od wcześniejszych edycji DSM, gdzie dominowało ujęcie medyczne, DSM-5 podkreśla znaczenie kontekstu i subiektywnego przeżycia, uznając, że skutki traumy zależą nie tylko od samego zdarzenia, lecz także od sposobu jego psychicznego przetworzenia (Steuden i Janowski, 2016).

Niemniej jednak dalsza krytyka kategorii „zdarzenia ekstremalnego” odnosi się do możliwości pominięcia szeregu doświadczeń, które mogą mieć równie destrukcyjny charakter psychiczny, mimo że nie mieszczą się w literalnym opisie kryteriów DSM-5. Głównie chodzi tu o przypadki przemocy emocjonalnej, zaniedbania, chronicznego stresu interpersonalnego czy deprywacji społecznej, które mogą wywoływać reakcje analogiczne do tych obserwowanych po katastrofach, wojnach czy aktach przemocy fizycznej (Isobel i in., 2017).

W najnowszej jedenastej edycji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób (ICD-11) wprowadzonej przez Światową Organizację Zdrowia w 2022 roku kluczowym założeniem było zwiększenie tzw. użyteczności klinicznej (clinical utility), co miało umożliwić bardziej precyzyjne i praktyczne rozróżnienie stanów psychopatologicznych powiązanych z ekspozycją na wydarzenia o charakterze traumatycznym. W tym kontekście zmieniono podejście do traumu, która nie jest już rozumiana wyłącznie jako jednostkowy bodziec prowadzący do reakcji stresowej, lecz jako doświadczenie o określonych cechach intensywności, złożoności i kontekstu interpersonalnego, którego następstwa wykraczają poza klasyczny model reakcji pourazowej. W ICD-11 trauma definiowana jest poprzez ekspozycję na „ekstremalnie zagrażające lub przerażające wydarzenie bądź serię wydarzeń” (Maercker i Eberle, 2022). W związku z tym, wystarczającym warunkiem diagnostycznym jest samo doświadczenie zagrożenia o intensywności przekraczającej zwykłe możliwości adaptacyjne jednostki, bez wymogu dodatkowej oceny jego obiektywnej dramatyczności. Tym samym trauma staje się kategorią bardziej związaną z subiektywnym przeżyciem niż z typem stresora (Maercker i Eberle, 2022).

Istotną nowością ICD-11, z perspektywy syskuji na temat definicji traumy, jest też włączenie do klasyfikacji zaburzenia złożonego pourazowego (cPTSD), które uznaje, że chroniczne, powtarzające się i interpersonalne formy urazu, zwłaszcza w relacjach



zależności, jak w przypadku przemocy w rodzinie czy zaniedbania emocjonalnego w dzieciństwie, prowadzą do szerszych zmian w organizacji osobowości (Draczyńska, 2024). W tym sensie trauma w ICD-11 obejmuje zarówno zdarzenia o charakterze jednorazowym, jak i długotrwałe, relacyjne formy krzywdzenia. Pojęcie to znajduje odzwierciedlenie w strukturze diagnostycznej, w której obok klasycznego PTSD wyróżniono kompleksowy wariant zaburzenia, odnoszący się do trwałych zmian w zakresie regulacji emocji, obrazu siebie i relacji z innymi (Draczyńska, 2024).

2.1.2. Trauma pojedyncza

Pojedyncze doświadczenie traumatyczne jest reakcją na nagłe, ograniczone w czasie wydarzenie o wysokim nasileniu stresu, które przekracza możliwości adaptacyjne jednostki. Garzarek (2017) opisuje traumę jako nagłe, głęboko stresujące wydarzenie, które przekracza zdolności jednostki do poradzenia sobie z sytuacją i prowadzi do naruszenia poczucia bezpieczeństwa. W tym ujęciu doświadczenia o charakterze jednostkowym, takie jak wypadek czy katastrofa, stanowią formę traumy pojedynczej, której istotą jest gwałtowność, nieprzewidywalność i intensywność emocji, jakie wywołują. Tego rodzaju zdarzenia wprowadzają nagłe zakłócenie w poczuciu ciągłości życia i wymagają ponownej integracji doświadczenia w strukturze tożsamości.

Tego rodzaju trauma, często określana jako *simple trauma* lub *trauma typu I*, dotyczy sytuacji takich jak katastrofy, wypadki czy nagła utrata bliskiej osoby. Jej kluczową cechą jest wyraźny początek i koniec zdarzenia oraz stosunkowo klarowna relacja między przyczyną a skutkiem psychologicznym. W ujęciu klinicznym konsekwencje takiego urazu wiążą się głównie z intensywnym przeżyciem lęku, utratą poczucia bezpieczeństwa i trudnościami w ponownym odzyskaniu równowagi emocjonalnej (Perrotta 2019). Choć może ona prowadzić do głębokich i trwałych zmian w sposobie przeżywania siebie i świata, zwykle zachowuje względną spójność struktury psychicznej, a proces powrotu do równowagi bywa możliwy dzięki dostępności zasobów wsparcia i znaczeniu, jakie jednostka nadaje doświadczeniu (Steuden i Janowski, 2016).

2.1.3. Trauma wielokrotna (złożona)

Wiele doświadczeń traumatycznych nie ma charakteru jednorazowego, lecz rozgrywa się w kontekście relacyjnym, w tym w relacjach rodzinnych i opiekuńczych, gdzie dochodzi do powtarzalnych aktów przemocy, zaniedbania lub deprivacji



emocjonalnej (Isobel i in., 2017). Trauma wielokrotna (chroniczna, złożona) stanowi zatem inny wymiar zjawiska. Odnosi się do powtarzalnych doświadczeń stresowych, które nie muszą mieć charakteru ekstremalnego, ale występują z dużą częstotliwością lub przez dłuższy czas. Powtarzalność i chroniczność ekspozycji na stres sprzyja rozwojowi utrwalonych wzorców reagowania, które mogą obejmować zarówno sferę emocjonalną, jak i somatyczną. W przeciwieństwie do pojedynczego urazu, trauma wielokrotna nie jest związana z jednym punktem w czasie, lecz z procesem stopniowego narastania napięcia i utraty zdolności do samoregulacji. Obejmuje ona doświadczenia takie jak długotrwała przemoc, zaniedbanie, przebywanie w strefie działań wojennych czy powtarzalne sytuacje zagrożenia. Jej charakterystyczną cechą jest kumulatywny wpływ stresorów, który prowadzi do coraz głębszego rozregulowania funkcjonowania psychicznego i fizjologicznego (Tahan, Taheri i Saleem 2021).

Trauma złożona nie odnosi się wyłącznie do liczby doświadczeń, lecz przede wszystkim do ich wzajemnych powiązań i wpływu na rozwój osobowości oraz funkcjonowanie w relacjach społecznych. Charakteryzuje się utrwalonym wzorcem reakcji emocjonalnych i poznawczych, który obejmuje zarówno elementy obronne, jak i dezorganizujące. Jej cechą jest głęboka ingerencja w struktury tożsamości, poczucie sprawstwa i zdolność do tworzenia więzi interpersonalnych (Haslam i McGrath 2020).

Zjawisko to jest zatem efektem chronicznych, wieloletnich doświadczeń przemocy interpersonalnej rozpoczynających się we wczesnym okresie życia. W przeciwieństwie do traumy pojedynczej, która dotyczy incydentalnego zdarzenia, trauma złożona ma charakter rozwojowy i relacyjny, a jej źródłem są powtarzające się sytuacje naruszające poczucie bezpieczeństwa, zaufania i tożsamości. W badaniach empirycznych wykazano, że dzieci i młodzież narażone na tego typu urazy charakteryzują się głębokimi zaburzeniami w sferze emocjonalnej, poznawczej i interpersonalnej. Cechą konstytutywną traumy złożonej jest jej wielowymiarowość: obejmuje zarówno przewlekłość doświadczenia, jego interpersonalny charakter, jak i wpływ na rozwój struktur osobowości (Wamser-Nanney i Vandenberg, 2013).

W przypadku traumy złożonej kluczowym mechanizmem psychologicznym jest dysocjacja, rozumiana jako proces rozdzielenia elementów świadomości, emocji i tożsamości. W modelu strukturalnej dysocjacji trauma wielokrotna prowadzi do trwałych podziałów w obrębie osobowości, utrudniających integrację doświadczeń i rozwój spójnego obrazu siebie. W odróżnieniu od traumy pojedynczej, w której reakcje pourazowe mają charakter incydentalny i związane z konkretnym bodźcem, trauma



złożona generuje głębokie, utrwalone zmiany w funkcjonowaniu psychicznym, obejmujące sposób postrzegania siebie, innych i świata (Nijenhuis i van der Hart, 2011).

2.2. Częstotliwość występowania zdarzeń traumatycznych

W opisie zjawiska traumy nie może zabraknąć analizy częstotliwości występowania zdarzeń traumatycznych, ponieważ pozwala określić jego rzeczywistą skalę w populacjach, planować adekwatne działania profilaktyczne oraz projektować systemy wsparcia i interwencji terapeutycznej. Dane epidemiologiczne dotyczące ekspozycji na potencjalnie traumatyczne wydarzenia dostarczają także informacji do dalszych badań nad konsekwencjami psychologicznymi oraz nad zróżnicowaniem reakcji jednostek i grup społecznych w obliczu stresu traumatycznego. Sugeruje się bowiem, że znaczna część osób w społeczeństwach zachodnich doświadcza w ciągu życia co najmniej jednego zdarzenia spełniającego kryterium potencjalnej traumy, co potwierdza jej powszechny charakter (Knipscheer i in., 2020; Ogle i in., 2013).

Z danych z badań holenderskich wynika, że 71,1% dorosłych doświadczyło przynajmniej jednego zdarzenia o charakterze potencjalnie traumatycznym lub innego znaczącego wydarzenia życiowego (Knipscheer i in., 2020). Kasinger i in. (2023), analizując cztery reprezentatywne badania w Niemczech (N = 9 200), wskazali, że zdarzenia o charakterze traumatycznym występowały u 24-41% respondentów, w zależności od zastosowanej metodologii i regionu kraju. W ramach inicjatywy World Mental Health Survey Consortium wykazano, że ponad 70% dorosłych na świecie doświadczyło przynajmniej jednego zdarzenia traumatycznego w ciągu życia, a około jedna trzecia – czterech lub więcej takich sytuacji (Benjet i in., 2016). Europie, według wyników programu European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD), ekspozycja na przynajmniej jedno zdarzenie traumatyczne dotyczyła 54-64% populacji, przy czym we Włoszech odsetek ten wyniósł 56,1% (Carmassi i in., 2014; Atwoli i in., 2015). W Stanach Zjednoczonych, zgodnie z przeglądem systematycznym obejmującym badania po 2013 roku, ponad 80% populacji ogólnej było w ciągu życia narażone na co najmniej jedno zdarzenie o charakterze traumatycznym (Schein i in., 2021). W metaanalizie Geoffrion i in. (2020) przyjęto, że globalna częstość ekspozycji na traumę sięga 70,4% w populacji ogólnej, a w Stanach Zjednoczonych nawet 89,7%. Z kolei w badaniach amerykańsko-duńskich obejmujących osoby starsze aż 90% respondentów zgłosiło ekspozycję na co najmniej jeden rodzaj potencjalnie



traumatycznego zdarzenia, przy czym część z nich wielokrotnie. Wydarzenia te obejmowały zarówno nagłe wypadki, katastrofy i przemoc, jak i doświadczenia związane, ze stratami osobistymi (Ogle i in., 2013). Wyniki te są zbieżne z analizami międzynarodowymi wskazującymi, że od 50% do 90% populacji ogólnej jest w ciągu życia narażonych na przynajmniej jedno tego typu doświadczenie (Carleton i in., 2018).

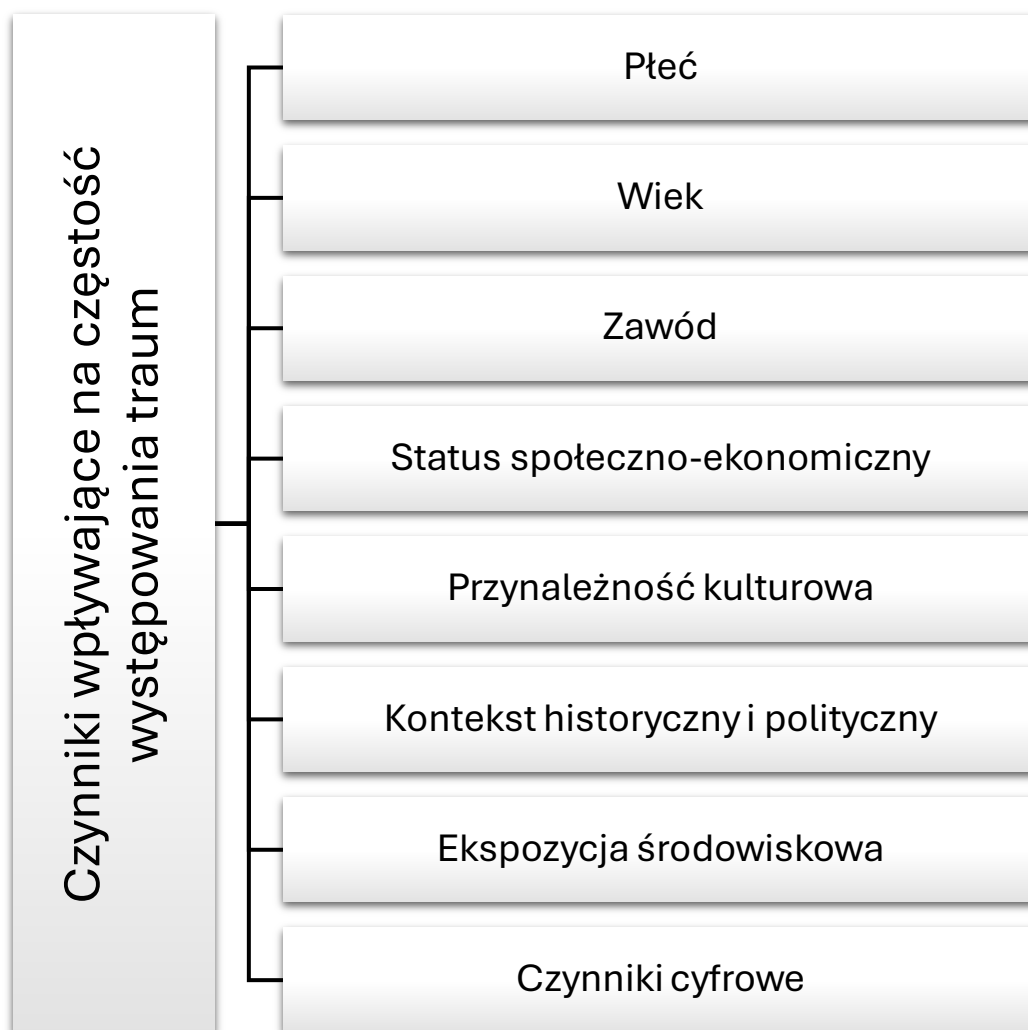
Do najczęściej zgłaszanych wydarzeń traumatycznych należą:

- śmierć bliskiej osoby,
- wypadki komunikacyjne,
- napaści fizyczne,
- przemoc seksualna,
- choroby zagrażające życiu (Knipscheer i in., 2020; Benjet i in., 2016).

Warto zauważyć, traумы złożone, wynikające z długotrwałego narażenia na przemoc interpersonalną lub zaniedbanie częściej występują w środowiskach domowych i zawodowych, w których kontakt z ludzkim cierpieniem jest powtarzalny (Carleton i in., 2018; Adriaenssens i in., 2014).

Niemniej zróżnicowanie częstości występowania zdarzeń traumatycznych zależy także od innych czynników, takich jak cechy demograficzne czy społeczne (rys. 1). Badania populacyjne wskazują, że kobiety częściej doświadczają przemocy seksualnej i innych form przemocy interpersonalnej, natomiast mężczyźni częściej narażeni są na traумы związane z wypadkami lub działaniami wojennymi (Knipscheer i in., 2020). Potwierdzają to także badania WGO, wskazując, że mężczyźni częściej doświadczają urazów, wypadków i przemocy fizycznej, natomiast kobiety – przemocy seksualnej oraz przemocy ze strony partnera (Benjet i in., 2016). Włoskie dane z projektu ESEMeD potwierdziły, że kobiety, mimo iż rzadziej narażone na traumę ogółem, charakteryzują się wyższym ryzykiem rozwoju zaburzeń potraumatycznych po ekspozycji (Carmassi i in., 2014).





Rysunek 1. Czynniki wpływające na ryzyko występowania traum

Źródło: opracowanie własne.

Wiek również stanowi czynnik różnicujący. Dzieciństwo i wczesna dorosłość to okresy szczególnej podatności na doświadczenia o silnym ładunku emocjonalnym, a w grupach osób starszych obserwuje się kumulację przeżyć traumatycznych wynikającą z dłuższego cyklu życia (Ogle i in., 2013). Isoby młodsze częściej doświadczają przemocy i wypadków, natomiast w okresie starości dominują traumy związane ze stratą bliskich i chorobą (Schein i in., 2021).

Także niektóre grupy zawodowe (np. funkcjonariusze służb publicznych, personel medyczny) są bardziej narażone na większą częstotliwość występowania zdarzeń traumatycznych. W badaniu obejmującym 4441 kanadyjskich funkcjonariuszy służb bezpieczeństwa ponad 90% badanych średnio ponad 11 razy w całej swojej karierze zawodowej zgłaszało ekspozycję na nagłą śmierć, poważne wypadki transportowe lub

przemoc fizyczną, często wielokrotnie (Carleton i in., 2018). Z kolei wśród pielęgniarek częstotliwość ekspozycji na zdarzenia traumatyczne stanowiła jeden z głównych czynników ryzyka wypalenia zawodowego, które dotyczyły 25% z nich (Adriaenssens i in., 2014).

Zróznicowanie częstości występowania zdarzeń traumatycznych uwidacznia się również w zależności od statusu społeczno-ekonomicznego i uwarunkowań kulturowych. Badania przeprowadzone w Holandii wskazują, że wyższy poziom ekspozycji dotyczy osób o niższym statusie materialnym oraz członków mniejszości etnicznych, zwłaszcza o pochodzeniu marokańskim i tureckim (Knipscheer et al., 2020). Badania wskazują również na związek między niższym poziomem wykształcenia i dochodu a większym ryzykiem wystąpienia traum (Atwoli i in., 2015). Natomiast w badaniu Szwedzkim stwierdzono, że osoby urodzone poza Szwecją miały trzykrotnie wyższe ryzyko wystąpienia PTSD niż osoby urodzone w kraju, co może wskazywać na wpływ czynników migracyjnych i wcześniejszych doświadczeń przemocowych (Frans i in., 2005). Z kolei w badaniu Kasingera i in. (2023) wykazano ponadto, że różnice w częstości ekspozycji na traumę między wschodnią a zachodnią częścią Niemiec mogą wynikać z odmiennych kontekstów historycznych i społecznych. Mianowicie chodzi o to, że wschodnia część kraju, dotknięta represjami politycznymi i kontrolą społeczną, wykazywała inny profil zdarzeń traumatycznych niż zachodnia, o bardziej liberalnej strukturze społecznej. Z kolei w populacjach mniejszościowych, jak osoby transpłciowe, ryzyko narażenia na przemoc i zdarzenia traumatyczne jest szczególnie wysokie, na co wskazała m.in. badania Shipherd i in. (2011), gdzie aż 98% respondentów deklarowało przynajmniej jedno potencjalnie traumatyczne doświadczenie, a 42% wskazywało na zdarzenia wynikające bezpośrednio z uprzedzeń wobec tożsamości płciowej.

Należy także podkreślić, że współczesne realia sprawiają, że obok klasycznych źródeł traumy, takich jak wojny, katastrofy naturalne czy wypadki komunikacyjne, coraz częściej odnotowuje się zjawiska o charakterze globalnym lub pośrednim. Pandemia COVID-19 stanowi przykład traumy zbiorowej, obejmującej jednocześnie zagrożenie zdrowia, utratę bliskich i niepewność ekonomiczną. Badanie Wathelet i in. (2021) przeprowadzone wśród 22883 studentów francuskich po pierwszym lockdownie wskazało, że 19,5% spełniało kryteria prawdopodobnego PTSD, a aż 78,8% osób z tym rozpoznaniem uznało okres kwarantanny za doświadczenie traumatyczne.

Różnice w częstości ekspozycji w tym aspekcie odzwierciedlają także kontekst historyczny i polityczny, tj. najwyższe wskaźniki notuje się w krajach dotkniętych wojną



lub o wysokim poziomie przemocy społecznej, jak Ukraina czy RPA, a najniższe – w krajach o większej stabilności politycznej, takich jak Hiszpania (Benjet i in., 2016; Atwoli i in, 2015).

Równocześnie pojawiają się formy przemocy w przestrzeni cyfrowej, jak cyberprzemoc czy ekspozycja na drastyczne materiały w sieci, które mogą prowadzić do tzw. traumy wtórnej. Choć dane epidemiologiczne dotyczące tych form są jeszcze ograniczone, ich rosnące znaczenie podkreśla potrzebę poszerzenia klasyfikacji wydarzeń uznawanych za traumatyczne w badaniach społecznych i klinicznych.

2.3. Negatywne konsekwencje traumy

Doświadczenia traumatyczne stanowią znaczący czynnik ryzyka rozwoju zaburzeń psychicznych o różnym nasileniu i obrazie klinicznym. Wśród nich szczególne miejsce zajmują zaburzenia stresowe pourazowe (PTSD) i ostre reakcje na stres (ASD), a w przypadku długotrwałej ekspozycji na przemoc interpersonalną – zaburzenia więzi i trwałe zmiany w funkcjonowaniu emocjonalnym. Liczne badania epidemiologiczne i kliniczne potwierdzają, że kontakt z wydarzeniami o charakterze traumatycznym wiąże się z utrzymującymi się objawami lękowymi, intruzywnymi wspomnieniami, nadmiernym pobudzeniem i unikaniem bodźców przypominających o urazie, co łącznie może prowadzić do rozwoju zespołu stresu pourazowego (Ogle i in., 2013).

2.3.1. PTSD – zespół stresu pourazowego

Zespół stresu pourazowego stanowi najbardziej rozpoznawalną i najlepiej przebadaną konsekwencję doświadczenia traumatycznego (Tahan, Taheri i Saleem 2021). W koncepcji ICD-11 odnosi się do następstw narażenia na „ekstremalnie zagrażające lub przerażające wydarzenie bądź serię wydarzeń” (Maercker i Eberle, 2022). Kluczowym aspektem tego zaburzenia jest trwała obecność zaburzeń w zakresie percepcji zagrożenia oraz w systemie emocjonalnej regulacji. Trauma, rozumiana jako wydarzenie, które nie może zostać zintegrowane z dotychczasowym obrazem świata, prowadzi do chronicznego napięcia i poczucia utraty bezpieczeństwa. Zaburzenie to stanowi trwałą modyfikację sposobu doświadczania rzeczywistości, w której wspomnienia traumatyczne zyskują dominującą rolę w organizacji życia psychicznego. Empiryczne badania potwierdziły, że PTSD stanowi wyraźny konstrukt, odrębny od innych form zaburzeń pourazowych, o potwierdzonej trafności czynnikowej (Redican i in., 2021).



PTSD reprezentuje modelowy przykład zaburzenia stresowego, w którym dochodzi do utrwalenia wzorców lękowych, nadmiernej czujności oraz problemów z przetwarzaniem wspomnień. Utrzymywanie się tych objawów jest wynikiem dysfunkcji systemów regulacji emocji oraz zmian w przetwarzaniu informacji o zagrożeniu (Tahan, Taheri i Saleem 2021). Perrotta (2019) opisuje to zjawisko z perspektywy neurobiologicznej, wskazując na długotrwałe zmiany w funkcjonowaniu układu limbicznego, szczególnie ciała migdałowatego i hipokampa, które odpowiadają za kontrolę emocji i pamięci. Zaburzenia te prowadzą do nadreaktywności na bodźce przypominające o urazie oraz do trudności w różnicowaniu realnego zagrożenia od wspomnienia.

Charakterystyczną cechą PTSD jest przewlekłość objawów i ich zdolność do utrzymywania się długo po zakończeniu działania czynnika stresowego. PTSD objawia się zaburzeniami w zakresie pamięci, emocji i percepcji rzeczywistości, a jego istotą jest utrwalenie reakcji lękowych i nadmiernej czujności, które uniemożliwiają powrót do stanu równowagi psychicznej. Zespół ten uznawany jest za rezultat nie tylko intensywności zdarzenia, lecz także sposobu jego psychicznego przetworzenia (Steuden i Janowski, 2016).

2.3.2. ASD – ciężka reakcja na stres

Ostra reakcja na stres (ASD) stanowi inny rodzaj negatywnej konsekwencji psychicznej występującej bezpośrednio po traumie. Stanowi natomiast bezpośrednią konsekwencję ekspozycji na wydarzenie traumatyczne, w której dochodzi do gwałtownego przeciążenia układu nerwowego (Garzarek 2017). Objawy obejmują intensywny lęk, derealizację, odrętwienie emocjonalne oraz zaburzenia koncentracji, które pojawiają się w krótkim czasie po zdarzeniu i mogą stanowić zapowiedź rozwinięcia się pełnoobjawowego PTSD. Badania kliniczne wykazują, że silna reakcja dysocjacyjna i fizjologiczna tuż po doświadczeniu urazu jest czynnikiem predykcyjnym utrzymywania się objawów pourazowych w dłuższej perspektywie (Nixon, Resick i Griffin, 2004; Ozer i in., 2003).

W ICD-11 ASD ujmowana jest w ramach tzw. czynników wpływających na stan zdrowia. Choć nie stanowi ona choroby w sensie klinicznym, odzwierciedla intensywną reakcję na silny stresor, który w krótkim czasie prowadzi do dezorganizacji funkcjonowania psychicznego. Klasyfikacja ASD w ICD-11 odzwierciedla uznanie jej za



normalną, przejściową reakcją na doświadczenie traumatyczne, które zwykle ustępuje w ciągu kilku dni. W sensie klinicznym ASD stanowi graniczny punkt pomiędzy normatywną reakcją adaptacyjną a początkiem patologicznych następstw traumy, wskazując na zakres, w jakim układ psychiczny jednostki ulega przeciążeniu i traci zdolność do samoregulacji (Maercker i Eberle, 2022).

W przeciwieństwie do PTSD, ASD ma charakter krótkotrwały i pojawia się w ciągu kilku dni od doświadczenia urazu. Jego cechą jest silne pobudzenie emocjonalne, poczucie odrętwienia, dezorientacji i zaburzenia percepcji rzeczywistości. Występowanie ASD można interpretować jako próbę natychmiastowej adaptacji do ekstremalnej sytuacji poprzez uruchomienie mechanizmów obronnych, które pozwalają jednostce przetrwać w stanie szoku psychicznego. Choć w większości przypadków reakcja ta ustępuje w sposób naturalny, u części osób utrwała się, prowadząc do rozwoju zaburzeń pourazowych o charakterze chronicznym (Studen i Janowski 2016).

2.3.3. Zaburzenia więzi

Odrębny, ale ściśle powiązany wymiar negatywnych skutków doświadczeń traumatycznych stanowią zaburzenia więzi, które w ICD-11 włączono do grupy zaburzeń związanych ze stresem, zwłaszcza w kontekście dzieciństwa. Badania nad traumą relacyjną ujawniają, że przewlekłe zaniedbanie emocjonalne, przemoc psychiczna lub odwrócenie ról w relacji dziecko-rodzic prowadzą do trwałych zaburzeń w rozwoju emocjonalnym i interpersonalnym (Draczyńska, 2024). Ujęcie to znajduje potwierdzenie w strukturze ICD-11, gdzie zarówno reaktywne zaburzenie więzi, jak i zaburzenie z zahamowaniem społecznym interpretowane są jako skutki przewlekłej deprywacji emocjonalnej i braku stabilnej relacji z opiekunem (Maercker o Eberle, 2022).

Konsekwencje tych doświadczeń objawiają się w trudnościach z regulacją emocji, budowaniem zaufania i utrzymywaniem bliskości, a także w zniekształconym obrazie siebie i innych (Draczyńska, 2024). W ujęciu egzystencjalnym trauma relacyjna zakłóca podstawowe motywacje do bycia, działania i wchodzenia w relacje, ograniczając zdolność do autentycznego kontaktu z samym sobą i światem (Nowakowska i in., 2023).

W koncepcji Nijenhuis i van der Hart (2011) trauma prowadzi nie tylko do reakcji lękowych i unikania, lecz także do głębokich zaburzeń integracji psychicznej i więzi interpersonalnych, co jest zgodne z przedstawianymi podejściami. Autorzy definiują te zjawiska w ramach modelu strukturalnej dysocjacji osobowości, w którym trauma



skutkuje rozdzieleniem części „emocjonalnych” i „codziennych” systemu osobowości. Taki podział utrudnia tworzenie spójnych relacji z innymi ludźmi, powodując trudności w zaufaniu, lęk przed bliskością i nadmierną potrzebę kontroli. Wskazują oni, że w przypadku osób, które doświadczyły przemocy interpersonalnej lub zaniedbania w dzieciństwie, zaburzenia więzi stanowią jedną z najbardziej trwałych konsekwencji traumy.

Należy także zaznaczyć, że traumy z wczesnego okresu życia, zwłaszcza te o charakterze interpersonalnym, wiążą się z trwałym osłabieniem zdolności do regulacji emocji oraz zaburzeniami w zakresie tworzenia i utrzymywania więzi. W przypadku osób dorosłych, które doświadczyły przemocy w relacjach rodzinnych lub zaniedbania emocjonalnego, obserwuje się trwałe trudności w nawiązywaniu zaufanych relacji i zwiększoną podatność na objawy lękowe i depresyjne w późniejszych etapach życia (Ogle i in., 2013). Badania WHO oraz ESEMeD-WMH podkreślają, że doświadczenie przemocy interpersonalnej i zaniedbania wiąże się z najwyższym ryzykiem powtarzających się ekspozycji i tzw. rewiktymizacji (Benjet i in., 2016).

2.4. Pozytywne skutki doświadczeń traumatycznych

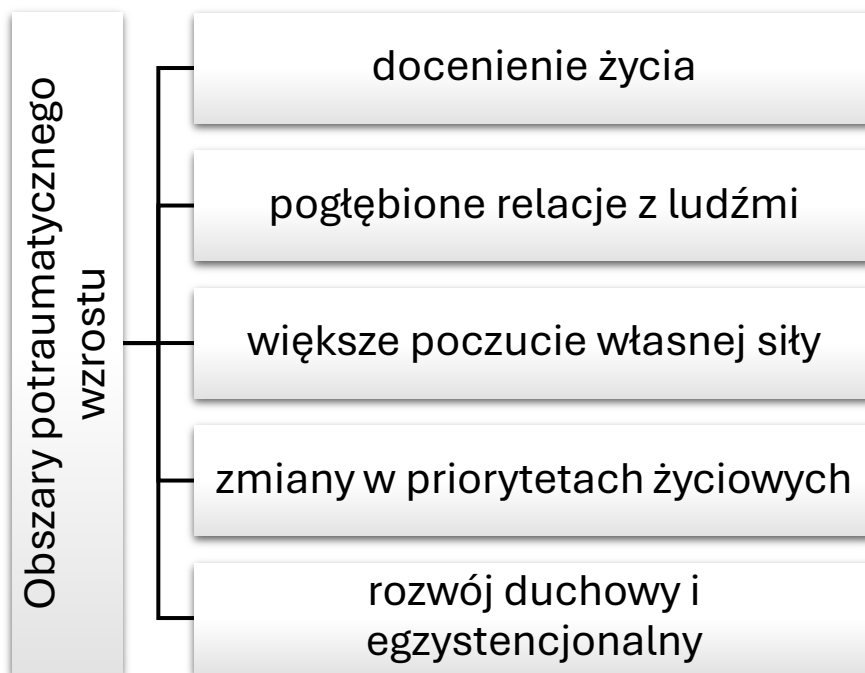
2.4.1. Obszary pozatraumatycznego rozwoju

Niemniej jednak, trauma nie wiąże się wyłącznie ze skutkami negatywnymi, wyłącznie ze skutkami negatywnymi. Koncepcja potraumatycznego wzrostu (posttraumatic growth, PTG) sformułowana przez Richarda G. Tedeschiego i Lawrence’a G. Calhouna (1996, 2004) zakłada, że w następstwie konfrontacji z doświadczeniami o charakterze traumatycznym mogą pojawić się nie tylko zaburzenia, lecz także pozytywne zmiany psychiczne, wynikające z procesu walki z konsekwencjami traumy. PTG odnosi się zatem do głębokiej transformacji poznawczej i emocjonalnej, której istotą nie jest samo przeżycie wydarzenia, ale sposób, w jaki jednostka nadaje mu sens i włącza je w nową strukturę znaczeń (Tedeschi i Calhoun, 2004). Trauma może stać się w związku z tym czynnikiem rozwojowym, jeśli człowiek potrafi zrekonstruować światopogląd i odnaleźć sens w cierpieniu (Updegraff i Taylor, 2000).

Tedeschi i Calhoun (1996) wyróżnili pięć głównych obszarów, w których przejawiają się pozytywne skutki doświadczeń traumatycznych (rys. 2). Pierwszym z nich jest większe docenienie życia. Osoby, które przeżyły poważne kryzysy, często



deklarują wzrost świadomości wartości codziennych doświadczeń, pogłębione poczucie wdzięczności oraz zmianę sposobu postrzegania świata (Tedeschi i Calhoun, 2004). W badaniach nad osobami, które przeszły chorobę nowotworową, odnotowano, że po zakończeniu leczenia wielu pacjentów zgłaszało wyraźne zwiększenie satysfakcji z życia oraz umiejętność cieszenia się chwilą (Parikh i in., 2015).



Rysunek 2. Obszary potraumatycznego wzrostu, wg. koncepcji Tedeschi i Calhoun (1996, 2004)

Źródło: opracowanie własne na podstawie (Tedeschi i Calhoun (1996, 2004))

Drugi obszar stanowią pogłębione relacje z innymi ludźmi, obejmujące wzrost empatii, wdzięczności i poczucia więzi z innymi. Osoby doświadczające PTG częściej odczuwają potrzebę bliskości i pomagania, a także większą otwartość wobec relacji interpersonalnych, co może prowadzić do odbudowy zaufania i intensyfikacji więzi społecznych (Ogińska-Bulik, 2019). Wyniki badań Ogińskiej-Bulik (2013) potwierdzają, że w wymiarze relacyjnym jednostki po przeżyciach traumatycznych częściej deklarują wzmocnienie więzi z rodziną i przyjaciółmi oraz większe zrozumienie dla innych osób doświadczających cierpienia. Podobne tendencje zaobserwowano w badaniach nad weteranami służb wojskowych, u których doświadczenia wojenne wiązały się z deklarowanym wzrostem w zakresie więzi społecznych (Mark i in., 2018).

Trzeci obszar odnosi się do większego poczucia osobistej siły. W tym wymiarze jednostka dostrzega, że poradziła sobie z sytuacją, która wcześniej wydawała się nie do

przewycięzenia. W efekcie wzrasta poczucie sprawstwa, odporności psychicznej i wiary we własne możliwości. Osoby po doświadczeniach traumatycznych często mówią o odkryciu wewnętrznych zasobów, których wcześniej nie były świadome (Dell'Osso i in., 2022). Ogińska-Bulik (2016) wykazała, że wśród ratowników medycznych, którzy byli narażeni na kontakt z sytuacjami traumatycznymi, ujawniały się pozytywne zmiany w zakresie poczucia skuteczności i siły osobistej, współwystępujące z elementami wzrostu po traumie.

Czwartym obszarem są zmiany w priorytetach życiowych, czyli przewartościowanie celów i redefinicja tego, co uznaje się za najważniejsze. Po doświadczeniach traumatycznych ludzie nierzadko ograniczają pogoń za dobrami materialnymi, koncentrując się na relacjach, zdrowiu, samorealizacji czy duchowym rozwoju (Tedeschi i Calhoun, 1996). Zjawisko to obserwowano między innymi wśród osób po zawałach serca czy chorobach nowotworowych, które deklarowały większą troskę o zdrowie, relacje rodzinne oraz rozwój osobisty (Updegraff i Taylor, 2000; Parikh i in., 2015).

Ostatnim z pięciu obszarów jest rozwój duchowy lub egzystencjalny, który może obejmować zarówno pogłębienie wiary religijnej, jak i refleksję nad sensem życia, cierpienia i ludzkiej kondycji. Doświadczenie traumy skłania bowiem jednostkę do ponownego przemyślenia dotychczasowego systemu wartości, a także do poszukiwania nowych źródeł znaczenia i nadziei (Ogińska-Bulik, 2019). W badaniach Linleya i Josepha (2004) podkreślono, że wzrost duchowy jest jednym z bardziej trwałych skutków traumy, szczególnie w sytuacjach, w których jednostka potrafiła nadać wydarzeniu znaczenie wykraczające poza jego wymiar cierpienia. Potwierdzają to także dane z badań nad pacjentami onkologicznymi (Parikh i in., 2015).

Należy jednak zaznaczyć, że potraumatyczny wzrost nie jest zjawiskiem powszechnym i nie dotyczy każdej osoby doświadczającej traumy, a wiele osób doświadcza jedynie stresu pourazowego. Sam proces wzrostu potraumatycznego jest złożony i zależy od szeregu czynników indywidualnych oraz społecznych, takich jak osobowość, prężność psychiczna czy wsparcie społeczne. Mimo to, w literaturze sugeruje się, że dla części osób doświadczenie cierpienia staje się początkiem głębokiej przemiany prowadzącej do trwalszego dobrostanu psychicznego i większej dojrzałości życiowej (Henson, Truchot i Canevello 2022).



2.4.2. Czynniki warunkujące potraumatyczny wzrost

Sam fakt doznania traumy nie gwarantuje wzrostu, gdyż kluczowe znaczenie ma wewnętrzny proces psychiczny polegający na nadaniu sensu zdarzeniu (Tedeschi i Calhoun 2004). Trauma może bowiem stanowić jedynie potencjalny czynnik rozwojowy, którego efekt zależy od zasobów osobowościowych jednostki, sposobu przetwarzania poznawczego doświadczenia oraz wsparcia ze strony otoczenia (Henson, Truchot i Canevello, 2022).

Wśród czynników indywidualnych istotną rolę odgrywają właściwości osobowości sprzyjające otwartości na doświadczenie, refleksyjności i elastycznemu podejściu do zmian. Cechy takie jak ugodowość, ekstrawersja i optymizm wiążą się z wyższym poziomem wzrostu po traumie. Osoby o większej samoświadomości i skłonności do autorefleksji są bardziej skłonne do konfrontacji z trudnymi emocjami i do ich konstruktywnego przepracowania, co umożliwia pojawienie się pozytywnych zmian (Henson, Truchot i Canevello, 2022). W badaniach Ogińskiej-Bulik (2016) optymizm i poczucie własnej skuteczności ujawniły zróżnicowany związek z potraumatycznym wzrostem, a mianowicie optymizm obniżał nasilenie objawów stresu pourazowego, natomiast poczucie skuteczności sprzyjało wzrostowi, zwłaszcza u kobiet. Również zdolność do nadawania znaczenia własnym doświadczeniom okazała się jednym z najważniejszych predyktorów PTG, ponieważ pozwala jednostce przekształcić poczucie bezsensu w przekonanie o sensowności cierpienia i własnej sprawczości (Updegraff i Taylor, 2000). Ważnym elementem tej grupy czynników jest także styl radzenia sobie ze stresem, który decyduje o tym, w jaki sposób jednostka przetwarza doświadczenie traumatyczne. Wykazano bowiem, że style zorientowane na aktywne poszukiwanie rozwiązań i pozytywne przewartościowanie sytuacji sprzyjają wzrostowi, natomiast unikanie lub tłumienie emocji ogranicza możliwość rozwoju (Henson i in., 2021).

Ważną grupą czynników są aspekty poznawcze, ponieważ aby doszło do wzrostu, konieczne jest poznawcze przetworzenie negatywnych doświadczeń i odbudowanie spójnego systemu znaczeń (Tedeschi i Calhoun 2004). Kluczowe znaczenie ma tzw. poznawcze zaangażowanie (*cognitive engagement*), które pozwala na stopniowe tworzenie nowych reprezentacji siebie i świata. Proces ten przebiega zwykle w dwóch etapach:

1. początkowo dominuje ruminacja intruzywna, spontaniczna i nacechowana emocjonalnie,



2. następnie – ruminacja refleksyjna, sprzyjająca reinterpretacji doświadczenia i jego integracji z tożsamością.

Z kolei ruminacje o charakterze natrętnym, niekontrolowanym i emocjonalnie destrukcyjnym, korelowały głównie z objawami stresu pourazowego (Ogińska-Bulik 2016).

W obrębie czynników indywidualnych znaczenie ma również duchowość i religijność rozumiana jako źródło sensu i nadziei. Dla wielu osób duchowy wymiar doświadczenia stanowi ramę interpretacyjną, która umożliwia zrozumienie cierpienia i jego włączenie w szerszą perspektywę egzystencjalną (Tedeschi i Calhoun 2004).

Istotną rolę odgrywają również czynniki sytuacyjne, odnoszące się do kontekstu, w jakim jednostka przeżywa doświadczenie traumatyczne. W tym aspekcie, rodzaj i intensywność zdarzenia mają znaczenie dla dalszego przebiegu procesu adaptacyjnego, ponieważ trauma o charakterze nagłym, zagrażającym życiu, może silniej zaktywizować procesy poznawcze prowadzące do przewartościowania dotychczasowych przekonań (Linley i Joseph 2004). Inne badania pozwoliły stwierdzić, że poziom potraumatycznego wzrostu może być niższy u osób, które systematycznie stykają się z sytuacjami traumatycznymi w pracy zawodowej, jak ratownicy medyczni, co może wynikać z chronicznego narażenia na stres i braku czasu na przetwarzanie emocjonalne zdarzeń (Ogińska-Bulik 2016). Również czas, jaki upłynął od traumy, stanowi czynnik modulującym, gdyż w miarę upływu czasu możliwa jest głębsza refleksja i integracja doświadczenia, co sprzyja utrwaleniu zmian wzrostowych (Mark i in, 2018). Kontekst społeczny, w jakim znajduje się osoba po traumie, również odgrywa istotną rolę, ponieważ obecność wspierających relacji, akceptacja i zrozumienie ze strony otoczenia ułatwiają proces nadawania znaczenia i umożliwiają odbudowę zaufania do świata (Ogińska-Bulik, 2019).



3. Prężność

3.1. Koncepcja prężności

Pojęcie prężności (*resilience*) wywodzi się z łacińskich terminów *salire* – „sprężynować” oraz *resilire* – „odbijać się, powracać do poprzedniego stanu” (Konaszewski i Kwadrans, 2017; Ogińska-Bulik i Juczyński, 2008). W ujęciu psychologicznym odnosi się ono do zdolności jednostki do elastycznej adaptacji, utrzymania równowagi emocjonalnej i skutecznego funkcjonowania mimo przeciwności.

Wspólnym elementem większości definicji prężności jest odniesienie do dwóch komponentów: wystąpienia sytuacji trudnej lub stresującej oraz pozytywnej adaptacji jednostki (Vella i Pai, 2019; Troy i in., 2023). Według Block i Block (1980) prężność ego oznacza zdolność dostosowania kontroli emocji i zachowania do wymogów sytuacji, co umożliwia elastyczne reagowanie na zmieniające się warunki. Luthar, Cicchetti i Becker (2000) opisują prężność jako proces dynamicznej i pozytywnej adaptacji wobec przeciwności, a Fredrickson (2001) traktuje ją jako trwały zasób osobowości sprzyjający rozwojowi i dobrostanowi. Bonanno (2004) wskazywał, że prężność polega na utrzymywaniu względnie stabilnej równowagi psychicznej mimo konfrontacji z przeciwnościami, co odróżnia ją od procesu rekonwalescencji czy powrotu do zdrowia po kryzysie. Ogińska-Bulik i Juczyński (2008) ujmują prężność psychiczną jako istotny zasób zdrowia psychicznego, który wspiera jednostkę w radzeniu sobie z trudnościami i umożliwia rozwój pomimo stresu.

W literaturze podkreśla się, że prężność nie jest równoznaczna z „niewrażliwością” na stres, lecz z umiejętnością szybkiego i adaptacyjnego powrotu do równowagi. Wskazuje się również możliwość utrzymania stabilnego, zdrowego poziomu funkcjonowania mimo wyzwań oraz odróżnienie prężności jako wyjątkowej reakcji w sytuacji poważnych obciążeń od zwykłej odporności na codzienne trudności (Bonanno (2004, Sisto i in., 2019).

W ujęciu Seligmana (2011) prężność psychiczna stanowi podstawowy zasób psychologiczny leżący u podstaw zdrowia i dobrostanu, będący przejawem zdolności jednostki do konstruktywnego uczenia się na bazie trudnych doświadczeń. Oznacza więc nie tylko odporność wobec stresu, lecz także potencjał rozwojowy, umożliwiający tworzenie nowych, adaptacyjnych sposobów funkcjonowania (Seligman 2011).



Prężność psychiczna bywa ujmowana zarówno jako względnie trwała cecha osobowości, jak i dynamiczny proces adaptacyjny, co ilustrują dwa dominujące modele teoretyczne (Vella i Pai, 2019; Troy i in., 2023):

1. prężność jako cecha – zakłada istnienie indywidualnych różnic w zakresie zdolności przystosowania, takich jak odporność emocjonalna czy skłonność do pozytywnej reinterpretacji zdarzeń,
2. prężność jako proces – traktuje prężność jako złożony i dynamiczny proces obejmujący interakcje pomiędzy jednostką, jej otoczeniem i kontekstem kulturowym.

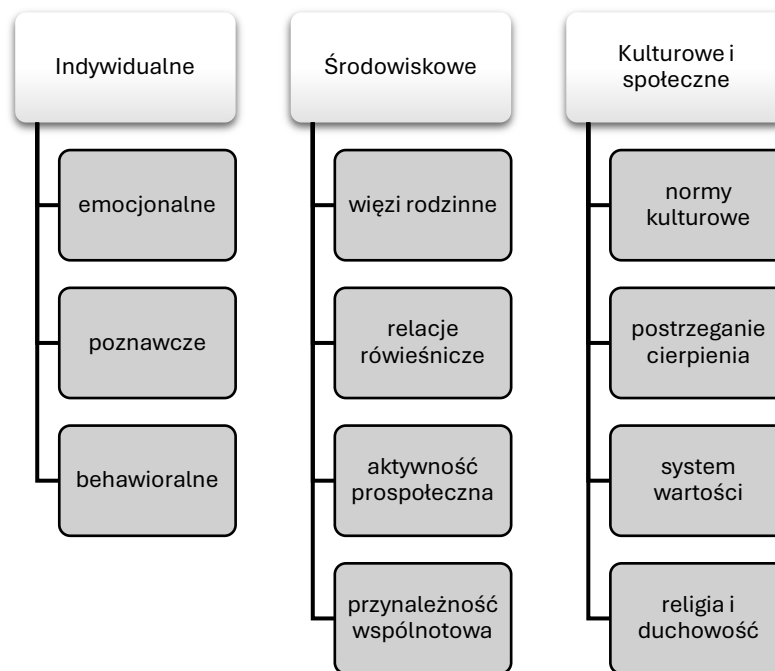
Oba modele wskazują, że prężność może mieć charakter zarówno wrodzony, jak i rozwijany w toku doświadczenia i interakcji społecznych (Troy i in., 2023).

3.2. Czynniki wpływające na prężność

Na kształtowanie się prężności wpływają liczne czynniki indywidualne, środowiskowe, kulturowe i społeczne (rys. 3). Wśród czynników indywidualnych wymienia się przede wszystkim temperament, poziom samooceny, optymizm, poczucie koherencji, inteligencję emocjonalną oraz elastyczność poznawczą (Vella i Pai, 2019; Troy i in., 2023). W badaniach Ogińskiej-Bulik i Juczyńskiego (2008) wskazano, że osoby o wysokiej prężności cechuje optymizm, pozytywne nastawienie do życia, poczucie sensowności działań, zaufanie do własnych kompetencji oraz zdolność do skutecznego radzenia sobie z wyzwaniami. Także Hartmann i in. (2022) wskazują, że do indywidualnych zasobów sprzyjających prężności należą: zdolności emocjonalne (np. optymizm, nadzieja, regulacja emocji), poznawcze (wiedza, kreatywność, elastyczność myślenia) oraz behawioralne (aktywne poszukiwanie rozwiązań, angażowanie się w działanie).

Zdolność do skutecznej samoregulacji emocjonalnej stanowi jeden z kluczowych mechanizmów sprzyjających utrzymaniu równowagi afektywnej i poznawczej. W modelu regulacji afektu zaproponowanym przez Troy i in. (2023) prężność rozumiana jest jako wynik skutecznego wykorzystywania strategii regulacji emocji. Tak rozumiana prężność umożliwia jednostce aktywne radzenie sobie z emocjonalnymi konsekwencjami stresu i utrzymanie adekwatnego poziomu funkcjonowania psychicznego.





Rysunek 3. Czynniki wpływające na prężność psychiczną
Źródło: opracowanie własne.

W badaniach podłużnych nad prężnością w wczesnej dorosłości wykazano, że ekstrawersja dodatnio wiąże się z poziomem prężności, podczas gdy neurotyczność oraz komponent „psychotyczności” korelują ujemnie. Jednocześnie stwierdzono, że bieżące nastroje depresyjne obniżają ocenę prężności, a poczucie wsparcia społecznego – podnosi ją (Shen i in. 2021).

Drugą grupą czynników są aspekty środowiskowe, obejmujące m.in. jakość relacji, klimat i warunki sprzyjające poczuciu bezpieczeństwa oraz możliwości uczenia się i rozwoju. W literaturze podkreśla się znaczenie zasobów rodzinnych i społecznych w procesie odzyskiwania równowagi oraz budowania nowego balansu, a także rolę kontekstów rozwojowych i społeczno-ekonomicznych, które mogą zarówno zwiększać obciążenia, jak i dostarczać zasobów (Sisto i in., 2019).

W środowisku pracy specyficznym wymiarem kontekstu jest klimat zespołowy: zaufanie, spójność i sprzyjające, bezpieczne praktyki organizacyjne współtworzą percepcję bezpieczeństwa psychologicznego, która łączy się z wyższą wydajnością, przy czym prężność pracownika jest istotnym predyktorem funkcjonowania i korzystania z zasobów środowiskowych (Paliga i in., 2019). Badania nad adaptacją młodzieży w kontekstach kryzysowych wykazały natomiast, że stabilne relacje z opiekunami, obecność pozytywnych wzorców zachowań, poczucie bezpieczeństwa w dzieciństwie,

dostęp do edukacji oraz korzystna sytuacja ekonomiczna sprzyjają rozwojowi mechanizmów odpornościowych (Panter-Brick i in., 2014).

Równocześnie uwarunkowania codziennego funkcjonowania, takie jak możliwość podejmowania aktywności fizycznej czy ekspozycji na światło dzienne, powiązано z wyższą samooceną prężności w dużej próbie dorosłych podczas lockdownu – co pośrednio wskazuje, że organizacja otoczenia sprzyjająca aktywności i regeneracji może wspierać zasoby adaptacyjne jednostki (Killgore i in., 2020).

Z kolei Denckla i in. (2020) wskazują, że prężność należy analizować w kontekście norm kulturowych dotyczących radzenia sobie z przeciwnościami, społecznych narracji o sensie cierpienia i relacjach wspólnotowych. System wartości, religia oraz przekonania na temat sensu życia mogą wspierać utrzymanie nadziei i poczucia sensowności, pełniąc funkcję regulacyjną w sytuacjach traumatycznych (Denckla i in., 2020).

Warto w tym miejscu również zaznaczyć, że mechanizmy unkcjonowania prężności obejmują złożone procesy poznawcze, emocjonalne i behawioralne. Ogińska-Bulik i Juczyński (2008) opisują je jako system samoregulacji, który umożliwia jednostce reinterpretację sytuacji stresowej, utrzymanie pozytywnego afektu i angażowanie się w działania ukierunkowane na rozwiązanie problemu. Fredrickson (2001) z kolei podkreśla, że pozytywne emocje poszerzają zakres myślenia i działania, zwiększając repertuar strategii radzenia sobie. Modele opisują tu „sprężysty” powrót do funkcjonowania (*bounce back*) oraz tworzenie nowego balansu poprzez aktywację zasobów i zmianę znaczeń, co wzmacnia poczucie skuteczności i spójności wewnętrznej (Sisto i in., 2019). Prężność zatem sprzyja podejmowaniu aktywności ukierunkowanych na rozwiązanie problemu, elastycznemu dostosowywaniu się do zmiennych warunków oraz utrzymywaniu realistycznego optymizmu i wiary w możliwość pozytywnej adaptacji (Vella i Pai, 2019; Olszewska-Turek i in., 2024).

Z perspektywy praktycznej, badania wskazują na możliwość wzmacniania prężności poprzez działania terapeutyczne, prewencyjne i edukacyjne. Ogińska-Bulik i Juczyński (2008) zwracają uwagę, że prężność, choć w pewnym stopniu uwarunkowana cechami osobowości, podlega rozwojowi w wyniku doświadczeń, refleksji i treningu emocjonalnego. Denckla i in. (2020) sugerują natomiast, że działania ukierunkowane na rozwijanie umiejętności regulacji emocji, reinterpretacji poznawczej i elastyczności adaptacyjnej mogą zwiększać odporność psychiczną oraz ograniczać długofalowe skutki traumy. Włączenie komponentu budowania prężności do programów terapeutycznych



pozwała nie tylko zmniejszać objawy pourazowe, lecz także wzmacniać zdolność do samoregulacji i utrzymania zdrowia psychicznego.

3.3. Wpływ prężności na traumę

Z definicji prężności wynika bezpośrednio, iż stanowi ona jeden z kluczowych mechanizmów chroniących jednostkę przed długotrwałymi konsekwencjami doświadczeń traumatycznych (Denckla i in., 2020; Ogińska-Bulik i Juczyński, 2008). Osoby o wysokim poziomie prężności rzadziej reagują na stres wywołany traumatycznymi wydarzeniami zaburzeniami z kręgu lękowo-depresyjnego i wykazują mniejsze ryzyko rozwoju zespołu stresu pourazowego (PTSD). W związku z tym sugeruje się, że wysoki poziom prężności osłabia wpływ stresorów na zdrowie psychiczne, a jednostki bardziej odporne psychicznie szybciej odzyskują równowagę i potrafią adekwatnie regulować emocje (Yalcin-Siedentopf i in., 2020). Również w badaniu przeprowadzonym wśród pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej z obszarów miejskich wykazano, iż prężność mierzona za pomocą skali CD-RISC była silnym i niezależnym predyktorem mniejszego prawdopodobieństwa rozpoznania PTSD, mimo występowania licznych czynników ryzyka, takich jak przebyte formy przemocy w dzieciństwie czy traumatyczne wydarzenia w dorosłości. Wykazano ponadto, że wraz ze wzrostem liczby typów przemocy wzrastała szansa wystąpienia PTSD, jednak wysoki poziom prężności znacząco redukował tę zależność, pełniąc funkcję moderatora relacji między obciążeniem traumatycznym a objawami zaburzeń emocjonalnych (Wrenn i in., 2011). Podobny mechanizm ochronny odnotowano w badaniach podłużnych nad młodymi dorosłymi, w których prężność działała jako pośrednik i bufor między doświadczeniami wczesnodziecięcych zaniedbań a stanem psychicznym w dorosłości, ograniczając wpływ depresji i nasilonych stresorów życiowych. Można więc domniemywać, że prężność nie eliminuje skutków traumy, lecz ogranicza ich nasilenie, umożliwiając skuteczniejszą regulację emocji i szybszy powrót do równowagi psychicznej (Shen i in., 2021).

W literaturze wskazuje się również na związek prężności z występowaniem pozytywnych zmian po traumie. Choć wzrost potraumatyczny stanowi odrębny konstrukt, prężność może pełnić funkcję ułatwiającą jego pojawienie się. Osoby bardziej odporne psychicznie częściej wykorzystują traumatyczne doświadczenie jako impuls do refleksji, przewartościowania celów i pogłębienia relacji interpersonalnych. Prężność w



tym kontekście sprzyja aktywnej regulacji emocji i utrzymaniu nadziei, co tworzy warunki do dalszego rozwoju i rekonstrukcji znaczeń (Ogińska-Bulik i Juczyński, 2008). Denckla i in. (2020) w swoich badaniach wskazali również, że proces adaptacji po traumie może prowadzić do bardziej złożonych form odporności, które obejmują zdolność nie tylko do powrotu do poprzedniego stanu, ale do osiągnięcia nowego poziomu funkcjonowania. Z kolei w badaniu Hu i in. (2022) wykazano, że prężność pośredniczy w relacji między stresem a zarówno negatywnymi (depresja, lęk), jak i pozytywnymi (potraumatyczny wzrost) wynikami funkcjonowania psychicznego, co oznacza, że wysoki poziom prężności umożliwia bardziej adaptacyjne przetwarzanie doświadczeń oraz stanowi psychologiczny zasób pozwalający jednostce przekształcać trudności w źródło pozytywnych przewartościowań.

Ponadto, w populacjach poddanych długotrwałemu obciążeniu wykazano, iż osoby o wyższym poziomie prężności charakteryzują się mniejszą podatnością na utrzymywanie się objawów lękowych i depresyjnych, co sugeruje skuteczniejszą regulację układów neurobiologicznych odpowiedzialnych za adaptację do stresu (Wrenn i in., 2011). Badacze interpretują te wyniki jako przejaw lepszej integracji pomiędzy regulacją emocjonalną a procesami poznawczymi, co oznacza bardziej efektywne hamowanie reakcji lękowych oraz elastyczniejsze działanie systemu osi podwzgórze-przysadka-nadnercza (Wrenn i in., 2011).



4. Wsparcie społeczne

4.1. Istota i rodzaje wsparcia społecznego

Wsparcie społeczne stanowi jeden z kluczowych zasobów psychospołecznych człowieka, umożliwiających adaptację do sytuacji trudnych oraz utrzymanie równowagi emocjonalnej i społecznej. W ujęciu klasycznym wsparcie społeczne definiowane jest jako percepcja lub doświadczenie, że jednostka jest kochana i ceniona przez innych oraz stanowi część sieci wzajemnych powiązań i zobowiązań (Taylor, 2011). Podobnie Juczyński (2019) wskazuje, że wsparcie to pomoc dostępna dla jednostki w sytuacjach trudnych, zapewniana przez osoby znaczące i grupy odniesienia, przy czym może ono mieć charakter zarówno rzeczywisty (otrzymywany), jak i postrzegany (dostępny potencjalnie). Także Kort-Butler (2018) stwierdza, że wsparcie społeczne obejmuje zasoby społeczne, emocjonalne i materialne, na których jednostka może polegać w obliczu problemów i stresorów, przy czym może ono przyjmować formę wsparcia postrzeganego lub faktycznie otrzymanego. Wsparcie społeczne może być także rozumiane jako system relacji i wymiany zasobów (emocjonalnych, poznawczych, instrumentalnych) zachodzących w ramach struktur społecznych, zarówno formalnych, jak i nieformalnych (Bavik, Shaw i Wang 2020). Natomiast zgodnie z koncepcją Cohena (2004, za: Sikora, 2012) jest to zapewnienie zasobów psychologicznych i materialnych, które wzmacniają zdolność jednostki do radzenia sobie z trudnościami.

Wspólnym elementem większości definicji jest podkreślenie, że wsparcie społeczne nie ogranicza się do aktu pomocy, lecz obejmuje także świadomość jej dostępności i przekonanie o przynależności do wspólnoty, w której wzajemna troska jest normą (Szymańska i Sienkiewicz, 2011; Taylor, 2011).

Z definicji może wynikać, że wsparcie może być określane poprzez istnienie relacji i więzi między jednostką a jej społecznym otoczeniem, tj. im bardziej rozbudowana sieć kontaktów, tym większy potencjał wsparcia. Jednakże sama liczba kontaktów nie jest tożsama z poziomem otrzymywanego wsparcia, gdyż nie każda relacja pełni funkcję wspierającą (Dudek i Koniarek, 2003). Kluczowe znaczenie ma adekwatność i trafność wsparcia w odniesieniu do potrzeb odbiorcy. Niewielka, ale stabilna sieć relacji może zapewniać wsparcie wysokiej jakości, o ile jest postrzegana jako wystarczająca i wiarygodna. Z kolei szeroka sieć kontaktów społecznych o niskiej spójności może nie przynieść pozytywnych efektów emocjonalnych ani adaptacyjnych



(Bavik i in., 2020). Należy także podkreślić, że efektywność wsparcia zależy od sposobu, w jaki jest ono postrzegane i integrowane z zasobami jednostki. Wsparcie adekwatne do rodzaju problemu i indywidualnych potrzeb jednostki umożliwia mobilizację zasobów osobistych, wzmacnia poczucie kontroli oraz ułatwia adaptację. Natomiast wsparcie niedostosowane, tak samo nadmiarowe, jak i niedostateczne, może prowadzić do napięcia lub obniżenia poczucia autonomii (Juczyński, 2019; Taylor, 2011; Bavik i in., 2020).

W literaturze wyróżnia się cztery podstawowe funkcje wsparcia społecznego (Dudek i Koniarek, 2003; Taylor, 2011):

- emocjonalną – odnosi się to do okazywania troski, empatii i akceptacji, które wzmacniają poczucie własnej wartości oraz przynależność,
- informacyjną – obejmuje dostarczanie rad, wskazówek i informacji pomocnych w zrozumieniu sytuacji problemowej i wyborze strategii działania,
- instrumentalną – polega na realnej pomocy materialnej lub usługowej, takiej jak zapewnienie środków, opieki czy działań praktycznych,
- wartościującą (oceniającą) – wzmacnia samoocenę jednostki poprzez potwierdzanie jej kompetencji i znaczenia w grupie społecznej.

Same źródła wsparcia społecznego można podzielić na dwie zasadnicze grupy:

- formalne,
- nieformalne.

Źródła formalne obejmują instytucje publiczne, organizacje pozarządowe oraz specjalistów, którzy świadomie i zawodowo udzielają pomocy na podstawie ustalonych procedur i ról. Źródła nieformalne natomiast to sieć osób znaczących (m.in. rodzina, przyjaciele, współpracownicy, sąsiedzi) których relacje opierają się na wzajemnym zaufaniu, emocjonalnym zaangażowaniu i trwałości więzi (Walter, 2019). Dodatkowo można wyróżnić wsparcie internetowe, w którym oba typy źródeł mogą się przenikać: z jednej strony działają profesjonalne grupy wsparcia i stowarzyszenia, z drugiej – anonimowe grupy samopomocowe oparte na relacjach emocjonalnych. Szymańska i Sienkiewicz (2011) podkreślają, że w wymiarze psychospołecznym to właśnie nieformalne sieci wsparcia stanowią podstawowy zasób adaptacyjny jednostki w obliczu trudności życiowych. Ponadto, źródła te pełnią odmienną rolę w różnych okresach życia – u młodzieży większe znaczenie ma wsparcie rówieśnicze i rodzinne (Sikora, 2012), natomiast u dorosłych i osób starszych kluczowe są relacje małżeńskie, rodzinne i przyjacielskie (Gariépy i in., 2016).



Wsparcie społeczne może być także analizowane w kategoriach funkcjonalnych i strukturalnych. Wsparcie funkcjonalne odnosi się do jakości relacji i postrzeganej dostępności pomocy, natomiast wsparcie strukturalne opisuje rozległość i gęstość sieci społecznej (Barton i in., 2015). Jak wcześniej wspomniano, sama liczba kontaktów społecznych nie przesądza o poziomie otrzymywanego wsparcia, ponieważ decydujące znaczenie ma ich jakość oraz subiektywne poczucie, że w trudnej sytuacji można liczyć na innych.

4.2. Rola wsparcia społecznego w procesie radzenia sobie z traumą

Z przedstawionych wcześniej informacji jasno wynika, że wsparcie społeczne pełni kluczową funkcję w procesie adaptacji po doświadczeniach trudnych i kryzysowych, działając zarówno jako czynnik chroniący przed negatywnymi skutkami stresu, jak i zasób sprzyjający zdrowieniu psychicznemu. Działanie to można wyjaśniać poprzez dwa komplementarne modele teoretyczne: model buforowy i model głównego efektu.

Zgodnie z klasyczną koncepcją buforową (Cohen i Wills, 1985, cyt. za Taylor, 2011), wsparcie społeczne pełni funkcję ochronną wobec skutków stresu i traumy, ponieważ zmniejsza intensywność reakcji emocjonalnych i fizjologicznych na stresory. Stanowi ono zasób, który umożliwia jednostce reinterpretację sytuacji jako mniej zagrażającej oraz wzmacnia poczucie kontroli nad jej przebiegiem. W sytuacjach wysokiego stresu, obecność wspierających osób łagodzi wpływ negatywnych doświadczeń poprzez zapewnienie emocjonalnego oparcia i pomocy w wyborze skutecznych strategii radzenia sobie (Taylor, 2011).

Z kolei model głównego efektu, zakłada, że wsparcie społeczne wpływa korzystnie na zdrowie psychiczne i fizyczne niezależnie od obecności stresu (Taylor, 2011). Samo uczestnictwo w sieci wspierających relacji sprzyja wyższemu poziomowi satysfakcji z życia i lepszemu funkcjonowaniu emocjonalnemu (Dudek i Koniarek, 2003). W tym aspekcie, Schwarzer i in. (2004) podkreślają, że pozytywne relacje społeczne wzmacniają przekonanie o własnej skuteczności i sprawczości, co stanowi podstawowy warunek odzyskiwania równowagi po doświadczeniach trudnych.

Najważniejsze znaczenie w procesie zdrowienia ma wsparcie nieformalne, udzielane przez osoby bliskie. Relacje z rodziną, partnerem czy przyjaciółmi tworzą podstawowy system odniesienia, który umożliwia odbudowanie poczucia



bezpieczeństwa i przewidywalności świata społecznego. Wsparcie emocjonalne pochodzące z relacji pierwotnych pełni bowiem funkcję ochronną wobec zachowań ryzykownych i stanowi źródło zaufania oraz stabilności emocjonalnej (Kort-Butler, 2018). W sytuacjach traumatycznych jednostka potrzebuje regulacji relacji z otoczeniem, a skuteczne wsparcie umożliwi przywrócenie równowagi psychicznej oraz ponowne funkcjonowanie w codziennym środowisku (Szymańska i Sienkiewicz, 2011).

Niemniej jednak nieformalne i poniekąd naturalne źródła wsparcia mogą nie być wystarczające w sytuacjach poważnych urazów psychicznych. Wówczas istotne staje się uzupełnienie ich poprzez wsparcie formalne i profesjonalne, udzielane w ramach terapii indywidualnej, grup wsparcia lub interwencji kryzysowej. Funkcjonuje ono na zasadzie synergii z pomocą bliskich, oferując bardziej ustrukturyzowaną formę interwencji, opartą na wiedzy i technikach profesjonalnych. Szczególne znaczenie mają grupy wsparcia, w których jednostki dzielące podobne doświadczenia mogą wymieniać się emocjami i strategiami radzenia sobie, co sprzyja normalizacji przeżyć i wzmacnia poczucie wspólnotowości. W badaniach Juczyńskiego (2019) wskazano, że wsparcie zorganizowane w ośrodkach interwencji i pomocy społecznej może kompensować deficyty wsparcia naturalnego i przyczyniać się do poprawy jakości życia osób po traumie.

W kontekście relacji społecznych po traumie istotne jest także zjawisko wtórnej traumatyzacji, które dotyczy osób wspierających bliskich doświadczonych przez zdarzenia ekstremalne. Obciążenie emocjonalne osób niosących pomoc może prowadzić u nich do wzrostu napięcia i przeciążenia psychicznego, co wymaga systemowego podejścia do wsparcia, zarówno wobec osób po traumie, jak i ich otoczenia (Gronek, 2014).

4.3. Znaczenie wsparcia społecznego dla zdrowia psychicznego i funkcjonowania mózgu

Z punktu widzenia funkcjonowania psychicznego kluczowe znaczenie ma fakt, że wsparcie społeczne ogranicza subiektywnie postrzegany stres, łagodzi reakcje emocjonalne oraz ułatwia reinterpretację sytuacji zagrażających w kategoriach możliwych do opanowania (French et al., 2018). W metaanalizie wykazano, że pozytywne interakcje społeczne wiążą się z niższym poziomem negatywnych emocji oraz większą satysfakcją z życia i dobrostanem psychicznym (Kelly i in., 2017). Odczuwane



wsparcie redukuje również poczucie samotności, które stanowi istotny predyktor zaburzeń afektywnych i poznawczych (Kelly i in., 2017).

Z perspektywy neurobiologicznej wsparcie społeczne stanowi istotny czynnik modulujący reakcję stresową organizmu. Schwarzer i in. (2004) wskazują, że pozytywne relacje społeczne wiążą się z obniżeniem poziomu kortyzolu, znanego jako hormonu stresu, oraz wzrostem wydzielania oksytocyny, która odgrywa kluczową rolę w tworzeniu więzi i wzmacnianiu poczucia bezpieczeństwa. Oksytocyna, poprzez wpływ na układ limbiczny, łagodzi reakcje lękowe i sprzyja zachowaniom prospołecznym, natomiast serotonina uczestniczy w stabilizacji nastroju oraz regulacji emocji. W efekcie interakcji tych układów dochodzi do redukcji aktywności ciała migdałowatego, odpowiedzialnego za przetwarzanie zagrożenia oraz zwiększenia aktywności kory przedczołowej (French i in., 2018). Z kolei Kelly i in. (2017) w swojej pracy przywołują badania obrazowe, w których wykazano, że obecność zaufanej osoby w sytuacji zagrożenia wiąże się z mniejszą aktywnością obszarów odpowiedzialnych za odczuwanie lęku oraz z niższym poziomem fizjologicznego pobudzenia, co określane jest mianem efektu bezpieczeństwa społecznego. Również wyniki badań z wykorzystaniem rezonansu magnetycznego wykazano, że trzymanie za rękę partnera w sytuacji zagrożenia skutkowało istotnym obniżeniem aktywności ciała migdałowatego i wyspy, przy jednoczesnym zwiększeniu aktywności struktur kory przedczołowej. Efekt ten interpretowany jest jako neurobiologiczny przejaw amortyzującego wpływu wsparcia emocjonalnego (Coan, Schaefer i Davidson, 2006).

Połączenie aspektu psychologicznego i biologicznego wskazuje, że wsparcie społeczne jest nie tylko zewnętrznym zasobem interpersonalnym, ale także mechanizmem o charakterze biopsychospołecznym, który bezpośrednio wpływa na procesy neuroregulacyjne i emocjonalne. W rezultacie wsparcie społeczne nie stanowi jedynie zewnętrznego zasobu, lecz kluczowy element homeostazy psychicznej, sprzyjający zdrowieniu i utrzymaniu równowagi po doświadczeniach kryzysowych.



5. Materiał i metody

5.1. Cel badania

Traumatyczne doświadczenia stanowią istotny czynnik ryzyka dla rozwoju zaburzeń psychicznych, w szczególności zespołu stresu pourazowego (PTSD), depresji i lęku. Równocześnie jednak trauma może prowadzić również do pozytywnych przemian psychologicznych, określanych jako potraumatyczny wzrost (PTG), które obejmują między innymi pogłębienie relacji interpersonalnych, wzrost osobistej siły oraz przewartościowanie życia. Współwystępowanie zarówno skutków pozytywnych i negatywnych wskazuje złożoność reakcji psychicznych na doświadczenia graniczne i wskazuje na potrzebę kompleksowej analizy mechanizmów adaptacyjnych jednostki.

W świetle aktualnych danych empirycznych, kluczową rolę w tym procesie odgrywają zasoby indywidualne oraz społeczne, takie jak prężność psychiczna oraz wsparcie społeczne. Prężność jest definiowana jako zdolność do adaptacyjnego funkcjonowania w obliczu przeciwności, natomiast wsparcie społeczne obejmuje zarówno instrumentalną, jak i emocjonalną pomoc otrzymywaną od otoczenia. Badania prowadzone w warunkach pandemii COVID-19 wykazały, że obydwie te zasoby wpływają nie tylko na zmniejszenie objawów zaburzeń psychicznych, ale także na promowanie wzrostu psychicznego po doświadczeniu traumy (Hu i in., 2022). Co więcej, społeczna i emocjonalna dostępność oraz percepcja wsparcia mają zarówno bezpośredni, jak i pośredni wpływ na poziom prężności w okresie wczesnej dorosłości (Shen i in., 2021)

Biorąc pod uwagę fakt, iż większość wcześniejszych analiz koncentrowała się na wyizolowanych zmiennych (np. tylko depresji, tylko skutkach pozytywnych), pomijając złożone relacje między konstrukcjami takimi jak prężność czy skutki zarówno negatywne, jak i pozytywne. Stąd też, celem niniejszego badania było zbadanie w jaki sposób prężność psychiczna i wsparcie społeczne wpływają jednocześnie na negatywne i pozytywne skutki traumy.

5.2. Problemy i hipotezy badawcze

Aby zrealizować wyżej przedstawiony cel badania sformułowano następujące problemy i odpowiadające im hipotezy badawcze:

Problemy:

1. Jaki jest poziom negatywnych i pozytywnych skutków traumy?



2. Czy zmienne socjodemograficzne badanych (wiek, płeć, wykształcenie, miejsce zamieszkania) różnicują poziom negatywnych i pozytywnych skutków traumy?
3. Czy i w jaki sposób prężność psychiczna wiąże się z poziomem negatywnych i pozytywnych skutków traumy?
4. Czy i w jaki sposób wsparcie społeczne wiąże się z poziomem negatywnych i pozytywnych skutków traumy?
5. Która z analizowanych zmiennych niezależnych (prężność psychiczna, wsparcie społeczne) pełni rolę predykcyjną dla negatywnych i pozytywnych skutków traumy?

Hipotezy:

- H1. W badanej grupie występuje umiarkowany poziom nasilenia negatywnych i pozytywnych skutków traumy.
- H2. Zmienne socjodemograficzne (wiek, płeć, wykształcenie, miejsce zamieszkania) różnicują poziom negatywnych i pozytywnych skutków traumy.
- H3a. Prężność psychiczna jest ujemnie związana z nasileniem negatywnych skutków traumy.
- H3b. Prężność psychiczna jest dodatnio związana z poziomem pozytywnych skutków traumy.
- H4a. Wsparcie społeczne jest ujemnie związane z nasileniem negatywnych skutków traumy.
- H4b. Wsparcie społeczne jest dodatnio związane z poziomem pozytywnych skutków traumy.
- H5a. Prężność psychiczna i wsparcie społeczne pełnią rolę predyktorów negatywnych skutków traumy, tj. wyższa prężność i wyższe wsparcie przewidują niższe nasilenie objawów.
- H5b. Prężność psychiczna i wsparcie społeczne pełnią rolę predyktorów pozytywnych skutków traumy, tj. wyższa prężność i wyższe wsparcie przewidują wyższy poziom potraumatycznego wzrostu.

5.3. Metody badawcze

W badaniu wykorzystano 3 narzędzia standaryzowane oraz ankietę autorską wraz z metryczką.

1. Lista Zaburzeń po Stresie Traumatycznym wg DSM-5 (PCL-5)



Lista Zaburzeń po Stresie Traumatycznym według DSM-5 (*PTSD Checklist for DSM-5 – PCL-5*) to narzędzie służące do oceny nasilenia objawów zespołu stresu pourazowego (PTSD) zgodnie z najnowszą klasyfikacją diagnostyczną DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013). W badaniu własnym odnosi się do negatywnych skutków traumy. Zostało opracowane przez Weathersa i wsp. (2013), a jego polska adaptacja została przygotowana przez Ogińską-Bulik, Juczyńskiego, Lis-Turlejską i Merecz-Kot (2023).

PCL-5 składa się z 20 pozycji odnoszących się do objawów PTSD, które w klasyfikacji DSM-5 zostały uporządkowane w cztery główne kategorie (kryteria B–E):

- intruzje (B) – wyższy wynik oznacza częstsze i bardziej nasilone natrętne wspomnienia, sny i retrospekcje związane z traumą,
- unikanie (C) – wyższy wynik wskazuje na silniejszą tendencję do unikania myśli, uczuć i sytuacji związanych z doświadczeniem traumatycznym,
- negatywne zmiany w procesach poznawczych i nastroju (D) – wyższy wynik odzwierciedla głębsze zaburzenia w postrzeganiu siebie i świata, obniżenie nastroju oraz trudności w odczuwaniu pozytywnych emocji,
- pobudzenie i reaktywność (E) – wyższy wynik oznacza większe nasilenie drażliwości, czujności, reakcji przerażenia i zaburzeń snu.

Badany odpowiada, w jakim stopniu poszczególne objawy dotyczyły go w ciągu ostatniego miesiąca, zaznaczając odpowiedź na pięciopunktowej skali od 0 (wcale) do 4 (bardzo mocno). Wynikiem jest suma punktów w podskalach oraz dla wszystkich pozycji – co daje wynik ogólny.

Właściwości psychometryczne narzędzia są zadowalające. Wewnętrzna spójność całej skali, oceniona współczynnikiem alfa Cronbacha, wynosi 0,95, natomiast dla poszczególnych kryteriów: B – 0,90, C – 0,81, D – 0,90, E – 0,89. Oprócz diagnozy na podstawie wyniku ogólnego możliwa jest także kwalifikacja zgodna z kryteriami diagnostycznymi DSM-5, która wymaga uzyskania wartości co najmniej 2 (umiarkowanie) w przynajmniej jednym objawie z kategorii B i C oraz w co najmniej dwóch objawach z kategorii D i E. Obie procedury diagnostyczne – punkt odcięcia oraz analiza spełnienia kryteriów – wykazują wysoką zgodność (około 70%) i podobną skuteczność diagnostyczną (około 34-35% rozpoznań PTSD).



2. Inwentarz Potraumatycznego Rozwoju (PTGI-SF)

Inwentarz Potraumatycznego Rozwoju – Wersja Skrócona (*Posttraumatic Growth Inventory – Short Form*, PTGI-SF) jest narzędziem autorstwa Cannona, Calhouna, Tedeschiego i wsp. (2010), zaadaptowanym do warunków polskich przez Ogińską-Bulik i Juczyńskiego (2010). Narzędzie to służy do oceny pozytywnych zmian psychologicznych, które mogą pojawić się u jednostki w wyniku konfrontacji z wydarzeniem traumatycznym. W badaniu własnym odnosi się do pozytywnych skutków traumy.

PTGI-SF składa się z 10 pozycji, po dwie dla każdego z pięciu obszarów potraumatycznego rozwoju:

- Relacje z innymi – wyższy wynik wskazuje na pogłębienie więzi interpersonalnych i większą empatię,
- Nowe możliwości – wyższy wynik świadczy o dostrzeżeniu i podejmowaniu nowych celów oraz szans życiowych,
- Osobista siła – wyższy wynik oznacza większe poczucie zaradności i wewnętrznej siły,
- Zmiany duchowe – wyższy wynik odzwierciedla pogłębienie wiary, refleksji duchowej lub religijnej,
- Docenianie życia – wyższy wynik wskazuje na silniejsze przeżywanie wdzięczności i wartości codziennego życia.

Operacjonalizacja zmiennych odbywa się poprzez ocenę stopnia, w jakim osoba doświadczyła pozytywnych zmian w wyniku traumatycznego doświadczenia, przy czym każda pozycja oceniana jest na sześciopunktowej skali od 0 („nie doświadczyłem/am tej zmiany”) do 5 („doświadczyłem/am tej zmiany w bardzo dużym stopniu”).

Rzetelność całkowita wersji skróconej wynosi $\alpha = 0,86$, natomiast rzetelność dla poszczególnych czynników, pomimo że składają się one zaledwie z dwóch pozycji, mieści się w akceptowalnych granicach (np. $\alpha = 0,74$ dla Osobistej siły, $\alpha = 0,68$ dla Doceniania życia) (Canna i in., 2010). W badaniach z zastosowaniem polskiej wersji wykazano wysoką zgodność wewnętrzną całej skali ($\alpha = 0,93$), a także dobrą trafność konstrukcyjną potwierdzoną analizą czynnikową (model czteroczynnikowy z $GFI = 0,920$, $RMSEA = 0,05$) (Ogińska-Bulik i Juczyński, 2010).

3. Skala Pomiaru Prężności (SPP-25)



Skala Pomiaru Prężności (SPP-25) jest narzędziem diagnostycznym opracowanym przez Ogińską-Bulik i Juczyńskiego (2008) w celu pomiaru poziomu prężności psychicznej traktowanej jako względnie trwała cecha osobowości. Konstrukcja skali opiera się na założeniu, że prężność, czyli zdolność jednostki do elastycznej i skutecznej adaptacji w sytuacjach trudnych, stresujących lub traumatycznych, ma charakter wielowymiarowy. W SPP-25 wyodrębniono pięć komponentów:

- Wytrwałość i determinacja w działaniu – wyższy wynik świadczy o większej konsekwencji i sile w pokonywaniu przeszkód,
- Otwartość na nowe doświadczenia i poczucie humoru – wyższy wynik wskazuje na większą elastyczność poznawczą i zdolność do dystansowania się w trudnych sytuacjach
- Kompetencje osobiste do radzenia sobie i tolerancja negatywnych emocji – wyższy wynik oznacza lepszą zdolność radzenia sobie z własnymi emocjami i poczucie skuteczności,
- Tolerancja na niepowodzenia i traktowanie życia jako wyzwania – wyższy wynik odzwierciedla większą odporność na porażki i motywację do rozwoju,
- Optymistyczne nastawienie do życia i zdolność mobilizowania się w trudnych sytuacjach – wyższy wynik oznacza silniejsze pozytywne podejście do życia i lepszą mobilizację do działania w stresie.

SPP-25 składa się z 25 pozycji, do których badany odnosi się, oceniając swoje zachowanie i postawy w sytuacjach trudnych. Każde twierdzenie oceniane jest na pięciopunktowej skali Likerta, od 0 „zdecydowanie nie”, do 4 – „zdecydowanie tak”. Operacjonalizacja zmiennej prężności polega na ilościowej ocenie stopnia, w jakim dana osoba przejawia określone przejawy odporności psychicznej w kontekście codziennych wyzwań i stresorów. Wynik ogólny oraz wynik w podskalach stanowią sumę punktów s określonych twierdzeń. Dla wyniku ogólnego może się mieścić w przedziale od 0 do 100. Wyższe wyniki wskazują na większy poziom prężności.

Rzetelność skali oceniona współczynnikiem alfa Cronbacha dla całej skali wynosi 0,89, co świadczy o bardzo dobrej spójności wewnętrznej. Rzetelność podskal waha się od 0,67 do 0,75, co jest akceptowalne, biorąc pod uwagę, że każda podskala zawiera jedynie pięć pozycji.



4. Ankieta autorska

W ankiecie autorskiej znalazły się pytania odnoszące się do poziomu wsparcia społecznego związanego z doświadczoną traumą (Zał. 1). Uwzględniały one zarówno emocjonalne, instrumentalne, informacyjne i oceniające aspekty otrzymywanego wsparcia. Wynikiem jest suma punktów ze wszystkich twierdzeń – wyższy wynik wskazuje na wyższy poziom otrzymywanego wsparcia społecznego.

Dodatkowo, w celu scharakteryzowania badanej grupy, zadano respondentom kilka pytań dotyczących ich sytuacji socjodemograficznej, a mianowicie: płeć, wiek, miejsce zamieszkania, wykształcenie, rodzaj traumy i czas od traumy.

5.4. Charakterystyka badanej grupy i przebieg badań

Badanie przeprowadzono drogą internetową wykorzystując do tego celu internetowe narzędzie Google Forms. Kryteria włączenia do badania obejmowały dwie cechy: pełnoletniość i przeżycie traumatycznego wydarzenia w przeszłości.

W badaniu wzięło udział 129 osób, z czego większość (82,9%, $n = 107$) stanowiły kobiety. Badani byli w wieku od 22 do 46 lat ($M = 28,96$, $SD = 6,09$). Blisko połowa z nich (49,6%, $n = 64$) posiadała wykształcenie wyższe, a 38,8% ($n = 50$) – średnie. W większości (71,3%, $n = 92$) byli to mieszkańcy miast (tab. 2).

Tabela 2.

Charakterystyka socjodemograficzna badanych ($N = 129$)

Wyróżnik	Kategoria	n	%
Płeć	kobieta	107	82,9
	mężczyzna	22	17,1
Wykształcenie	podstawowe/gimnazjalne	2	1,6
	zawodowe	13	10,1
	średnie	50	38,8
	wyższe	64	49,6
Miejsce zamieszkania	wieś	37	28,7
	miasto	92	71,3

Objaśnienia: n – liczebność, % – odsetek (procent)

Najczęściej wskazywaną formą traumy było doświadczenie przemocy psychicznej lub emocjonalnej, które zgłosiło 40 osób (31,0%). Na drugim miejscu znalazła się nagła śmierć bliskiej osoby (25,6%, $n = 33$). Kolejno wskazywano na przewlekłą chorobę własną lub bliskiej osoby (14,7%, $n = 19$) oraz przemoc seksualną lub napaść (12,4%, $n = 16$). Doświadczenie przemocy fizycznej zadeklarowało 11 osób (8,5%), natomiast wypadek komunikacyjny – 8 osób (6,2%). Najrzadziej zgłaszanym



rodzajem traumas były inne zdarzenia (rozstanie rodziców, wydarzenia związane z pracą jako ratownik medyczny), które wystąpiły u 2 osób (1,6%) (tab. 3).

Tabela 3.
Rodzaj traumy występującej wśród badanych

Rodzaj traumy	<i>n</i>	%
Doświadczenie przemocy psychicznej lub emocjonalnej	40	31,0
Nagła śmierć bliskiej osoby	33	25,6
Przewlekła choroba własna lub bliskiej osoby	19	14,7
Przemoc seksualna lub napaść	16	12,4
Doświadczenie przemocy fizycznej	11	8,5
Wypadek komunikacyjny	8	6,2
Inne	2	1,6

Objaśnienia: *n* – liczebność, % – odsetek (procent)

Największa grupa respondentów wskazała, że doświadczenie traumatyczne miało miejsce od 1 do 2 lat temu (33,3%, *n* = 43). Kolejno, 41 osób (31,8%) przeżyło traumę ponad 5 lat temu, a 35 osób (27,1%) – w okresie od 3 do 5 lat. Znacznie rzadziej wskazywano na traumę sprzed 7-12 miesięcy (4,7%, *n* = 6). Doświadczenia traumatyczne sprzed krótkiego okresu czasu były marginalne: zarówno w przypadku traumy sprzed mniej niż miesiąca, jak i sprzed 1-6 miesięcy, zgłosiły je jedynie po 2 osoby (1,6%) (tab. 4).

Tabela 4.
Czas od momentu powstania traumy

Rodzaj traumy	<i>n</i>	%
Mniej niż 1 miesiąc temu	2	1,6
1-6 miesięcy temu	2	1,6
7-12 miesięcy temu	6	4,7
1-2 lata temu	43	33,3
3-5 lat temu	35	27,1
Ponad 5 lat temu	41	31,8

Objaśnienia: *n* – liczebność, % – odsetek (procent)

5.5. Metody statystyczne

Normalność rozkładu testowano przy wykorzystaniu testu W Shapiro-Wilka. Analizę statystyczną przeprowadzono z wykorzystaniem współczynnika korelacji oraz testu U Manna-Whitneya do porównania dwóch grup między sobą. Przeprowadzono także analizy regresji liniowej.



6. Wyniki

6.1. Statystyki opisowe

Wszystkie zmienne przyjęte w badaniu charakteryzowały się rozkładami odbiegającymi od normalnego, na co wskazują istotne wyniki testu Shapiro-Wilka ($p < 0,05$). Wartości skośności dla większości zmiennych mieściły się w przedziale od -1 do 1, co oznacza relatywnie niewielkie odchylenia od symetrii. Dominował rozkład lewoskośny (ujemny współczynnik skośności), wskazujący na przewagę wyższych wartości w próbie. Najbardziej nasiloną lewoskośność wystąpiła w przypadku podskali Docenianie życia (DZ, PTGI-SF; $SKE = -1,23$), podczas gdy zmienne Wsparcie społeczne (WS) oraz Relacje z innymi (RI, PTGI-SF) charakteryzowały się rozkładami bliskimi symetrii (SKE odpowiednio 0,07 i 0,04). Wartości kurtozy w większości przypadków były ujemne, co wskazuje na rozkłady platykurtyczne (bardziej spłaszczone względem normalnego – mniejsze skupienie wokół średniej). Wyjątek stanowiła podskala Docenianie życia (DZ, PTGI-SF; $K = 1,88$), dla której rozkład był wyraźnie leptokurtyczny (bardziej skupiony wokół średniej) oraz pojedyncze zmienne o kurtozie bliskiej zeru, np. Kompetencje osobiste do radzenia sobie (KORS, SPP-25; $K = -0,13$) (tab. 5).

Tabela 5.
 Statystyki opisowe dla zmiennych wykorzystywanych w badaniu ($N = 129$)

Zmienna	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Min</i>	<i>Maks</i>	<i>SKE</i>	<i>K</i>	<i>W</i>	<i>p</i>
WS	21,29	7,41	7	35	0,07	-0,68	0,96	0,001
Prężność psychiczna (SPP-25)								
OG	70,48	15,48	29	98	-0,20	-0,36	0,98	0,028
WDD	14,63	3,25	7	20	-0,15	-0,77	0,96	0,002
OND	14,56	3,34	6	20	-0,54	-0,26	0,95	<0,001
KORS	14,71	3,61	4	20	-0,53	-0,13	0,95	<0,001
TN	14,05	3,56	6	20	-0,37	-0,56	0,96	0,001
ONZ	12,46	3,86	1	19	-0,25	-0,35	0,97	0,004
Pozytywne skutki traumy (PTGI-SF)								
OG	33,26	8,38	12	49	-0,79	0,09	0,94	<0,001
RI	5,69	2,21	0	10	0,04	-0,30	0,96	0,001
NM	7,03	2,01	2	10	-0,49	-0,01	0,93	<0,001
OS	7,05	2,35	1	10	-0,54	-0,40	0,92	<0,001
ZD	6,15	2,60	0	10	-0,69	-0,08	0,92	<0,001
DZ	7,34	2,17	0	10	-1,23	1,88	0,89	<0,001



Zmienna	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Min</i>	<i>Maks</i>	<i>SKE</i>	<i>K</i>	<i>W</i>	<i>p</i>
Negatywne skutki traumy (PCL-5)								
OG	42,32	16,07	0	71	-0,47	-0,21	0,97	0,007
B	10,33	5,65	0	20	-0,05	-1,06	0,96	0,001
C	4,14	2,36	0	8	-0,05	-0,81	0,94	<0,001
D	14,40	6,56	0	26	-0,34	-0,67	0,97	0,005
E	13,46	4,39	0	21	-0,53	0,41	0,97	0,003

Objaśnienia: WS – wsparcie społeczne, OG – wynik ogólny, WDD -Wytrwałość i Determinacja w Działaniu, OND -Otwartość na Nowe Doświadczenia i Poczucie Humoru, KORS -Kompetencje Osobiste do Radzenia Sobie i Tolerancja Negatywnych Emocji, TN – Tolerancja na Niepowodzenia i Traktowanie Życia jako Wyzwania, ONZ – Optymistyczne Nastawienie do Życia i Zdolność Mobilizowania się w Trudnych Sytuacjach, RI – relacje z innymi, NM – nowe możliwości, OS – osobista siła, ZD – zmiany duchowe, DZ – docenianie życia, B – intruzje, C – unikanie, D – negatywne zmiany w procesach poznawczych i nastroju, E – pobudzenie i reaktywność, *M* – średnia arytmetyczna, *SD* – odchylenie standardowe, *Min* – wartość minimalna, *Maks* – wartość maksymalna, *SKE* – skośność, *K* – kurtoza, *W* – wartość testu Shapiro-Wilka, *p* – istotność

6.2. Weryfikacja hipotez

H1: W badanej grupie występuje umiarkowany poziom nasilenia negatywnych i pozytywnych skutków traumy.

W odniesieniu do negatywnych skutków traumy, przyjęto za autorami kwestionariusza, że wynik równy lub wyższy 33 punktów wskazuje na występowanie PTSD i sugeruje, że pacjent taki może odnieść korzyści z leczenia (Ogińska-Bulik i Juczyński, 2023). Średni wynik ($M = 42,32$) wskazuje na występowanie takich zaburzeń w badanej grupie (tab. 5). Jednocześnie kryteria te spełniało 75,2% badanych ($n = 95$), co wskazuje na wysoki poziom negatywnych skutków traumy w badanej grupie.

Z kolei w przypadku pozytywnych skutków traumy, dla narzędzia 10-itemowego nie opracowano norm ani punktów odcięcia. Dlatego przyjęto prosty podział na podstawie maksymalnej i minimalnej możliwej do zdobycia liczby punktów. Dla wyniki ogólnego wyniki mogły wynieść od 0 do 50 punktów. Przyjęto, że wyniki w zakresie 0–16 pkt wskazują na niskie nasilenie cechy, 17-33 pkt – przeciętne, a 34-50 pkt – wysokie. Średni wynik ($M = 33,26$) wskazuje na raczej niskie natężenie pozytywnych skutków traumy w badanej grupie (tab. 5). Jednak ze względu na niezgodny z normalnym rozkład, dominowały osoby z wysokim poziomem pozytywnych skutków traumy (60,5%, $n = 78$) a co trzecia osoba wykazywała jej umiarkowany poziom (33,3%, $n = 43$). Jedynie 8 osób (6,2%) prezentowało niski poziom pozytywnych skutków traumy.



H2. Zmienne socjodemograficzne (wiek, płeć, wykształcenie, miejsce zamieszkania) różnicują poziom negatywnych i pozytywnych skutków traumy.

Analizując związek między wiekiem a skutkami traumy wykazano jedynie, że wraz z wiekiem zmniejsza się poziom pozytywnych skutków traumy w aspekcie zmian duchowych ($\rho = -0,193$, $p = 0,028$, związek słaby). W pozostałych przypadkach i dla skutków negatywnych nie wykazano istotnych związków z wiekiem ($p > 0,05$). Podobnie poziom wykształcenia nie wiązał się istotnie zarówno z nasileniem negatywnych, jak i pozytywnych skutków traumy (tab. 6).

Tabela 6.

Współczynnik korelacji rho Spearmana między wiekiem i wykształceniem a pozytywnymi i negatywnymi skutkami traumy (N = 129)

Skutki traumy	Wiek		Wykształcenie	
	ρ	p	ρ	p
Skutki pozytywne				
OG	-0,169	0,055	-0,070	0,432
RI	-0,108	0,222	-0,086	0,331
NM	-0,102	0,248	-0,096	0,282
OS	-0,113	0,204	0,092	0,299
ZD	-0,193	0,028	-0,084	0,343
DZ	-0,128	0,147	-0,020	0,825
Negatywne skutki				
OG	-0,028	0,749	-0,007	0,940
B	-0,073	0,411	-0,064	0,471
C	0,098	0,270	-0,118	0,184
D	-0,073	0,412	0,044	0,621
E	0,047	0,593	0,022	0,807

Objaśnienia: OG – wynik ogólny, RI – relacje z innymi, NM – nowe możliwości, OS – osobista siła, ZD – zmiany duchowe, DZ – docenianie życia, B – intruzje, C – unikanie, D – negatywne zmiany w procesach poznawczych i nastroju, E – pobudzenie i reaktywność, ρ – współczynnik korelacji Spearmana, p - istotność

Oceniając różnice międzypłciowe pod względem skutków traumy, dla pozytywnych skutków traumy nie wykazano istotnego ($p > 0,05$) zróżnicowania. Natomiast w przypadku negatywnych skutków traumy wykazano, że Natomiast w przypadku negatywnych skutków traumy wykazano, że występują istotne różnice międzypłciowe w zakresie wyniku ogólnego oraz dwóch specyficznych wymiarów.



Wynik ogólny negatywnych skutków (OG) był istotnie wyższy u kobiet ($Mdn = 47,0$; $IQR = 22,0$) niż u mężczyzn ($Mdn = 37,0$; $IQR = 23,0$). Istotne różnicowanie odnotowano również w zakresie negatywnych zmian w procesach poznawczych i nastroju (D), gdzie kobiety osiągnęły wyższe wyniki ($Mdn = 16,0$; $IQR = 9,0$) w porównaniu do mężczyzn ($Mdn = 12,5$; $IQR = 9,0$). Ponadto kobiety uzyskały istotnie wyższe rezultaty w wymiarze pobudzenia i reaktywności (kobiety: $Mdn = 14,0$; $IQR = 6,0$ vs mężczyźni: $Mdn = 12,0$; $IQR = 4,0$). W pozostałych przypadkach nie wykazano istotowego różnicowania (tab. 7).

Tabela 7.
Różnice międzypłciowe pod względem pozytywnych i negatywnych skutków traumy

Skutki traumy	Kobiety ($n = 107$)		Mężczyźni ($n = 22$)		Z	p
	Mdn	IQR	Mdn	IQR		
Skutki pozytywne						
OG	35,0	10,0	34,0	12,0	1,10	0,270
RI	5,0	3,0	5,0	2,0	-0,09	0,932
NM	7,0	2,0	7,0	2,0	0,86	0,388
OS	7,0	3,0	7,0	4,0	0,77	0,441
ZD	7,0	3,0	6,0	4,0	0,98	0,330
DZ	8,0	3,0	7,0	3,0	0,79	0,429
Negatywne skutki						
OG	47,0	22,0	37,0	23,0	2,17	0,030
B	11,0	9,0	9,0	7,0	1,46	0,143
C	4,0	3,0	4,0	4,0	0,27	0,785
D	16,0	9,0	12,5	9,0	2,48	0,013
E	14,0	6,0	12,0	4,0	2,16	0,031

Objaśnienia: OG – wynik ogólny, RI – relacje z innymi, NM – nowe możliwości, OS – osobista siła, ZD – zmiany duchowe, DZ – docenianie życia, B – intruzje, C – unikanie, D – negatywne zmiany w procesach poznawczych i nastroju, E – pobudzenie i reaktywność, n – liczebność, Mdn – mediana, IQR – rozstęp kwartyłowy, Z – wartość Z testu Manna-Whitneya, p – istotność

Oceniając różnice między mieszkańcami wsi i miast pod względem skutków traumy, dla pozytywnych skutków traumy nie wykazano istotnego ($p > 0,05$) różnicowania. Natomiast w przypadku negatywnych skutków traumy wykazano, że występuje istotna różnica wyłącznie w obszarze pobudzenia i reaktywności. Stwierdzono, że osoby mieszkające na wsi uzyskały wyższe wyniki ($Mdn = 16,0$; $IQR = 4,0$) niż osoby



mieszkające w mieście ($Mdn = 13,0$; $IQR = 5,0$). W pozostałych przypadkach nie wykazano istotowego zróżnicowania (tab. 8).

Tabela 8.
Porównanie mieszkańców wsi i miast pod względem pozytywnych i negatywnych skutków traumy

Skutki traumy	Wieś ($n = 37$)		Miasto ($n = 92$)		Z	p
	Mdn	IQR	Mdn	IQR		
Skutki pozytywne						
OG	34,0	11,0	36,0	11,0	1,77	0,077
RI	5,0	3,0	5,5	2,5	1,30	0,193
NM	7,0	2,0	7,0	3,0	1,80	0,072
OS	7,0	3,0	7,0	3,0	0,61	0,541
ZD	5,0	4,0	7,0	3,0	0,88	0,379
DZ	7,0	1,0	8,0	3,0	1,21	0,227
Negatywne skutki						
OG	46,0	21,0	43,0	21,5	-0,90	0,369
B	10,0	12,0	10,5	9,0	-0,37	0,713
C	4,0	3,0	4,0	4,0	-0,42	0,671
D	15,0	8,0	15,0	11,0	-0,65	0,513
E	16,0	4,0	13,0	5,0	-2,37	0,018

Objaśnienia: OG – wynik ogólny, RI – relacje z innymi, NM – nowe możliwości, OS – osobista siła, ZD – zmiany duchowe, DZ – docenianie życia, B – intruzje, C – unikanie, D – negatywne zmiany w procesach poznawczych i nastroju, E – pobudzenie i reaktywność, n – liczebność, Mdn – mediana, IQR – rozstęp kwartyłowy, Z – wartość Z testu Manna-Whitneya, p – istotność

H3a. Prężność psychiczna jest ujemnie związana z nasileniem negatywnych skutków traumy.

Oceniając związek między prężnością psychiczną (SPP-25: wynik ogólny oraz podskale WDD, OND, KORS, TN, ONZ) a negatywnymi skutkami traumy (PCL-5: OG, B, C, D, E), stwierdzono następujące istotne korelacje (tab. 6).



Tabela 9.

Współczynnik korelacji ρ Spearmana między prężnością psychiczną a negatywnymi skutkami traumy ($N = 129$)

Negatywne skutki traumy	Prężność psychiczna (SPP-25)					
	OG	WDD	OND	KORS	TN	ONZ
OG	-0,297***	-0,191*	-0,230**	-0,215*	-0,375***	-0,273**
B	-0,199*	-0,200*	-0,095	-0,146	-0,255***	-0,164
C	-0,307***	-0,315***	-0,139	-0,336***	-0,355**	-0,225*
D	-0,319***	-0,108	-0,293***	-0,247**	-0,425***	-0,295***
E	-0,203*	-0,180*	-0,166	-0,072	-0,229**	-0,253**

Objaśnienia: OG – wynik ogólny, WDD -Wytrwałość i Determinacja w Działaniu, OND – Otwartość na Nowe Doświadczenia i Poczucie Humoru, KORS -Kompetencje Osobiste do Radzenia Sobie i Tolerancja Negatywnych Emocji, TN – Tolerancja na Niepowodzenia i Traktowanie Życia jako Wyzwania, ONZ – Optymistyczne Nastawienie do Życia i Zdolność Mobilizowania się w Trudnych Sytuacjach, B – intruzje, C – unikanie, D – negatywne zmiany w procesach poznawczych i nastroju, E – pobudzenie i reaktywność,

Wyższy wynik ogólny prężności (OG) ujemnie korelował z ogólnym nasileniem negatywnych skutków traumy ($\rho = -0,297$; $p < 0,001$; związek słaby), a także z: intruzjami ($\rho = -0,199$; $p < 0,05$; związek słaby), unikaniem ($\rho = -0,307$; $p < 0,001$; związek słaby), negatywnymi zmianami w procesach poznawczych i nastroju ($\rho = -0,319$; $p < 0,001$; związek przeciętny) oraz pobudzeniem i reaktywnością ($\rho = -0,203$; $p < 0,05$; związek słaby). W zakresie WDD (Wytrwałość i Determinacja w Działaniu) odnotowano ujemne związki z negatywnymi skutkami traumy: ogólnym nasileniem objawów ($\rho = -0,191$; $p < 0,05$; związek słaby), intruzjami ($\rho = -0,200$; $p < 0,05$; związek słaby), unikaniem ($\rho = -0,315$; $p < 0,001$; związek przeciętny) oraz pobudzeniem i reaktywnością ($\rho = -0,180$; $p < 0,05$; związek słaby). Nie stwierdzono natomiast istotnej korelacji z negatywnymi zmianami poznawczo-nastrojowymi ($\rho = -0,108$; $p > 0,05$). Dla OND (Otwartość na Nowe Doświadczenia i Poczucie Humoru) istotne ujemne korelacje dotyczyły ogólnego nasilenia negatywnych skutków ($\rho = -0,230$; $p < 0,01$; związek słaby) oraz negatywnych zmian poznawczo-nastrojowych ($\rho = -0,293$; $p < 0,001$; związek słaby), przy braku istotnych zależności z intruzjami ($\rho = -0,095$; $p > 0,05$), unikaniem ($\rho = -0,139$; $p > 0,05$) i pobudzeniem/reaktywnością ($\rho = -0,166$; $p > 0,05$). W przypadku KORS (Kompetencje Osobiste do Radzenia Sobie i Tolerancja Negatywnych Emocji) odnotowano ujemne i istotne związki z: ogólnym nasileniem objawów ($\rho = -0,215$; $p < 0,05$; związek słaby), unikaniem ($\rho = -0,336$; $p < 0,001$; związek przeciętny) oraz negatywnymi zmianami poznawczo-nastrojowymi ($\rho = -0,247$; $p < 0,01$; związek słaby). Związki z intruzjami ($\rho = -0,146$; $p > 0,05$) i



pobudzeniem/reaktywnością ($\rho = -0,072$; $p > 0,05$) nie osiągnęły istotności. W odniesieniu do TN (Tolerancja na Niepowodzenia i Traktowanie Życia jako Wyzwania) stwierdzono najsilniejsze ujemne powiązania z negatywnymi skutkami traumy: ogólnym nasileniem objawów ($\rho = -0,375$; $p < 0,001$; związek przeciętny), intruzjami ($\rho = -0,255$; $p < 0,001$; związek słaby), unikaniem ($\rho = -0,355$; $p < 0,01$; związek przeciętny), negatywnymi zmianami poznawczo-nastrojowymi ($\rho = -0,425$; $p < 0,001$; związek przeciętny) oraz pobudzeniem i reaktywnością ($\rho = -0,229$; $p < 0,01$; związek słaby). Wreszcie ONZ (Optymistyczne Nastawienie do Życia i Zdolność Mobilizowania się w Trudnych Sytuacjach) ujemnie i istotnie korelowało z: ogólnym nasileniem negatywnych skutków ($\rho = -0,273$; $p < 0,01$; związek słaby), unikaniem ($\rho = -0,225$; $p < 0,05$; związek słaby), negatywnymi zmianami poznawczo-nastrojowymi ($\rho = -0,295$; $p < 0,001$; związek słaby) oraz pobudzeniem i reaktywnością ($\rho = -0,253$; $p < 0,01$; związek słaby). Brak było istotnej zależności z intruzjami ($\rho = -0,164$; $p > 0,05$).

H3b. Prężność psychiczna jest dodatnio związana z poziomem pozytywnych skutków traumy.

Oceniając związek między prężnością psychiczną (SPP-25: wynik ogólny oraz podskale WDD, OND, KORS, TN, ONZ) a pozytywnymi (PTGI-SF: RI, NM, OS, ZD, DZ) skutkami traumy stwierdzono następujące istotne korelacje (tab. 7).

Tabela 10.

Współczynnik korelacji rho Spearmana między prężnością psychiczną a pozytywnymi skutkami traumy (N = 129)

Pozytywne skutki traumy	Prężność psychiczna (SPP-25)					
	OG	WDD	OND	KORS	TN	ONZ
OG	0,482***	0,352***	0,461***	0,379***	0,367***	0,457***
RI	0,369***	0,185*	0,445***	0,289***	0,262**	0,286**
NM	0,300***	0,248**	0,267**	0,194*	0,255**	0,332***
OS	0,488***	0,530***	0,454***	0,431***	0,395***	0,380***
ZD	0,114	0,035	0,033	0,070	0,095	0,185*
DZ	0,543***	0,594***	0,433***	0,405***	0,378***	0,521***

Objaśnienia: OG – wynik ogólny, WDD -Wyrwałość i Determinacja w Działaniu, OND – Otwartość na Nowe Doświadczenia i Poczucie Humoru, KORS -Kompetencje Osobiste do Radzenia Sobie i Tolerancja Negatywnych Emocji, TN – Tolerancja na Niepowodzenia i Traktowanie Życia jako Wyzwania, ONZ – Optymistyczne Nastawienie do Życia i Zdolność Mobilizowania się w Trudnych Sytuacjach, RI – relacje z innymi, NM – nowe możliwości, OS – osobista siła, ZD – zmiany duchowe, DZ – docenianie życia

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



Wyższy wynik ogólny prężności psychicznej dodatnio wiązał się z pozytywnymi skutkami traumy: wynikiem ogólnym ($\rho = 0,482$; $p < 0,001$; związek przeciętny), relacjami z innymi ($\rho = 0,369$; $p < 0,001$; związek przeciętny), nowymi możliwościami ($\rho = 0,300$; $p < 0,001$; związek słaby), osobistą siłą ($\rho = 0,488$; $p < 0,001$; związek przeciętny) oraz docenianiem życia ($\rho = 0,543$; $p < 0,001$; związek silny). Nie stwierdzono natomiast istotnego związku wyniku ogólnego prężności psychicznej ze zmianami duchowymi ($\rho = 0,114$; $p > 0,05$). W zakresie wytrwałości i determinacji w działaniu odnotowano istotne dodatnie korelacje z: wynikiem ogólnym ($\rho = 0,352$; $p < 0,001$; związek przeciętny), relacjami z innymi ($\rho = 0,185$; $p < 0,05$; związek słaby), nowymi możliwościami ($\rho = 0,248$; $p < 0,01$; związek słaby), osobistą siłą ($\rho = 0,530$; $p < 0,001$; związek silny) oraz docenianiem życia ($\rho = 0,594$; $p < 0,001$; związek silny). Związek wytrwałości i determinacji w działaniu ze zmianami duchowymi okazał się nieistotny ($\rho = 0,035$; $p > 0,05$). Dla otwartości na nowe doświadczenia i poczucia humoru stwierdzono dodatnie i istotne powiązania z: wynikiem ogólnym ($\rho = 0,461$; $p < 0,001$; związek przeciętny), relacjami z innymi ($\rho = 0,445$; $p < 0,001$; związek przeciętny), nowymi możliwościami ($\rho = 0,267$; $p < 0,01$; związek słaby), osobistą siłą ($\rho = 0,454$; $p < 0,001$; związek przeciętny) oraz docenianiem życia ($\rho = 0,433$; $p < 0,001$; związek przeciętny). Korelacja otwartości na nowe doświadczenia i poczucia humoru ze zmianami duchowymi nie była istotna ($\rho = 0,033$; $p > 0,05$). W przypadku kompetencji osobistych do radzenia sobie i tolerancji negatywnych emocji zaobserwowano istotne dodatnie korelacje z: wynikiem ogólnym ($\rho = 0,379$; $p < 0,001$; związek przeciętny), relacjami z innymi ($\rho = 0,289$; $p < 0,001$; związek słaby), nowymi możliwościami ($\rho = 0,194$; $p < 0,05$; związek słaby), osobistą siłą ($\rho = 0,431$; $p < 0,001$; związek przeciętny) oraz docenianiem życia ($\rho = 0,405$; $p < 0,001$; związek przeciętny). Związek kompetencji osobistych do radzenia sobie i tolerancji negatywnych emocji ze zmianami duchowymi nie osiągnął istotności ($\rho = 0,070$; $p > 0,05$). W odniesieniu do tolerancji na niepowodzenia i traktowania życia jako wyzwania odnotowano dodatnie i istotne związki z: wynikiem ogólnym ($\rho = 0,367$; $p < 0,001$; związek przeciętny), relacjami z innymi ($\rho = 0,262$; $p < 0,01$; związek słaby), nowymi możliwościami ($\rho = 0,255$; $p < 0,01$; związek słaby), osobistą siłą ($\rho = 0,395$; $p < 0,001$; związek przeciętny) oraz docenianiem życia ($\rho = 0,378$; $p < 0,001$; związek przeciętny). Korelacja tolerancji na niepowodzenia i traktowania życia jako wyzwania ze zmianami duchowymi była nieistotna ($\rho = 0,095$; $p > 0,05$). Wreszcie optymistyczne nastawienie do życia i zdolność mobilizowania się w trudnych sytuacjach dodatnio



korelowało z: wynikiem ogólnym ($\rho = 0,457$; $p < 0,001$; związek przeciętny), relacjami z innymi ($\rho = 0,286$; $p < 0,01$; związek słaby), nowymi możliwościami ($\rho = 0,332$; $p < 0,001$; związek przeciętny), osobistą siłą ($\rho = 0,380$; $p < 0,001$; związek przeciętny), zmianami duchowymi ($\rho = 0,185$; $p < 0,05$; związek słaby) oraz docenianiem życia ($\rho = 0,521$; $p < 0,001$; związek silny).

H4a. Wsparcie społeczne jest ujemnie związane z nasileniem negatywnych skutków traumy.

Analiza związku między wsparciem społecznym a negatywnymi skutkami traumy pozwoliła stwierdzić, że wyższe wsparcie społeczne wiązało się z rzadszym występowaniem ogólnego nasilenia objawów PTSD ($\rho = -0,220$; $p = 0,012$; związek słaby), negatywnych zmian w procesach poznawczych i nastroju ($\rho = -0,261$; $p = 0,003$; związek przeciętny) oraz pobudzenia i reaktywności ($\rho = -0,269$; $p = 0,002$; związek przeciętny) (tab. 8).

Tabela 11.

Współczynnik korelacji rho Spearmana między wsparciem społecznym a negatywnymi skutkami traumy (N = 129)

Negatywne skutki traumy	ρ	p
OG	-0,220	0,012
B	-0,118	0,185
C	-0,134	0,131
D	-0,261	0,003
E	-0,269	0,002

Objaśnienia: OG – wynik ogólny, B – intruzje, C – unikanie, D – negatywne zmiany w procesach poznawczych i nastroju, E – pobudzenie i reaktywność, ρ – współczynnik korelacji Spearmana, p – istotność

H4b. Wsparcie społeczne jest dodatnio związane z poziomem pozytywnych skutków traumy.

Analiza związku między wsparciem społecznym a pozytywnymi skutkami traumy nie wykazała istotnych korelacji ($p > 0,05$) (tab. 9).



Tabela 12.

Współczynnik korelacji rho Spearmana między wsparciem społecznym a pozytywnymi i negatywnymi skutkami traumy (N = 129)

Pozytywne skutki traumy	<i>rho</i>	<i>p</i>
OG	-0,086	0,332
RI	-0,019	0,833
NM	-0,145	0,101
OS	0,095	0,286
ZD	-0,101	0,253
DZ	-0,017	0,848

Objaśnienia: OG – wynik ogólny, RI – relacje z innymi, NM – nowe możliwości, OS – osobista siła, ZD – zmiany duchowe, DZ – docenianie życia, *rho* – współczynnik korelacji Spearmana, *p* – istotność

H5a. Prężność psychiczna i wsparcie społeczne pełnią rolę predyktorów negatywnych skutków traumy, tj. wyższa prężność i wyższe wsparcie przewidują niższe nasilenie objawów.

W niniejszej analizie jako jeden z predyktorów wykorzystano wyłącznie wynik ogólny prężności psychicznej, będący sumą poszczególnych swoich podskal. Uwzględnianie w jednym modelu zarówno wyniku ogólnego (stanowiącego prostą sumę podskal), jak i jego podskal osobno prowadziłyby do problemu wielokolinearności, ponieważ zmienna sumaryczna jest liniową kombinacją podskal, a zatem pozostaje silnie z nimi skorelowana. Wielokolinearność skutkuje niestabilnością obliczeń dla poszczególnych parametrów regresji, zawyżonymi błędami standardowymi, co w znacznym stopniu utrudnia interpretację współczynników. Celem analizy jest bowiem uchwycenie globalnego wpływu badanego konstrukt, a nie różnic pomiędzy jego poszczególnymi komponentami. Dzięki temu interpretacja modelu pozostaje spójna i dotyczy ogólnego poziomu zmiennej, a tym odpowiada przyjętej koncepcji badawczej.

W modelu, w którym zmienną objaśnianą był ogólny wynik nasilenia objawów PTSD (OG), uzyskano umiarkowanie słabe dopasowanie do danych, ponieważ model wyjaśniał 11,6% zmienności zmiennej zależnej. Istotne były oba predyktory: WS ($\beta = -0,21; p = 0,022$) oraz SPP ($\beta = -0,21; p = 0,022$), przy czym oba czynniki obniżały wartość OG, a więc redukowały ogólny poziom objawów PTSD (tab. 10). Dla intruzji (B), uzyskano model o bardzo słabym dopasowaniu do danych, ponieważ wyjaśniał jedynie 3,1% zmienności zmiennej zależnej, a żaden z predyktorów nie był istotny ($p > 0,05$). W



przypadku unikania (C), także uzyskano model o słabym dopasowaniu dodanych, ponieważ wyjaśniał on 6,9% zmienności zmiennej zależnej. Istotnym predyktorem była jednak SPP ($\beta = -0,27$; $p = 0,004$), która obniżała wartość C, czyli redukowała zachowania unikowe. Wsparcie społeczne nie było istotne ($p > 0,05$). Dla negatywnych zmian w procesach poznawczych i nastroju (D), uzyskano model o umiarkowanie dobrym dopasowaniu, gdyż wyjaśniał on 17,3% zmienności zmiennej zależnej. Istotne były oba predyktory: WS ($\beta = -0,28$; $p = 0,002$) oraz SPP ($\beta = -0,23$; $p = 0,009$), które obniżały wartość D, a więc redukowały negatywne zmiany poznawcze i w nastroju. Natomiast w modelu, w którym zmienną objaśnianą były pobudzenie i reaktywność (E), uzyskano $R^2 = 0,113$, co świadczy o umiarkowanie słabym dopasowaniu, ponieważ model wyjaśniał 11,3% zmienności zmiennej zależnej. Istotnym predyktorem było jedynie WS ($\beta = -0,31$; $p = 0,001$), które obniżało wartość E, czyli redukowało pobudzenie i reaktywność. Prężność psychiczna nie osiągnęła istotności ($p > 0,05$).

Tabela 13.

Wyniki analiz regresji dla negatywnych skutków traum jako zmiennych objaśnianych oraz wsparcia społecznego i prężności psychicznej jako zmiennych objaśniających (N = 129)

Zmienna zależna	Predyktor	β	B	SE B	t	p	R^2
OG	WS	-0,21	-0,45	0,19	-2,33	0,022	0,116
	SPP	-0,21	-0,22	0,09	-2,33	0,022	
B	WS	-0,04	-0,03	0,07	-0,42	0,673	0,031
	SPP	-0,16	-0,06	0,03	-1,69	0,093	
C	WS	0,01	0,00	0,03	0,15	0,879	0,069
	SPP	-0,27	-0,04	0,01	-2,92	0,004	
D	WS	-0,28	-0,24	0,08	-3,19	0,002	0,173
	SPP	-0,23	-0,10	0,04	-2,65	0,009	
E	WS	-0,31	-0,18	0,05	-3,41	0,001	0,113
	SPP	-0,07	-0,02	0,03	-0,79	0,431	

Objaśnienia: WS – wsparcie psychiczne, SPP – prężność psychiczna, B – intruzje, C – unikanie, D – negatywne zmiany w procesach poznawczych i nastroju, E – pobudzenie i reaktywność, B – nieznormalizowany współczynnik regresji, SE B – błąd standardowy współczynnika, β – współczynnik standaryzowany, t – statystyka t, p – istotność

H5b. Prężność psychiczna i wsparcie społeczne pełnią rolę predyktorów pozytywnych skutków traumy, tj. wyższa prężność i wyższe wsparcie przewidują wyższy poziom potraumatycznego wzrostu.



W modelu, w którym zmienną objaśnianą był wynik ogólny pozytywnych skutków traumy (OG), uzyskano model dobrze dopasowany do danych, gdyż wyjaśniał 21,6% zmienności zmiennej zależnej. Istotne okazały się oba predyktory: prężność psychiczna (SPP) ($\beta = 0,51$; $p < 0,001$), która podwyższała wartość OG, oraz wsparcie społeczne (WS) ($\beta = -0,17$; $p = 0,041$), które obniżało wartość OG. Podobnie, w modelu, w którym zmienną objaśnianą były relacje z innymi (RI), uzyskano model słabo dopasowany do danych, gdyż wyjaśniał 10,5% zmienności zmiennej zależnej. Istotnym predyktorem okazała się prężność psychiczna ($\beta = 0,35$; $p < 0,001$), która podwyższała wartość RI. Wsparcie społeczne nie było istotne ($p > 0,05$). Dla nowych możliwości (NM) uzyskano model o umiarkowanym dopasowaniu do danych, gdyż wyjaśniał 14,8% zmienności zmiennej zależnej. Istotne były oba predyktory: SPP ($\beta = 0,40$; $p < 0,001$), które podwyższało wartość NM oraz WS ($\beta = -0,21$; $p = 0,016$), które obniżało wartość NM. Dla osobistej siły (OS) model był dobrze dopasowany do danych, ponieważ wyjaśniał 24,3% zmienności zmiennej zależnej. Istotnymi predyktorami były zarówno SPP ($\beta = 0,53$; $p < 0,001$), które podwyższało wartość OS, oraz WS ($\beta = -0,17$; $p = 0,045$), które obniżało wartość OS. Dla zmian duchowych (ZD) model był słabo dopasowany, bo wyjaśniał jedynie 1,6% zmienności zmiennej zależnej, a żaden z predyktorów nie osiągnął istotności statystycznej ($p > 0,05$). Z kolei dla doceniania życia (DZ) uzyskano model o dobrym dopasowaniu do danych, ponieważ wyjaśniał on 23,7% zmienności zmiennej zależnej. Istotnym predyktorem była jedynie SPP ($\beta = 0,52$; $p < 0,001$), która podwyższała wartość DZ. Wsparcie społeczne nie okazało się istotne ($p > 0,05$) (tab. 11).

Tabela 14.

Wyniki analiz regresji dla pozytywnych skutków traum jako zmiennych objaśnianych oraz wsparcia społecznego i prężności psychicznej jako zmiennych objaśniających (N = 129)

Zmienna zależna	Predyktor	β	B	SE B	t	p	R ²
OG	WS	-0,17	-0,19	0,09	-2,07	0,041	0,216
	SPP	0,51	0,28	0,05	6,11	<0,001	
RI	WS	-0,10	-0,03	0,03	-1,15	0,253	0,105
	SPP	0,35	0,05	0,01	3,85	<0,001	
NM	WS	-0,21	-0,06	0,02	-2,44	0,016	0,148
	SPP	0,40	0,05	0,01	4,58	<0,001	
OS	WS	-0,17	-0,05	0,03	-2,03	0,045	0,243
	SPP	0,53	0,08	0,01	6,36	<0,001	
ZD	WS	-0,05	-0,02	0,03	-0,52	0,601	0,016



Zmienna zależna	Predyktor	β	B	$SE B$	t	p	R^2
DZ	SPP	0,13	0,02	0,02	1,43	0,156	0,237
	WS	-0,12	-0,04	0,02	-1,47	0,144	
	SPP	0,52	0,07	0,01	6,20	0,000	

Objaśnienia: WS – wsparcie psychiczne, SPP – prężność psychiczna, RI – relacje z innymi, NM – nowe możliwości, OS – osobista siła, ZD – zmiany duchowe, DZ – docenianie życia, B – nieznormalizowany współczynnik regresji, $SE B$ – błąd standardowy współczynnika, β – współczynnik standaryzowany, t – statystyka t , p – istotność



7. Dyskusja i wnioski

Przeprowadzone badanie umożliwiło wieloaspektowe ujęcie następstw doświadczeń traumatycznych, obejmujące zarówno konsekwencje negatywne, jak i pozytywne, a także czynniki, które mogą modyfikować ich nasilenie. Analiza relacji między prężnością psychiczną, wsparciem społecznym a skutkami traumy pozwoliła zweryfikować znaczenie zasobów indywidualnych i społecznych dla procesu adaptacji po doświadczeniach granicznych. Badanie dostarczyło również możliwości zbadania współwystępowania potraumatycznego wzrostu i objawów o charakterze dysfunkcyjnym, co w dotychczasowych analizach bywało często pomijane. W rezultacie udało się zrealizować założenia dotyczące jednoczesnego ujęcia adaptacyjnych i dezadaptacyjnych skutków traumy, a także wskazać potencjalne mechanizmy psychologiczne i społeczne, które warunkują kierunek i intensywność reakcji jednostki wobec doświadczeń traumatycznych.

Biorąc pod uwagę przeprowadzone badanie i mając na uwadze sformułowane hipotezy badawcze należy stwierdzić, że:

1. W badanej grupie w zakresie negatywnych skutków odnotowano wysoki poziom objawów PTSD, natomiast w zakresie skutków pozytywnych rozkład wyników wskazywał na przewagę wyników wysokich przy średniej lokującej się na granicy przeciętnego i wysokiego poziomu – nie potwierdzono hipotezy H1.
2. Zmienne socjodemograficzne tylko częściowo różnicują poziom skutków traumy – wiek wiązał się istotnie jedynie (słabo) z poziomem zmian duchowych, a wykształcenie nie różnicowało skutków. W przypadku płci nie odnotowano różnic w skutkach pozytywnych, natomiast kobiety uzyskiwały wyższe wyniki w nasileniu skutków negatywnych (wynik ogólny oraz wybrane wymiary). Miejsce zamieszkania różnicowało jedynie pobudzenie i reaktywność (wyższe na wsi), bez różnic w pozostałych wskaźnikach – częściowo potwierdzono hipotezę H2 –
3. Prężność psychiczna jest ujemnie związana z nasileniem negatywnych skutków traumy (objawów PTSD) – potwierdzono hipotezę H3a, i jest dodatnio związana z poziomem pozytywnych skutków traumy (potraumatycznego wzrostu) – potwierdzono hipotezę H3b.
4. Wsparcie społeczne jest ujemnie związane z nasileniem negatywnych skutków traumy – potwierdzono hipotezę H4a, ale nie jest dodatnio związane z poziomem pozytywnych skutków traumy – nie potwierdzono hipotezy H4b.



5. Prężność psychiczna i wsparcie społeczne pełnią rolę predyktorów negatywnych skutków traumy – w ujęciu ogólnym potwierdzono hipotezę H5a, ale nie spełniają łącznie założeń predykcyjnych dla pozytywnych skutków traumy w postulowanym kierunku – prężność konsekwentnie przewidywała wyższy poziom PTG, natomiast wsparcie społeczne nie było predyktorem dodatnim – częściowo potwierdzono hipotezę H5b.

W badaniu własnym płeć różnicowała przede wszystkim negatywne konsekwencje traumy, a mianowicie kobiety uzyskiwały wyższe wyniki nasilenia objawów PTSD (wynik ogólny oraz wybrane wymiary), podczas gdy w zakresie pozytywnych skutków traumy nie odnotowano istotnych różnic między kobietami i mężczyznami. Taki wzorzec jest spójny z ustaleniami literaturowymi wskazującymi na wyraźnie podwyższone ryzyko rozwoju PTSD u kobiet (około 2-3 razy wyższe), przy jednoczesnym zróżnicowaniu przebiegu i profilu objawów oraz częstszej chroniczności i współchorobowości w tej grupie (Olf, 2017). Jednocześnie brak różnic międzypłciowych w zakresie PTG przy jednoczesnych różnicach w PTSD można rozumieć w świetle podejścia podkreślającego, że płeć wpływa na następstwa traumy wieloma torami – zarówno poprzez czynniki biologiczne (m.in. modulujący wpływ hormonów płciowych), jak i psychospołeczne (role płciowe, stres związany z normami płci), które nie muszą w jednakowym stopniu przekładać się na wskaźniki wzrostu potraumatycznego (Christiansen, 2020). Dodatkowo badania eksperymentalne nad odpowiedzią na stres traumatyczny wskazują, że kobiety mogą nie tyle reagować „słabiej” lub „silniej”, ile inaczej – przykładowo w modelach zwierzęcych przy tych samych stresorach obserwowano odmienne, zależne od płci, wzorce zmian w reakcji przestrawu i osi HPA, co autorzy interpretują jako jakościowo różne fenotypy reakcji na traumę, a nie prostą różnicę w odporności (Pooley i in., 2018).

Z kolei wiek okazał się zmienną tylko marginalnie powiązaną ze skutkami traumy: nie stwierdzono istotnych zależności między wiekiem a nasileniem negatywnych skutków (objawów PTSD), natomiast w obszarze skutków pozytywnych odnotowano jedynie słabą ujemną korelację wieku ze zmianami duchowymi co może sugerować, że wraz z wiekiem spada nasilenie deklarowanych transformacji duchowych po traumie. Brak prostego, liniowego związku wieku z PTSD – pozostaje spójny z wnioskami wskazującymi na niejednoznaczność efektów wieku w badaniach nad pourazowymi konsekwencjami, zwłaszcza gdy analizuje się przekrojowo szeroki zakres wieku i heterogeniczne doświadczenia. W ujęciu rozwojowym prawdopodobne jest, że zależność



wieku i PTSD ma charakter nieliniowy w cyklu życia, co może maskować się w prostych korelacjach (Ditlevsen i Elklit, 2010). Z drugiej strony, w literaturze znajdują się doniesienia mówiące o tym, że młodszy wiek może wiązać się z większą podatnością na PTSD w warunkach, w których kontroluje się rodzaj i czas ekspozycji na stresor. W badaniu podłużnym osób narażonych na to samo zdarzenie (huragan) młodszy wiek przewidywał wyższe nasilenie objawów PTSD w krótkim okresie po zdarzeniu (Kongshøj i Berntsen, 2022). Ponadto, mechanizmy pamięciowo-emocjonalne mogą też różnicować sposób raportowania reakcji pourazowych w zależności od wieku. W badaniach starsi dorośli, w porównaniu z młodszymi, opisują bowiem negatywne wspomnienia jako mniej obciążające emocjonalnie i zgłaszali mniej symptomów PTSD, nawet po uwzględnieniu rodzaju zdarzeń i czasu, jaki upłynął od wydarzenia (Boals i in., 2014).

Natomiast poziom wykształcenia nie wiązał się istotnie ani z nasileniem negatywnych skutków traumy (PTSD), ani z poziomem pozytywnych skutków (PTG) – zarówno dla wyników ogólnych, jak i dla poszczególnych wymiarów zależności pozostawały nieistotne statystycznie. Jest to zgodne z obserwacją, że związki między wskaźnikami socjodemograficznymi (w tym edukacją) a potraumatycznym wzrostem bywają niespójne i prawdopodobnie słabiej bezpośrednie niż zależności dotyczące ocen poznawczych, strategii radzenia sobie czy procesów przetwarzania poznawczego (Linley i Joseph, 2004). Jednocześnie literatura sugeruje, że edukacja może pełnić rolę raczej kontekstową i pośrednią: w badaniach populacyjnych PTSD częściej występuje u osób z niższym poziomem wykształcenia (Frans i in., 2005), co bywa interpretowane w kategoriach nierówności zasobów i różnic w narażeniu na stresory.

W badaniu własnym miejsce zamieszkania okazało się czynnikiem różnicującym jedynie wąski aspekt negatywnych skutków traumy, tj. osoby mieszkające na wsi uzyskiwały wyższe wyniki w zakresie pobudzenia i reaktywności, natomiast nie odnotowano różnic w pozostałych wskaźnikach PTSD ani w miarach pozytywnych skutków traumy. Warto podkreślić, że próba była zdominowana przez mieszkańców miast (71,3%), co mogło ograniczać możliwość ujawnienia się subtelniejszych efektów. W literaturze sugeruje się, że różnice między mieszkańcami obszarów wiejskich i miejskich mogą ujawniać się nie tyle na poziomie samej ekspozycji czy globalnego nasilenia objawów, ile poprzez kulturowe wzorce radzenia sobie oraz postawy wobec ujawniania trudności i sięgania po pomoc. W badaniu Keller i Owens (2020) studenci z obszarów wiejskich uzyskiwali wyższe nasilenie objawów stresu pourazowego, a zależność między



miejszem zamieszkania a symptomami była pośredniczona m.in. przez nieufność wobec innych oraz religijność. Z kolei Thorne i in. (2017) nie stwierdzili różnic między osobami pochodzącymi z terenów wiejskich i niewiejskich w poziomie objawów pourazowych, a w dyskusji wskazywali m.in. na możliwość niedoraportowania symptomów w grupie wiejskiej w związku z normami samowystarczalności i stoicyzmu.

Analizy empiryczne w badaniach literaturowych potwierdzają, że prężność ujemnie koreluje z objawami PTSD. W badaniu przeprowadzonym wśród pacjentów hospitalizowanych z powodu COVID-19 wykazano, że wyższy poziom prężności wiąże się z mniejszym nasileniem symptomów zespołu stresu pourazowego, a szczególnie istotny okazał się wymiar „tolerancja na niepowodzenia oraz traktowanie życia w kategoriach wyzwania” (Olszewska-Turek i in., 2024). Podobne wyniki uzyskano w badaniach na dużych populacjach miejskich, gdzie prężność znacząco redukowała ryzyko diagnozy PTSD, nawet w przypadku kumulacji wielu czynników ryzyka, takich jak doświadczenia przemocy w dzieciństwie (Wrenn i in., 2011).

Mechanizmem ochronnym wydaje się być zdolność jednostki do elastycznego radzenia sobie z przeciwnościami, reinterpretacji traumatycznych wydarzeń oraz mobilizacji zasobów psychicznych i społecznych. Prężność sprzyja także „gaszeniu” intruzywnych wspomnień oraz ogranicza wzmacnianie negatywnych schematów poznawczych, co pozwala uniknąć chronicznej reakcji lękowej charakterystycznej dla PTSD (Panter-Brick i in., 2014).

Równolegle w badaniach literaturowych również znajdują się potwierdzenia dodatniego powiązania prężności psychicznej z potraumatycznym rozwojem, czyli pozytywnymi skutkami traumy, co wspiera hipotezę własną. Badania prowadzone wśród ratowników medycznych wskazały, że zasoby osobiste, takie jak optymizm czy poczucie własnej skuteczności, które uważa się za elementy prężności, modułują sposób przeżywania traumy. Optymizm obniżał w tym badaniu ryzyko wystąpienia objawów PTSD, natomiast poczucie skuteczności sprzyjało wyższemu poziomowi potraumatycznego wzrostu, zwłaszcza u kobiet (Ogińska-Bulik, 2016). Również inne badania autorki pokazują, że prężność, poprzez wzmacnianie adaptacyjnych strategii radzenia sobie i umiejętność tolerowania negatywnych emocji, prowadzi do pozytywnych zmian w obszarze relacji interpersonalnych, duchowości i percepcji siebie (Ogińska-Bulik i Juczyński, 2012).

Te zależności mogą wynikać m.in. ze zdolności jednostki do reinterpretacji znaczenia wydarzenia traumatycznego, regulacji emocjonalnej, poszukiwania wsparcia



społecznego i elastycznego stosowania strategii radzenia sobie (Panter-Brick i in., 2014). Wysoka prężność bowiem ułatwia jednostce integrację doświadczenia traumatycznego w sposób konstruktywny, co z kolei w istotny sposób redukuje cierpienie psychiczne i umożliwia rozwój. Potwierdzenie takiego założenia można znaleźć także w badaniach nad młodzieżą z terenów objętych wojną, gdzie czynniki związane z prężnością pozwalały przewidywać bardziej korzystne kierunki rozwoju zdrowia psychicznego pomimo ekspozycji na traumę (Panter-Brick i in., 2014).

Literatura naukowa pozostaje również w zgodzie z założeniem, że wsparcie społeczne obniża poziom negatywnych skutków podwyższa poziom skutków pozytywnych. Wsparcie społeczne jest bowiem jednym z najczęściej wskazywanych zasobów sprzyjających lepszemu funkcjonowaniu jednostki w sytuacjach kryzysowych i po doświadczeniach traumatycznych. Mechanizmy, dzięki którym obniża ono poziom negatywnych skutków i sprzyja pozytywnym następstwom obejmują zarówno funkcję bezpośredniego wpływu, jak i rolę bufora wobec stresu. W ujęciu bezpośrednim wsparcie społeczne oddziałuje na sposób interpretacji zdarzeń stresowych, a w ujęciu buforowym łagodzi konsekwencje urazowych doświadczeń, mobilizując zasoby jednostki i ułatwiając adaptację (Juczyński, 2019). Na poziomie społeczności, jak pokazują analizy Kaniasty'ego (2012), mobilizacja wsparcia po katastrofach prowadzi do początkowego wzrostu spójności i poczucia wspólnoty, co działa ochronnie wobec negatywnych skutków stresu.

Innym mechanizmem jest oddziaływanie wsparcia społecznego poprzez wzmacnianie zasobów wewnętrznych jednostki, takich jak samowspółczucie. Badania Maheux i Price (2016) wykazały, że wsparcie społeczne koreluje dodatnio z poziomem samowspółczucia, które z kolei wiąże się z niższym nasileniem objawów PTSD, lęku uogólnionego i depresji. Wsparcie zewnętrzne sprzyja zatem budowaniu zdolności do wspierania samego siebie, co staje się wewnętrznym mechanizmem ochronnym.

Badania prowadzone w różnych grupach klinicznych i społecznych potwierdzają te mechanizmy. Przkładowo, analizy wśród osób wewnętrznie przesiedlonych w Etiopii wykazały, że spostrzegane wsparcie społeczne obniża poziom dystresu psychicznego i poprawia jakość życia zarówno w sposób bezpośredni, jak i poprzez moderację procesów radzenia sobie (Araya i in., 2007). Podobne zależności zaobserwowano w badaniach nad osobami po przeszczepie serca, gdzie spostrzegane wsparcie okazało się jednym z predyktorów pozytywnych zmian psychologicznych, obok poczucia koherencji i czasu, jaki upłynął od zabiegu (Juczyński i Ogrodnik, 2017). Także Pruitt i Zoellner (2008) oraz



Maheux i Price (2016) wskazują na znaczenie wsparcia w redukcji objawów PTSD i depresji, a Kaniasty (2012) potwierdza długofalowe skutki w zakresie więzi społecznych i spójności wspólnoty. Również badania dotyczące dobrostanu osób zdrowych i zmagających się z chorobą potwierdzają znaczenie wsparcia. Stwierdzono, że wśród osób starszych, osób z chorobami tarczycy czy ofiar przemocy, spostrzegane wsparcie społeczne wyjaśnia znaczną część wariacji jakości życia i satysfakcji z życia, choć jego rola jako predyktora nasilenia objawów PTSD była mniejsza w porównaniu z poznawczymi strategiami radzenia sobie (Juczyński, 2019). W badaniach podłużnych zaobserwowano z kolei, iż objawy zespołu stresu pourazowego ulegają redukcji, a poziom potraumatycznego wzrostu wzrasta w ciągu sześciu miesięcy, co wiąże się m.in. z dostępnością wsparcia oraz zdolnością młodych ludzi do przekształcania ruminacji z natrętnych w refleksyjne (Kobyłarczyk-Kaczmarek, 2022). Również wśród pacjentów onkologicznych zauważono, że spostrzegane wsparcie społeczne koreluje z poziomem wzrostu potraumatycznego (Jakitowicz i in., 2017). Wyniki te wskazują, że dostępność pomocy ze strony innych nie tylko redukuje objawy pourazowe, ale także sprzyja rozwojowi w obliczu kryzysu.

Jednakże istnieją także badania podkreślające ograniczenia tego efektu. Pinto i in. (2017) wykazali, że w grupach adolescentów z doświadczeniem ciężkiej przemocy wsparcie społeczne nie zawsze wystarcza do złagodzenia objawów PTSD, zwłaszcza gdy wcześniejsze doświadczenia traumy podważyły podstawowe zaufanie do innych. Sugeruje to, że skuteczność wsparcia jest warunkowana kontekstem, np. rodzajem traumy, jej chronicznością oraz jakością wcześniejszych więzi społecznych, co jest zbieżne z ustaleniami z badania własnego, gdzie wsparcie społeczne nie powodowało wzrost rozwoju potraumatycznego, pamiętając, że badani doświadczyli różnorodnych typów traum.

Literatura wskazuje również na potwierdzenie wniosku z badania własnego, mówiącego o roli prężności psychicznej i wsparcia społecznego jako wspólnych predyktorów skutków traumy. Wyniki badań własnych wskazują bowiem, że prężność psychiczna działa dwutorowo, tj. redukuje nasilenie objawów stresu pourazowego, a jednocześnie sprzyja wystąpieniu potraumatycznego wzrostu, podczas gdy wsparcie społeczne przede wszystkim ogranicza negatywne konsekwencje, bez istotnego wpływu na pozytywne skutki doświadczeń traumatycznych. Przykładowo wyniki badań podłużnych na młodzieży doświadczającej traumy pokazały, że prężność psychiczna była kluczowym predyktorem wzrostu potraumatycznego (PTG), natomiast ruminacje



natrętne sprzyjały nasileniu objawów PTSD. Wsparcie społeczne wykazało z kolei ograniczone znaczenie, a mianowicie miało niewielki wpływ zarówno na PTSD, jak i na PTG, a więc pełniło funkcję ochronną wobec skutków negatywnych, ale nie sprzyjało pozytywnym zmianom (Kobylarczyk-Kaczmarek, 2021). To bezpośrednio potwierdza hipotezę o różnokierunkowym oddziaływaniu prężności i wsparcia społecznego. Z kolei Juczyński i Ogrodnik (2017) stwierdzili, że PTSD było wyjaśniane m.in. przez wsparcie społeczne i poczucie zaradności, natomiast PTG w większym stopniu wiązał się z poczuciem koherencji i wsparciem praktycznym, przy czym rola wsparcia była ograniczona (wyjaśniało 15-27% wariacji). Według badaczy, wsparcie społeczne pełni funkcję buforową wobec skutków negatywnych, ale nie stanowi istotnego czynnika rozwoju pozytywnych następstw. Kluczową rolę w pojawianiu się PTG odgrywały natomiast zasoby podmiotowe, zbliżone do prężności psychicznej. Również badania nad wzrostem potraumatycznym u osób z chorobą nowotworową wykazały, że najważniejszym predyktorem PTG była twardość psychiczna, natomiast wsparcie społeczne nie miało bezpośredniego związku z poziomem pozytywnych zmian. Potwierdza to, że prężność (rozumiana jako odporność psychiczna) sprzyja wzrostowi, a wsparcie społeczne pełni raczej funkcję redukcji skutków negatywnych niż stymulacji pozytywnych (Cieślak i in., 2017).

Na koniec, serie analiz mediacji pozwoliły stwierdzić, że efekty ochronne prężności i wsparcia są silniejsze u kobiet (głównie prężności) lub młodszych osób (w obu przypadkach). Badania literaturowe nie są jednak tak jednoznaczne. Przykładowo badanie przeprowadzone wśród ratowników medycznych ujawniły zróżnicowaną rolę zasobów osobistych w zależności od płci. Optymizm w tym badaniu okazał się istotnym czynnikiem chroniącym mężczyzn przed nasileniem objawów PTSD, natomiast poczucie własnej skuteczności (element prężności) wiązało się z wyższym poziomem potraumatycznego wzrostu u kobiet (Ogińska-Bulik, 2016). Wskazuje to, że u kobiet prężność sprzyja silniej pozytywnym efektom traumy, co można tłumaczyć większą skłonnością do korzystania z wewnętrznych zasobów i bardziej refleksyjnego przetwarzania doświadczeń.

Odmienne wyniki uzyskano w badaniach pacjentów hospitalizowanych z powodu COVID-19. Choć prężność pełniła funkcję ochronną wobec objawów PTSD, to jej poziom był wyższy u mężczyzn niż u kobiet, a efekt ochronny silniej ujawniał się u osób z wyższym nasileniem czynnika „tolerancja na niepowodzenia i traktowanie życia w kategoriach wyzwania” (Olszewska-Turek i in., 2024). Na podstawie tego badania można



przypuszczać, że różnice płciowe mogą zależeć od rodzaju populacji i kontekstu traumatycznego, co utrudnia jednoznaczne wnioskowanie czy efekt ochronny prężności jest silniejszy u kobiet.

W przekrojowym badaniu dorosłych narażonych na wiele rodzajów zdarzeń traumatycznych, w którym kontrolowano m.in. wiek i płeć, wyższe nasilenie objawów PTSD współwystępowało z płcią żeńską, a niższe z wyższym wiekiem (Maheux i Price, 2016). Wyniki te nie dokumentują różnic w sile „działania” wsparcia, ale wyznaczają potencjalnie odmienny poziom wyjściowy ryzyka, który mógłby sprawiać, że u kobiet „jest więcej do zredukowania”, a więc obserwowany efekt ochronny bywa większy. Jest to jednak interpretacja spekulatywna, ponieważ w cytowanym artykule nie badano interakcji wsparcia z płcią ani wiekiem (Maheux i Price, 2016).

W badaniu przeprowadzonym wśród dorosłych osób wewnętrznie przesiedlonych w Etiopii odnotowano wyraźne zróżnicowanie płciowe w mechanizmach buforowania dystresu psychicznego przez zasoby radzenia sobie: skoncentrowane na zadaniu radzenie sobie obniżało dystres wśród kobiet (bezpośrednio), podczas gdy u mężczyzn jego korzystny wpływ ujawniał się przede wszystkim na poziomie jakości życia. Ponadto stwierdzono, że unikanie było u kobiet powiązane z mniejszym dystresem i lepszą jakością życia, a jego interakcja z dystresem sprzyjała wyższemu wynikowi jakości życia przy niższym dystresie. Badacze podkreślili także, że strategia zadaniowa osłabiała związek traumy z dystresem u obu płci. Choć badanie to nie mierzyło wprost prężności psychicznej, wykazano pośrednio przewagę kobiet w ochronnym działaniu strategii zadaniowych, co może być spójne z ujęciem prężności jako systemu procesów regulacyjnych. Może to tłumaczyć silniejsze efekty ochronne zasobów u kobiet, tj. w aspekcie większej skłonności do uruchamiania szerokiego wachlarza strategii oraz większej wrażliwości zasobów samoregulacyjnych na stres.

Z kolei w badaniu podłużnym wśród osób po doświadczeniu powodzi Kaniasty’ego (2012) wykazano, że płeć nie przewidywała późniejszego poczucia wsparcia, a starszy wiek wiązał się z wyższym poziomem postrzeganego wsparcia. Autor badania wskazuje także, że w aspekcie dystrybucji pomocy po katastrofie pewne grupy mogą uzyskiwać względną przewagę, m.in. osoby młodsze, co mogłoby pośrednio sprzyjać silniejszemu efektowi ochronnemu w tej grupie, lecz podobnie jak w innych badaniach, nie oceniano tu moderacji skuteczności wsparcia przez wiek (Kaniasty, 2012).

Niemniej jednak, w klasycznym, prospektywnym badaniu na parach bliźniąt różnej płci wykazano, że wyższy poziom wsparcia emocjonalnego wyraźnie silniej chroni



przed wystąpieniem dużej depresji kobiety niż mężczyzn, a efekt ten utrzymywał się nawet po kontroli historii epizodów depresyjnych i dotyczył wsparcia z różnych źródeł (Kendler, Myers i Prescott, 2005). Nowsze analizy w populacji niemieckiej potwierdzają różnicowanie według płci. Stwierdzono bowiem, że u kobiet osobiste wsparcie (rodzina, przyjaciele) łączyło się silniej z wyższą jakością życia oraz niższymi objawami lęku/depresji, podczas gdy u mężczyzn większe znaczenie miały węzły związane z kontekstem pracy (Weiß i in., 2023). Zbieżne rezultaty przyniosły także badania wśród studentów i młodych dorosłych, gdzie płeć moderowała relacje między wsparciem, prężnością i stresem: u kobiet obserwowano silniejsze współzależności między postrzeganym stresem a zarówno prężnością, jak i wsparciem, a mediacyjna rola prężności w powiązaniu wsparcie-stres była relatywnie większa (Yalcin-Siedentopf i in., 2021). Wyniki te wzmacnia badanie przekrojowe w dużej próbie młodych dorosłych z Norwegii, gdzie niskie wsparcie społeczne wykazywało istotny związek z dystresem psychologicznym wyłącznie u kobiet, co autorzy interpretują jako silniejszy efekt protekcyjny wsparcia w młodej populacji żeńskiej w porównaniu z rówieśnikami płci męskiej oraz osobami starszymi (Johansen i in. 2021).

Pomimo, iż niniejsze badanie dostarcza wartościowych danych empirycznych na temat związku prężności psychicznej, wsparcia społecznego oraz pozytywnych i negatywnych skutków traumy, obarczone jest kilkoma ograniczeniami metodologicznymi. Po pierwsze, zastosowany schemat korelacyjny uniemożliwia formułowanie wniosków o charakterze przyczynowo-skutkowym. Po drugie, dobór próby miał charakter ochotniczy i był realizowany za pomocą internetowego formularza, co mogło prowadzić do efektu autoselekcji. Co więcej, w badaniu przeważały kobiety oraz osoby młode, wykształcone i mieszkające w miastach, co ogranicza możliwość generalizacji uzyskanych wyników na całą populację osób z doświadczeniem traumy. Również brak odpowiedniej walidacji autorskiej ankiety służącej pomiarowi wsparcia społecznego może obniżać trafność i rzetelność pomiaru. Natomiast dane zgromadzone na podstawie samoopisu badanych mogą wiązać się z ryzykiem zniekształceń wynikających z tendencji do udzielania odpowiedzi społecznie pożądanых lub z niezrozumienia pytania. W przyszłości celowe wydaje się poszerzenie próby badawczej o większą liczebność oraz bardziej zróżnicowane grupy, zastosowanie projektu podłużnego, zwalidowanych narzędzi pomiarowych oraz uwzględnienie dodatkowych zmiennych psychologicznych i społecznych (np. strategii radzenia sobie, stylów przywiązania, poczucia koherencji).



Pomimo wskazanych ograniczeń, uzyskane wyniki posiadają istotne znaczenie praktyczne. Uzyskane wyniki wskazują na potrzebę rozwijania programów interwencyjnych i profilaktycznych, które wzmocniłyby zarówno indywidualne zasoby adaptacyjne (np. treningi prężności, techniki radzenia sobie ze stresem), jak i sieci wsparcia społecznego (np. grupy wsparcia, interwencje środowiskowe), które mogą być użyteczne w praktyce psychoterapeutycznej, w pracy psychologów szkolnych, a także w systemach opieki zdrowotnej ukierunkowanych na osoby po doświadczeniach traumatycznych.



Bibliografia

1. Adriaenssens, J., De Gucht, V., Maes, S. (2014). Determinants and prevalence of burnout in emergency nurses: A systematic review of 25 years of research. *International Journal of Nursing Studies*, 51(3), 441-447.
2. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Washington, DC.
3. Araya, M., Chotai, J., Komproe, I. H., de Jong, J. T. V. M. (2007). Effect of trauma on quality of life as mediated by mental distress and moderated by coping and social support among postconflict displaced Ethiopians. *Quality of Life Research*, 16(6), 915-927.
4. Atwoli, L., Stein, D. J., Koenen, K. C., McLaughlin, K. A. (2015). Epidemiology of posttraumatic stress disorder: prevalence, correlates and consequences. *Current Opinion in Psychiatry*, 28(4), 307-311.
5. Barton, C., Effing, T. W., Cafarella, P. (2015). Social support and social networks in COPD: A scoping review. *COPD: Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 12(6), 690-702.
6. Bavik, Y. L., Shaw, J. D., Wang, X.-H. (2020). Social support: Multidisciplinary review, synthesis, and future agenda. *Academy of Management Annals*, 14(1), 1-69.
7. Benjet, C., Bromet, E., Karam, E. G., Kessler, R. C., McLaughlin, K. A., Ruscio, A. M., Koenen, K. C. (2016). The epidemiology of traumatic event exposure worldwide: results from the World Mental Health Survey Consortium. *Psychological Medicine*, 46(2), 327-343.
8. Block, J., Block, J. H. (1980). *The role of ego-control and ego-resiliency in the organization of behavior*. [w:] W. A. Collins (Ed.), *Minnesota Symposia on Child Psychology* (t. 13, ss. 39-101). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
9. Boals, A., Hayslip, B., Jr., Banks, J. B. (2014). Age differences in autobiographical memories of negative events. *The International Journal of Aging & Human Development*, 78(1), 47-65.
10. Bonanno, G. A. (2004). Loss, Trauma, and Human Resilience: Have We Underestimated the Human Capacity to Thrive After Extremely Aversive Events? *American Psychologist*, 59(1), 20-28.



11. Cann, A., Calhoun, L. G., Tedeschi, R. G., Taku, K., Vishnevsky, T., Triplett, K. N., Danhauer, S. C. (2010). A short form of the Posttraumatic Growth Inventory. *Anxiety, Stress & Coping*, 23(2), 127-137.
12. Carleton, R. N., Afifi, T. O., Taillieu, T., Turner, S., Krakauer, R., Anderson, G. S., MacPhee, R. S., Ricciardelli, R., Cramm, H. A., Groll, D., McCreary, D. R. (2018). Exposures to potentially traumatic events among public safety personnel in Canada. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 51(1), 37-52.
13. Carmassi, C., Dell’Osso, L., Manni, C., Candini, V., Dagani, J., Iozzino, L., Koenen, K. C., De Girolamo, G. (2014). Frequency of trauma exposure and post-traumatic stress disorders in Italy: analysis from the World Mental Health Survey Initiative. *Journal of Psychiatric Research*, 59, 77-84.
14. Christiansen, D. M. (2020). Gender- and sex-based contributors to sex differences in PTSD. *Current Psychiatry Reports*, 22(4), Article 19.
15. Cieślak, M., Jakitowicz, K., Bidzan, M., Bidzan, M. (2017). Hardiness, social support, and posttraumatic growth among oncological patients – preliminary report. *Psychoonkologia*, 21(1), 22-31.
16. Coan, J. A., Schaefer, H. S., Davidson, R. J. (2006). Lending a hand: Social regulation of the neural response to threat. *Psychological Science*, 17(12), 1032-1039.
17. Dell’Osso, L., Lorenzi, P., Nardi, B., Carmassi, C., Carpita, B. (2022). Post Traumatic Growth (PTG) in the frame of traumatic experiences. *Clinical Neuropsychiatry*, 19(6), 390-393.
18. Denckla, C. A., Cicchetti, D., Kubzansky, L. D., Seedat, S., Teicher, M. H., Williams, D. R., Koenen, K. C. (2020). Psychological resilience: An update on definitions, a critical appraisal, and research recommendations. *European Journal of Psychotraumatology*, 11(1), 1822064.
19. Ditlevsen, D. N., Elklit, A. (2010). The combined effect of gender and age on post traumatic stress disorder: Do men and women show differences in the lifespan distribution of the disorder? *Annals of General Psychiatry*, 9, 32.
20. Draczyńska, D. (2024). *Trauma relacyjna*. *Psychiatria Polska*, 58(3), 529-539.
21. Dudek, B., Koniarek, J. (2003). Wsparcie społeczne jako modyfikator procesu stresu. *Medycyna Pracy*, 54(5), 427-435.



22. Frans, Ö., Rimmo, P.-A., Åberg, L., Fredrikson, M. (2005). Trauma exposure and post-traumatic stress disorder in the general population. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *111*(4), 291–299.
23. Frans, Ö., Rimmo, P.-Å., Åberg, L., Fredrikson, M. (2005). Trauma exposure and post-traumatic stress disorder in the general population. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *111*(4), 291-299.
24. 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.
25. French, K. A., Dumani, S., Allen, T. D., Shockley, K. M. (2018). A meta-analysis of work-family conflict and social support. *Psychological Bulletin*, *144*(3), 284-314.
26. Gariépy, G., Honkaniemi, H., Quesnel-Vallée, A. (2016). Social support and protection from depression: Systematic review of current findings in Western countries. *The British Journal of Psychiatry*, *209*(4), 284-293.
27. Garzarek, M. R. (2017). *Problematyka traumy. Istota, diagnoza, terapia, zagrożenia*. [w:] M. Belza-Gajdzica, J. Kulisiak-Kaźmierczak (red.), *Zespół kruchego X i inne zaburzenia neurorozwojowe. Diagnoza, terapia i edukacja – szanse i zagrożenia* (s. 127-140). Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
28. Geoffrion, S., Goncalves, J., Robichaud, I., Sader, J., Giguère, C.-É., Fortin, M., Lamothe, J., Bernard, P., Guay, S. (2020). Systematic review and meta-analysis on acute stress disorder: Rates following different types of traumatic events. *Trauma, Violence, & Abuse*, 1-11.
29. Gradus, J. L., Galea, S. (2022). Reconsidering the definition of trauma. *The Lancet Psychiatry*, *9*(8), 608-609.
30. Gronek, K. A. (2014). *Wsparcie społeczne żołnierzy powracających z misji poza granicami kraju*. Wojskowe Centrum Edukacji Obywatelskiej.
31. Hartmann, S., Backmann, J., Newman, A., Brykman, K. M., Pidduck, R. J. (2022). Psychological resilience of entrepreneurs: A review and agenda for future research. *Journal of Small Business Management*, *60*(5), 1041-1079.
32. Haslam, N., McGrath, M. J. (2020). The Creeping Concept of Trauma. *Social Research: An International Quarterly*, *87*(3), 509-531.



33. Henson, C., Truchot, D., Canevello, A. (2021). What promotes post traumatic growth? A systematic review. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 5(4), 100195.
34. Henson, C., Truchot, D., Canevello, A. (2022). Factors that hinder post-traumatic growth: A systematic review. *L'Encephale*, 48(5), 560-562.
35. Hu, J., Huang, Y., Liu, J., Zheng, Z., Xu, X., Zhou, Y., Wang, J. (2022). COVID-19 related stress and mental health outcomes one year after the peak of the pandemic outbreak in China: The mediating effect of resilience and social support. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 828379.
36. Isobel, S., Goodyear, M., Furness, T., Foster, K. (2017). The clinical conceptualisation of trauma and its limitations in the mental health field. *Issues in Mental Health Nursing*, 38(11), 915-922.
37. Jakitowicz, K., Bidzan, M., Cieślak, M., Woźniak-Prus, M., Żylicz, M. (2017). Hardiness, social support, and posttraumatic growth among oncological patients – preliminary report. *Psychoonkologia*, 21(1), 22-30.
38. Johansen, R., Espetvedt, M. N., Lyshol, H., Clench-Aas, J., Myklestad, I. (2021). Mental distress among young adults – gender differences in the role of social support. *BMC Public Health*, 21, 2152.
39. Jones, E. (2006). Psychological trauma: A historical perspective. *Psychiatry*, 5(7), 217-220.
40. Juczyński, Z. (2019). Znaczenie spostrzeganego wsparcia społecznego dla dobrostanu jednostki – na przykładzie badań Kwestionariuszem Wsparcia Społecznego (Soz-U K-14). *Czasopismo Psychologiczne – Psychological Journal*, 25(2), 195–202.
41. Juczyński, Z., Ogrodnik, I. (2017). Poczucie koherencji i spostrzegane wsparcie społeczne jako predyktory konsekwencji stresu po transplantacji serca. *Psychiatria i Psychoterapia*, 13(2), 3-19.
42. Kaniasty, K. (2012). Predicting social psychological well-being following trauma: The role of postdisaster social support. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 4(1), 22-33.
43. Kasinger, C., Schulz, A.-C., Ulke, C., Maercker, A., Beutel, M., Brähler, E. (2023). Historical and regional particularities in the prevalence of traumatic events and posttraumatic stress disorder in East and West Germany. *BMC Public Health*, 23, 1601.



44. Keller, E. M., Owens, G. P. (2020). Traditional rural values and posttraumatic stress among rural and urban undergraduates. *PLOS ONE*, 15(8), e0237578.
45. Kelly, M. E., Duff, H., Kelly, S., McHugh Power, J. E., Brennan, S., Lawlor, B. A., & Loughrey, D. G. (2017). The impact of social activities, social networks, social support and social relationships on the cognitive functioning of healthy older adults: A systematic review. *Systematic Reviews*, 6, 259.
46. Kendler, K. S., Myers, J., Prescott, C. A. (2005). Sex differences in the relationship between social support and risk for major depression: A longitudinal study of opposite-sex twin pairs. *American Journal of Psychiatry*, 162(2), 250-256.
47. Killgore, W. D. S., Taylor, E. C., Cloonan, S. A., Dailey, N. S. (2020). Psychological resilience during the COVID-19 lockdown. *Psychiatry Research*, 291, 113216.
48. Knipscheer, J. W., Sleijpen, M., Frank, L., de Graaf, R., Kleber, R. J., ten Have, M., Dückers, M. L. A. (2020). Prevalence of potentially traumatic events, other life events and subsequent reactions indicative for posttraumatic stress disorder in the Netherlands: A general population study based on the Trauma Screening Questionnaire. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(5), 1725.
49. Kobylarczyk-Kaczmarek, M. (2022). *Psychospołeczne uwarunkowania negatywnych i pozytywnych skutków zdarzeń traumatycznych doświadczonych przez młodzież* [Rozprawa doktorska, Uniwersytet Łódzki].
50. Konaszewski, K., Kwadrans, Ł. (2017). Prężność psychiczna a wsparcie społeczne w grupie młodzieży nieprzystosowanej społecznie. *Resocjalizacja Polska*, 13, 163-173.
51. Kongshøj, I. L. L., Berntsen, D. (2022). Is young age a risk factor for PTSD? Age differences in PTSD-symptoms after Hurricane Florence. *Traumatology*, 29(2), 211-223.
52. Kort-Butler, L. A. (2018). *Social support theory*. [w:] C. J. Schreck (Ed.), *The Encyclopedia of Juvenile Delinquency and Justice* (ss. 819-823). Wiley-Blackwell.
53. Linley, P. A., Joseph, S. (2004). Positive change following trauma and adversity: A review. *Journal of Traumatic Stress*, 17(1), 11–21.



54. Linley, P. A., Joseph, S. (2004). Positive change following trauma and adversity: A review. *Journal of Traumatic Stress, 17*(1), 11-21.
55. 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.
56. Maercker, A., Eberle, D. J. (2022). Was bringt die ICD-11 im Bereich der trauma- und belastungsbezogenen Diagnosen? *Verhaltenstherapie, 32*(3), 62-71.
57. Maheux, A., Price, M. (2016). The indirect effect of social support on post-trauma psychopathology via self-compassion. *Personality and Individual Differences, 88*, 102-107.
58. Mark, K. M., Stevelink, S. A. M., Choi, J., Fear, N. T. (2018). Post-traumatic growth in the military: A systematic review. *Occupational and Environmental Medicine, 75*(12), 904-915.
59. Nijenhuis, E. R. S., van der Hart, O. (2011). Dissociation in trauma: A new definition and comparison with previous formulations. *Journal of Trauma & Dissociation, 12*(4), 416-445.
60. Nixon, R. D., Resick, P. A., Griffin, M. G. (2004). Panic following trauma: The etiology of acute posttraumatic arousal. *Journal of Anxiety Disorders, 18*(2), 193-210.
61. Nowakowska, A., Draczyńska, D., Anczewska, M. (2023). Analiza egzystencjalna jako metoda pracy z pacjentami z doświadczeniem traumy relacyjnej. *Psychoterapia, 3*(206), 41-54.
62. Ogińska-Bulik, N. (2013). Pozytywne skutki doświadczanych zdarzeń o charakterze traumatycznym u dzieci i młodzieży. *Polskie Forum Psychologiczne, 18*(1), 93-111.
63. Ogińska-Bulik, N. (2016). Zasoby osobiste a negatywne i pozytywne skutki doświadczeń traumatycznych u ratowników medycznych. *Medycyna Pracy, 67*(5), 635–644.
64. Ogińska-Bulik, N. (2016a). Negatywne i pozytywne skutki doświadczanych zdarzeń traumatycznych u żołnierzy uczestniczących w misjach wojskowych – rola zasobów osobistych. *Psychiatria, 13*(3), 123-132.
65. Ogińska-Bulik, N. (2016b). Ruminacje a negatywne i pozytywne skutki traumy u zakażonych HIV. *Psychiatria, 13*(1), 8-16.



66. Ogińska-Bulik, N. (2016c). Negatywne i pozytywne następstwa doświadczonej traumy – rola ruminacji. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, 16(3), 182-187.
67. Ogińska-Bulik, N. (2019). Negatywne i pozytywne zmiany potraumatyczne u kobiet, które doświadczyły przemocy domowej — rola poznawczego przetwarzania traumy. *Psychiatria*, 16(4), 201-211.
68. Ogińska-Bulik, N. (2021). Negatywne i pozytywne skutki wtórnej ekspozycji na traumę wśród personelu medycznego – rola wsparcia społecznego. *Psychiatria*, 18(3), 196-205.
69. Ogińska-Bulik, N., Juczyński, Z. (2008). Skala Pomiaru Prężności – SPP-25. *Nowiny Psychologiczne* 3, 39-56.
70. Ogińska-Bulik, N., Juczyński, Z. (2010). Rozwój potraumatyczny — charakterystyka i pomiar. *Psychiatria*, 7(4), 129-142.
71. Ogińska-Bulik, N., Juczyński, Z. (2012). Prężność jako wyznacznik pozytywnych zmian w następstwie doświadczonej traumy. *Polskie Forum Psychologiczne*, 17(2), 395-410.
72. Ogińska-Bulik, N., Juczyński, Z. (2023). Właściwości psychometryczne polskiej wersji Listy Zaburzeń po Stresie Traumatycznym według DSM-5 – PCL-5. *Psychiatria Polska*, 57(3), 607-619.
73. Ogińska-Bulik, N., Socha, I. (2017). Przetwarzanie emocjonalne a negatywne i pozytywne skutki traumy u rodziców zmagających się z chorobą nowotworową dziecka. *Psychoonkologia*, 21(1), 1-8.
74. Ogle, C. M., Rubin, D. C., Berntsen, D., Siegler, I. C. (2013). The frequency and impact of exposure to potentially traumatic events over the life course. *Clinical Psychological Science*, 1(4), 426-434.
75. Olf, M. (2017). Sex and gender differences in post-traumatic stress disorder: An update. *European Journal of Psychotraumatology*, 8(sup4), 1351204.
76. Olszewska-Turek, K., Pastuszek-Draxler, A., Starowicz-Filip, A., Walczewska, J., Dudek, D., Bętkowska-Korpała, B. (2024). Prężność jako czynnik chroniący w rozwoju zespołu stresu pourazowego u pacjentów hospitalizowanych z powodu COVID-19. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, 24(2), 103-112.
77. 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.



78. Paliga, M., Chrupała-Pniak, M., Pollak, A. (2019). Prężność psychiczna i orientacja pozytywna a wydajność pracowników. Rola psychologicznego zespołowego klimatu bezpieczeństwa. *Zarządzanie Zasobami Ludzkimi*, 1-15.
79. Panter-Brick, C., Grimon, M.-P., Kalin, M., Eggerman, M. (2014). Trauma memories, mental health, and resilience: a prospective study of Afghan youth. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(7), 814-825.
80. Parikh, D., De Ieso, P., Garvey, G., Thachil, T., Ramamoorthi, R., Penniment, M., Jayaraj, R. (2015). Post-traumatic stress disorder and post-traumatic growth in breast cancer patients – a systematic review. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 16(2), 641-646.
81. Perrotta, G. (2019). Psychological trauma: Definition, clinical contexts, neural correlations and therapeutic approaches. Recent discoveries. *Current Research in Psychiatry and Brain Disorders*, 1(1), 1-6.
82. Pinto, R. J., Morgado, D., Reis, S., Monteiro, R., Levendosky, A., Jongenelen, I. (2017). When social support is not enough: Trauma and PTSD symptoms in a risk-sample of adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 72, 110-119.
83. Pooley, A. E., Benjamin, R. C., Sreedhar, S., Eagle, A. L., Robison, A. J., Mazei-Robison, M. S., Breedlove, S. M., Jordan, C. L. (2018). Sex differences in the traumatic stress response: PTSD symptoms in women recapitulated in female rats. *Biology of Sex Differences*, 9, 31.
84. Pruitt, L. D., Zoellner, L. A. (2008). The impact of social support: An analogue investigation of the aftermath of trauma exposure. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(2), 253-262.
85. Redican, E., Nolan, E., Hyland, P., Cloitre, M., McBride, O., Karatzias, T., Murphy, J., Shevlin, M. (2021). A systematic literature review of factor analytic and mixture models of ICD-11 PTSD and CPTSD using the International Trauma Questionnaire. *Journal of Anxiety Disorders*, 79, 102381.
86. Schein, J., Houle, C., Urganus, A., Cloutier, M., Patterson-Lomba, O., Wang, Y., Davis, L. L. (2021). Prevalence of post-traumatic stress disorder in the United States: a systematic literature review. *Current Medical Research and Opinion*, 37(12), 2151-2161.
87. Schwarzer, R., Knoll, N., Rieckmann, N. (2004). *Social support*. [w:] A. Kaptein & J. Weinman (Eds.), *Introduction to health psychology*. Oxford: Blackwell.



88. Seligman, M. E. P. (2011). *Flourish: A visionary new understanding of happiness and well-being*. New York, NY: Free Press.
89. Shen, S., Chen, Z., Qin, X., Zhang, M., Dai, Q. (2021). Remote and adjacent psychological predictors of early-adulthood resilience: Role of early-life trauma, extraversion, life-events, depression, and social-support. *PLOS ONE*, 16(6), e0251859. h
90. Shipherd, J. C., Maguen, S., Skidmore, W. C., Abramovitz, S. M. (2011). Potentially traumatic events in a transgender sample: Frequency and associated symptoms. *Traumatology*, 17(2), 56-67.
91. Sikora, R. (2012). Wsparcie społeczne i strategie radzenia sobie ze stresem a depresyjność młodzieży. *Psychologia Rozwojowa*, 17(2), 41-54.
92. Sisto, A., Vicinanza, F., Campanozzi, L. L., Ricci, G., Tartaglini, D., Tambone, V. (2019). Towards a transversal definition of psychological resilience: A literature review. *Medicina*, 55(11), 745.
93. Steuden, S., Janowski, K. (2016). Trauma – kontrowersje wokół pojęcia, diagnoza, następstwa, implikacje praktyczne. *Roczniki Psychologiczne*, 19(3), 549-565.
94. Sütterlin, N. A. (2020). *History of trauma theory*. [w:] W C. Davis (Ed.), *The history of trauma theory* (ss. 11-13).
95. Szymańska, J., Sienkiewicz, E. (2011). Wsparcie społeczne. *Current Problems of Psychiatry*, 12(4), 5550-53.
96. Tahan, M., Taheri, H., Saleem, T. (2021). Review of psychological trauma: Theory, practice, policy and research. *Rivista di Psichiatria*, 56(2), 64-73.
97. Taylor, S. E. (2011). *Social support: A review*. [w:] H. S. Friedman (Ed.), *The Oxford Handbook of Health Psychology* (ss. 189–214). Oxford University Press.
98. 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.
99. Tedeschi, R. G., Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15(1), 1-18.
100. Thorne, K. L., Price, E., Fiske, A., Scotti, J. R. (2017). Traumatic stress and suicide risk: The role of rural origin. *Journal of Rural Mental Health*, 41(1), 42–53.



101. Troy, A. S., Willroth, E. C., Shallcross, A. J., Giuliani, N. R., Gross, J. J., Mauss, I. B. (2023). Psychological resilience: An affect-regulation framework. *Annual Review of Psychology*, 74, 547-576.
102. Updegraff, J. A., Taylor, S. E. (2000). *From vulnerability to growth: Positive and negative effects of stressful life events*. [w:] J. Harvey & E. Miller (Eds.), *Loss and trauma: General and close relationship perspectives* (ss. 3-28). Philadelphia: Brunner-Routledge.
103. Vella, S.-L. C., Pai, N. B. (2019). A theoretical review of psychological resilience: Defining resilience and resilience research over the decades. *Archives of Medicine and Health Sciences*, 7(2), 233-239.
104. Walter, N. (2019). *Internetowe wsparcie społeczne*. Poznań: Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu.
105. Wamser-Nanney, R., Vandenberg, B. R. (2013). Empirical support for the definition of a complex trauma event in children and adolescents. *Journal of Traumatic Stress*, 26(6), 671-678.
106. Wathélet, M., Fovet, T., Jousset, A., Duhem, S., Habran, E., Horn, M., Debien, C., Notredame, C.-E., Baubet, T., Vaiva, G., D'Hondt, F. (2021). Prevalence of and factors associated with post-traumatic stress disorder among French university students one month after the COVID-19 lockdown. *Translational Psychiatry*, 11, 327.
107. Weathers, F. W., Litz, B. T., Keane, T. M., Palmieri, P. A., Marx, B. P., Schnurr, P. P. (2013). *The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5)*. National Center for PTSD.
108. Weiß, M., Gründahl, M., Deckert, J., Eichner, F. A., Kohls, M., Störk, S., Heuschmann, P. U., Hein, G.; STAAB-COVID Study Group. (2023). Differential network interactions between psychosocial factors, mental health, and health-related quality of life in women and men. *Scientific Reports*, 13, 11642.
109. Wrenn, G. L., Wingo, A. P., Moore, R., Pelletier, T., Gutman, A. R., Bradley, B., Ressler, K. J. (2011). The effect of resilience on posttraumatic stress disorder in trauma-exposed inner-city primary care patients. *Journal of the National Medical Association*, 103(7), 560-566.
110. Yalcin-Siedentopf, N., Pichler, T., Hofer, A., Siedentopf, C. M. (2021). Sex matters: Stress perception and the relevance of resilience and perceived social support in emerging adults. *Archives of Women's Mental Health*, 24(3), 403-411.



Spis tabel i rysunków

Tabela 1. Ewolucja pojęcia traумы	7
Tabela 2. Charakterystyka socjodemograficzna badanych (N = 129).....	44
Tabela 3. Rodzaj traумы występującej wśród badanych.....	45
Tabela 4. Czas od momentu powstania traумы.....	45
Tabela 5. Statystyki opisowe dla zmiennych wykorzystywanych w badaniu (N = 129)	46
Tabela 6. Współczynnik korelacji rho Spearmana między wiekiem i wykształceniem a pozytywnymi i negatywnymi skutkami traумы (N = 129).....	48
Tabela 7. Różnice międzypłciowe pod względem pozytywnych i negatywnych skutków traумы.....	49
Tabela 8. Porównanie mieszkańców wsi i miast pod względem pozytywnych i negatywnych skutków traумы	50
Tabela 6. Współczynnik korelacji rho Spearmana między prężnością psychiczną a negatywnymi skutkami traумы (N = 129).....	51
Tabela 7. Współczynnik korelacji rho Spearmana między prężnością psychiczną a pozytywnymi skutkami traумы (N = 129)	52
Tabela 8. Współczynnik korelacji rho Spearmana między wsparciem społecznym a negatywnymi skutkami traумы (N = 129).....	54
Tabela 9. Współczynnik korelacji rho Spearmana między wsparciem społecznym a pozytywnymi i negatywnymi skutkami traумы (N = 129).....	55
Tabela 10. Wyniki analiz regresji dla negatywnych skutków traum jako zmiennych objaśnianych oraz wsparcia społecznego i prężności psychicznej jako zmiennych objaśniających (N = 129).....	56
Tabela 11. Wyniki analiz regresji dla pozytywnych skutków traum jako zmiennych objaśnianych oraz wsparcia społecznego i prężności psychicznej jako zmiennych objaśniających (N = 129).....	57
Rysunek 1. Czynniki wpływające na ryzyko występowania traum.....	18
Rysunek 2. Obszary potraumatycznego wzrostu, wg. koncepcji Tedeschi i Calhoun (1996, 2004).....	24
Rysunek 3. Czynniki wpływające na prężność psychiczną.....	30



Aneks

Załącznik 1. Wzór kwestionariusza ankiety własnej

Poniżej znajduje się kilka stwierdzeń dotyczących wsparcia, jakie mogłeś/mogłaś otrzymać po trudnym lub traumatycznym wydarzeniu, którego doświadczyłeś/-aś.

Proszę o zaznaczenie, w jakim stopniu zgadzasz się ze stwierdzeniami, korzystając z poniższej skali:

1	2	3	4	5
Zdecydowanie się nie zgadzam	Raczej się nie zgadzam	Trudno powiedzieć	Raczej się zgadzam	Zdecydowanie się zgadzam

Po traumatycznym doświadczeniu czułem/am, że mam bliskich, na których mogę liczyć.	1	2	3	4	5
Uzyskałem/am wsparcie emocjonalne, które pomogło mi poradzić sobie z trudnymi uczuciami.	1	2	3	4	5
Otrzymałem/am konkretną pomoc (np. praktyczną, organizacyjną, materialną) ze strony innych.	1	2	3	4	5
Miałem/am dostęp do rzetelnych informacji i porad, które ułatwiły mi zrozumienie sytuacji.	1	2	3	4	5
Ludzie z mojego otoczenia traktowali mnie z życzliwością i zrozumieniem.	1	2	3	4	5
Wiedziałem/am, że w razie potrzeby mogę uzyskać pomoc od kogoś.	1	2	3	4	5
Ogólnie rzecz biorąc, jestem zadowolony/a z poziomu wsparcia, które otrzymałem/am po traumie.	1	2	3	4	5

1. Zaznacz, które z poniższych wydarzeń dotyczy Ciebie najbardziej (jeśli doświadczyłeś/-aś więcej niż jednego, zaznacz to, które miało największy wpływ na Twoje samopoczucie):

- Wypadek komunikacyjny
- Doświadczenie przemocy fizycznej
- Doświadczenie przemocy psychicznej lub emocjonalnej
- Przemoc seksualna lub napaść
- Nagła śmierć bliskiej osoby
- Przewlekła choroba własna lub bliskiej osoby
- Katastrofa naturalna (np. pożar, powódź)
- Zdarzenia związane z wojną, migracją, uchodźstwem
- Inne (jakie?): _____



2. Wskaż, ile czasu minęło od momentu, gdy doszło do tego wydarzenia:

- Mniej niż 1 miesiąc temu
- 1-6 miesięcy temu
- 7-12 miesięcy temu
- 1-2 lata temu
- 3-5 lat temu
- Ponad 5 lat temu

Na koniec proszę o podanie kilku informacji na temat swojej sytuacji socjodemograficznej:

3. Płeć:

- kobieta
- mężczyzna

4. Wiek (lata)

5. Wykształcenie:

- podstawowe/gimnazjalne
- zawodowe
- średnie
- wyższe

6. Miejsce zamieszkania

- wieś
- miasto

