



Złożenie pracy online:
2026-04-01 08:53:50
Kod pracy:
54777/51766/CloudA

Marta Wierzbołowska
(nr albumu: 35133)

Praca magisterska

Inteligencja emocjonalna i prężność a zjawisko wtórnej traumy wśród interwentów kryzysowych na infoliniach pomocowych

Emotional intelligence and resilience and the phenomenon of secondary trauma among crisis interventionists on helplines

Wydział: Wyższa Szkoła Biznesu - National-
Louis University

Kierunek: Psychologia

Specjalność: psychologia kliniczna i osobowości

Promotor: dr Magdalena Kobylarczyk-
Kaczmarek

Serdecznie dziękuję mojej promotor, dr Magdalenie Kobylarczyk-Kaczmarek, za poświęcony mi czas, możliwość konsultacji oraz pomoc podczas pisania pracy magisterskiej. Pragnę jeszcze osobno wyrazić wdzięczność moim bliskim, którzy wspierali mnie w trakcie całego procesu i wierzyli, że dotrę do końca.



Streszczenie

Zależność konsekwencji wtórnej traumatyzacji, czyli zastępczego wzrostu potraumatycznego oraz wtórnego stresu pourazowego, od czynników jak prężność czy inteligencja emocjonalna, wśród osób świadczących wsparcie psychologiczne w kryzysie, jest istotnym aspektem w kontekście dobrostanu psychicznego specjalistów. Badanie zostało przeprowadzone na grupie 100 dorosłych osób pracujących w Polsce w ramach infolinii pomocowych dla osób w kryzysie psychicznym, a przeprowadzono je z wykorzystaniem Kwestionariusza Inteligencji Emocjonalnej INTE, Skali Pomiaru Prężności SPP-25, Inwentarza Wtórnego Stresu Traumatycznego IWST oraz Inwentarza Potraumatycznego Wzrostu PTGI-wersji skróconej. Analiza zebranych danych wykazała istotne statystycznie ujemne zależności pomiędzy poziomem inteligencji emocjonalnej a poziomem STS oraz pomiędzy poziomem prężności psychicznej a poziomem STS, co potwierdziło predykcyjny i chroniący charakter tych czynników w kontekście STS. Równocześnie wykazano dodatnią, istotną statystycznie, zależność pomiędzy poziomem prężności a poziomem VPTG oraz dodatnią korelację pomiędzy inteligencją emocjonalną a VPTG. Określono także poziom VPTG i STS wśród badanej grupy zawodowej, co poszerzyło pulę zbadanych dotychczas grup zawodowych profesjonalistów zdrowia psychicznego. Wyniki wskazały na konieczność dalszych badań, aby lepiej poznać mechanizmy VPTG i STS oraz czynniki je wzmacniające i osłabiające.

Słowa kluczowe

wtórna trauma, STS, VPTG, inteligencja emocjonalna, prężność

Abstract

The relationship between the consequences of secondary traumatization, i.e., vicarious posttraumatic growth and secondary posttraumatic stress, and factors such as resilience and emotional intelligence among those providing psychological support during crisis is an important aspect of the mental well-being of professionals. The study was conducted on a group of 100 adults working in Poland as part of a helpline for individuals experiencing mental health crises. The study utilized the Emotional Intelligence Questionnaire (INTE), the Resilience Measurement Scale (SPP-25), the Secondary Traumatic Stress Inventory (IWST), and the Posttraumatic Growth Inventory (PTGI)—short version. Analysis of the collected data revealed statistically significant negative correlations between emotional intelligence and STS, as well as between psychological resilience and STS, confirming the predictive and protective nature of these factors in the context of STS. At the same time, a positive, statistically significant relationship was demonstrated between resilience levels and VPTG levels, as well as a positive correlation between emotional intelligence and VPTG. The levels of VPTG and STS were also determined among the studied professional group, expanding the pool of professional groups of mental health professionals studied to date. The results indicated the need for further research to better understand the mechanisms of VPTG and STS, as well as the factors that strengthen and weaken them.

Keywords

secondary trauma, STS, VPTG, emotional intelligence, resilience



Spis treści

Wstęp.....	3
Rozdział 1 Problematyka traumy w literaturze	4
1.1. Definicje i rodzaje zdarzeń traumatycznych	4
1.2 Trauma w klasyfikacjach	5
1.2.1. Klasyfikacja DSM-5	5
1.2.2. Klasyfikacja ICD-10/11	5
1.3. Wybrane koncepcje traumy	6
1.3.1. Teoria dezintegracji pozytywnej Dąbrowskiego	6
1.3.2. Teoria salutogenezy Antonovsky’ego	6
1.3.3. Teoria trajektorii zdrowego funkcjonowania Bonanno	7
1.3.4. Poznawcza koncepcja traumy Celińskiego	8
1.4. Wybrane konsekwencje traumy	9
1.4.1. Zespół stresu pourazowego	9
1.4.2 Post-traumatyczny wzrost (PTG)	14
1.5. Zjawisko wtórnej traumy	19
1.5.1. Wybrane koncepcje wtórnej traumy	19
1.5.2. Wtórny stres post-traumatyczny	23
1.5.3. Wtórny wzrost post-traumatyczny	25
Rozdział 2 Problematyka prężności w literaturze	33
2.1. Definicje prężności	33
2.2. Wybrane koncepcje prężności	34
2.2.1. Model kompensacyjny i ochronny Garmezy’ego	34
2.2.2. Koncepcja prężności jako interakcji Rutter’a	34
2.2.3. Koncepcja czynników ochronnych Werner	35
2.2.4. Odporność rozwojowa - odporność jako dynamiczny proces Masten, Cicchetti’ego	36



2.2.6. Prężność jako cecha – Ogińska-Bulik, Juczyński	39
2.2.7 Koncepcja rozwojowa odporności – 7 czynników prężności – Jackson i Watkin	39
Rozdział 3 Problematyka inteligencji emocjonalnej w literaturze	41
3.1. Definicje inteligencji emocjonalnej.....	41
3.2. Wybrane koncepcje inteligencji emocjonalnej	41
3.2.1. Koncepcja inteligencji emocjonalnej Golemana	41
3.2.2. Model naukowy/zdolnościowy Saloveya i Meyera.....	42
3.2.3. Koncepcja Bar-Ona	43
Rozdział 4 Metodologia badań własnych.....	46
4.1 Cel badań.....	46
4.2 Pytania badawcze	46
4.3 Hipotezy badawcze.....	46
4.4 Charakterystyka grupy badanej	47
4.5 Procedura badań	50
4.6 Charakterystyka wykorzystanych narzędzi	50
4.6.1 Kwestionariusz Inteligencji Emocjonalnej INTE.....	50
4.6.2 Skala Pomiaru Prężności SPP-25	51
4.6.3 Inwentarz Wtórnego Stresu Traumatycznego (IWST)	51
4.6.4 Inwentarz Potraumatycznego Wzrostu (PTGI, wersja skrócona)	52
Rozdział 5 Wyniki badań własnych.....	53
5.1 Statystyki opisowe badanych zmiennych.....	53
5.2 Statystyczna weryfikacja hipotez badawczych.....	55
Rozdział 6 Dyskusja	75
Zakończenie.....	86
Bibliografia.....	87



Wstęp

Nieustający rozwój psychologii jako nauki, ściśle powiązanie z życiem społecznym oraz trwająca od przeszło dwóch dekad popularyzacja i zwiększająca się dostępność sprawiają, że nie tylko zgłębiane są coraz nowsze obszary życia psychicznego, ale jednocześnie powstaje coraz więcej nowych rozwiązań pomocowych. Te dwa czynniki powodują, że z jednej strony identyfikowane i obserwowane są nowe zjawiska, a z drugiej, w odpowiedzi na zapotrzebowanie, dynamicznie wzrasta zapotrzebowanie na różnego rodzaju usługi wsparcia kryzysowego. Zwiększająca się dostępność i wzrastające w ciągu ostatnich dekad poziomy stresu i negatywnych zjawisk społecznych i geopolitycznych, a także rozwój technologii przyczyniają się do powstawania nowych sytuacji, okoliczności, pracy pod większą presją i w większym obciążeniu. Nowe warunki świadczenia wsparcia stwarzają konieczność zweryfikowania, jak w ich obrębie funkcjonują badane procesy. Przynosi to korzyści zarówno naukowe, pozwalając lepiej poznać badane zjawisko, jak i wnioski możliwe do przełożenia na codzienne funkcjonowanie, aby poprawić dobrostan pracowników pomocowych. Stąd w przedmiotowej pracy chciałabym pochylić się nad problemem konsekwencji, jakie mogą ponosić osoby świadczące wsparcie psychologiczne za pośrednictwem telefonu, i czynnikami ochronnymi.

Celem pracy jest weryfikacja relacji pomiędzy inteligencją emocjonalną i prężnością psychiczną a pozytywnymi i negatywnymi konsekwencjami wtórnej traumy, jakiej mogą doznać specjaliści zdrowia psychicznego świadczący wsparcie kryzysowe w ramach infolinii pomocowych. Wybór tematyki uzasadnia także dostępność relatywnie małej puli badań dotyczących tematu wtórnego stresu potraumatycznego oraz zastępczego wzrostu potraumatycznego u specjalistów zdrowia psychicznego. Decyzja została podjęta z nadzieją na dostarczenie wartościowych wyników i poszerzenie dostępnych danych do późniejszych analiz.

Część teoretyczna pracy składa się z trzech rozdziałów i rozpoczyna się od omówienia traumy, jej koncepcji oraz konsekwencji – pozytywnych i negatywnych. W rozdziale drugim omówione jest zjawisko prężności psychicznej (odporności), a w rozdziale trzecim problematyka inteligencji emocjonalnej. Część empiryczna, czyli rozdziały piąty i szósty, opisuje metodologię badań własnych, opis narzędzi diagnostycznych i analizę wyników. Uzyskane wyniki pozwoliły potwierdzić istnienie zależności pomiędzy inteligencją emocjonalną i prężnością a konsekwencjami wtórnej traumy i mogą inicjować kolejne badania zgłębiające ten kierunek.



Rozdział 1 Problematyka traumy w literaturze

1.1. Definicje i rodzaje zdarzeń traumatycznych

Trauma, czyli uraz, towarzyszy ludzkości od zarania dziejów. Samo słowo pochodzi z języka greckiego i oznacza ranę. Pierwotnie przeważnie odnoszone do obrażeń fizycznych, w kontekście psychiki zaczęło być częściej używane w XIX wieku wraz z rozwojem zainteresowania psychologicznymi konsekwencjami udziału w działaniach wojennych. Rozwój ten przybrał na sile wraz z kolejnymi konfliktami wojennymi w XX wieku (Kobyłarczyk-Kaczmarek, Ogińska-Bulik, 2023).

Problem z jednoznaczną definicją tego zjawiska wynika z dwóch sposobów podejścia, jakie pojawiają się w literaturze przedmiotu. Pierwsze ujęcie, wąskie, definiuje traumę jako ciężki stresor, zwykle o nagłym charakterze, mogący skutkować utratą życia lub poważnym zranieniem. Może objąć wiele osób równocześnie, a dodatkowo dotyczyć także świadków takiego wydarzenia. Ujęcie szersze opisuje traumę jako urazy psychiczne, które występują w toku całego życia jednostki, a których skutkiem może być wystąpienie zaburzeń emocjonalnych, poznawczych czy społecznych. To szersze podejście jest bliższe definicji sytuacji stresowej (Studen, Janowski, 2016; za: Bąk, Ogińska-Bulik, 2024).

Współcześnie za „Słownikiem psychologii” pod redakcją Jerzego Siuty, traumę definiujemy jako „uraz, zdarzenie będące źródłem silnego, negatywnego napięcia psychicznego, wywołujące silne negatywne emocje i trwałe ślad w psychice jednostki, będący w niektórych przypadkach przyczyną zaburzeń zachowania, określanymi jako pourazowe” (Siuta, 2005, s. 292).

Według definicji przedstawionej przez Strelau’a trauma to „stan psychiczny wywołany działaniem zagrażających zdrowiu i życiu czynników zewnętrznych, prowadzący do głębokich zmian w funkcjonowaniu człowieka, które wyrażają się w zaburzeniach somatycznych i psychicznych” (Strelau, Zawadzki, 2008, s.47).

Z kolei (Lis-Turlejska, 2005) w swoich pracach kładzie nacisk na poparty wynikami badań indywidualny charakter reakcji jednostki na napotykaną zdarzenia traumatyczne. Pojawia się również sformułowanie „zdarzenie potencjalnie traumatyczne”, co odnosi się właśnie do indywidualnego charakteru odpowiedzi na napotkane wydarzenie. W takim podejściu zdarzenie byłoby uznane za traumatyczne tylko wówczas, gdyby wywołało u jednostki objawy potraumatyczne (Lis-Turlejska, 2000). Podejście to nie jest powszechne i



wymaga dalszych badań. Pewne jest, że wraz ze wzrostem występowania silnie stresujących zdarzeń – co wykazują badania (Lis-Turlejska, 2005) – wzrasta potrzeba skutecznej odpowiedzi na ich konsekwencje i udzielania adekwatnej pomocy.

1.2 Trauma w klasyfikacjach

1.2.1. Klasyfikacja DSM-5

W DSM-5 (APA, 2013) zjawisko traumy występuje w kontekście PTSD oraz ASD. Względem poprzedniej wersji klasyfikacji nastąpiła zmiana i obie te kategorie diagnostyczne zostały przeniesione z grupy zaburzeń lękowych do grupy zaburzeń związanych z urazem/stresorem. Możemy to odczytać jako podkreślenie roli stresora traumatycznego jako niezbędnego dla wystąpienia obu zaburzeń. DSM-5 określa traumę jako specyficzny rodzaj stresora, którym może być: narażenie na śmierć, zagrożenie śmiercią, poważne obrażenia lub zagrożenie takimi obrażeniami, a także narażenie na przemoc seksualną oraz groźba przemocy seksualnej. Dodatkowo precyzyjnie określone są możliwe okoliczności wystąpienia takiego wydarzenia. Aby uznać zdarzenie za traumatyczne, konieczne jest spełnienie minimum jednego z wymienionych warunków:

- 1) Bezpośrednie doświadczenie zdarzenia traumatycznego
- 2) Bycie bezpośrednim świadkiem zdarzenia traumatycznego
- 3) Pośrednio – poprzez uzyskanie wiadomości, że członek rodziny/przyjaciel doznał zdarzenia traumatycznego. Jeżeli zdarzenie traumatyczne obejmowało śmierć lub groźbę śmierci, musiało być wynikiem wypadku lub aktu przemocy.
- 4) Powtarzalne lub ekstremalne doświadczenie szczegółów zdarzenia traumatycznego, zwykle w trakcie wykonywania czynności służbowych (policja, straż pożarna, ratownicy). Narażenie poprzez media elektroniczne, telewizję, filmy czy zdjęcia dopuszcza się wyłącznie w kontekście wykonywanej pracy zawodowej.

1.2.2. Klasyfikacja ICD-10/11

W międzynarodowej klasyfikacji ICD zdarzenie traumatyczne zdefiniowane jest mniej precyzyjnie niż w amerykańskim DSM-5. W przypadku ICD-10 mówimy o „opóźnionej lub



przedłużonej reakcji na wydarzenie czy sytuację stresową o wyjątkowo zagrażającym lub katastroficznym charakterze” (Kobylarczyk-Kaczmarek, Ogińska-Bulik, 2023, s. 14).

W ICD-11, który obowiązuje od 2022 roku, „traumą jest zdarzenie lub seria zdarzeń wyjątkowo zagrażających lub przerażających” (Kobylarczyk-Kaczmarek, Ogińska-Bulik, 2023, s. 14). ICD-11 zawiera także pojęcie traumy przewlekłej/powtarzalnej – spowodowanej serią zdarzeń o charakterze długotrwałym/powtarzającym się. Natomiast, co warto wspomnieć, żadna z tych klasyfikacji nie uwzględnia traumy pośredniej (Kobylarczyk-Kaczmarek, Ogińska-Bulik, 2023).

1.3. Wybrane koncepcje traumy

1.3.1. Teoria dezintegracji pozytywnej Dąbrowskiego

Kazimierz Dąbrowski, polski psychiatra i psycholog, który współtworzył polską psychologię. Jest twórcą teorii dezintegracji pozytywnej (1964), która jest uznawana za najwcześniejsze podejście opisujące pozytywne efekty osiągnięte pod wpływem silnych stresorów. Według jego teorii nie jest możliwy rozwój bez rozpadu, a psychika człowieka, aby się rozwijać, musi przejść dezintegrację. Na tej kanwie wysnuto pogląd, iż kryzys jest niezbędnym elementem procesu rozwoju. Kryzys, powodując rozpad, jednocześnie powoduje poszukiwanie rozwiązań i podejmowanie decyzji, co prowadzi człowieka do osiągnięcia wyższego poziomu (Heszen, 2013).

Koncepcja Kazimierza Dąbrowskiego zawiera pięć etapów rozwoju osobowości człowieka. Pierwszy etap oznacza integrację na poziomie podstawowym. Etapy od drugiego do czwartego oznaczają dezintegrację na kolejnych, coraz wyższych poziomach. Wyróżniamy tu dezintegrację jednopoziomową, wielopoziomową spontaniczną oraz wielopoziomową zorganizowaną. Etap piąty oznacza poziom integracji wtórnej – harmonię i uporządkowanie (Heszen, 2013).

1.3.2. Teoria salutogenezy Antonovsky’ego

Aaron Antonovsky, to amerykańsko-izraelski socjolog, którego teoria salutogenezy opisywała funkcjonowanie człowieka z perspektywy dobrostanu i zachowania zdrowia. W swoich badaniach Antonovsky (1987/1995) nawiązuje i rozwija koncepcję Lazarusa i Folkman



dotyczącą funkcji oceny poznawczej dla zjawiska, jakim jest stres (Heszen, 2013). Według jego koncepcji ocena zachodzi na trzech etapach. Na etapie pierwszym człowiek ocenia, czy bodziec jest stresorem. Na etapie drugim zachodzi kwalifikacja bodźca jako pozytywnego, neutralnego lub negatywnego. Na etapie trzecim zachodzi proces radzenia sobie (Heszen, 2013). Co istotne, w koncepcji Antonovsky'ego każdy bodziec, tak pozytywny, jak i negatywny, rozpatrywany jest jako stresor. Stresorem będzie wszystko, co generuje jakiegokolwiek napięcie.

Pojęciem podstawowym dla omawianej koncepcji jest „poczucie koherencji”, które zdefiniowane zostało jako: „...globalna orientacja człowieka, wyrażająca stopień, w jakim ten ma dominujące, trwałe, choć dynamiczne poczucie pewności, że 1) bodźce napływające w ciągu życia ze środowiska wewnętrznego i zewnętrznego mają charakter ustrukturuwany, przewidywalny i wytłumaczalny; 2) dostępne są zasoby, które pozwolą mu sprostać wymaganiom stawianym przez te bodźce; 3) wymagania te są dla niego wyzwaniem wartym wysiłku i zaangażowania” Antonovsky, 1987/1995, s. 34 (za: Heszen, 2013 s. 324). Trzy aspekty, o których mowa w definicji, to: poczucie zrozumiałości (zdolność do zrozumienia i analizy tego, czego jednostka doświadcza), poczucie zaradności (świadomość posiadanych zasobów i ich ocena, jaka jest adekwatna do sytuacji) oraz poczucie sensowności (przeświadczenie jednostki, że jej istnienie ma sens). Wnioski tej koncepcji wskazują, że jednostki z wyższym poczuciem koherencji reagują mniejszym stresem na otrzymywane bodźce, do radzenia sobie wybierają strategie, które według ich oceny najlepiej pasują do bodźca oraz przejawiają wysoką elastyczność w podejściu do stosowanej strategii (Heszen, 2013).

1.3.3. Teoria trajektorii zdrowego funkcjonowania Bonanno

George A. Bonanno, amerykański psycholog, którego przełomowe badania nad traumą i żałobą ujawniły, że większość ludzi jest niespodziewanie dobrze przygotowana do skutecznego poradzenia sobie ze znaczącym stresem. Jednostki korzystają w tym procesie z własnych wypracowanych w toku rozwoju strategii, takich jak żart, wzmocnienie ego, racjonalizowanie, samoprzekonanie o możliwości pokonania napotkanych trudności. Jak opisał Bonanno i Macini (2008) „Stanowi to właśnie potwierdzenie ludzkiej adaptacyjności do wszelakich zmian” (za: Zimbardo, Johnson, McCann, 2017, s. 187).

Badania, które przeprowadził Bonanno, wykazały, że znacząco częściej wśród ludzi doświadczających traumy występuje radzenie sobie i przywrócenie równowagi niż zjawisko



odroczonej traumy oraz związane z nim konsekwencje. Ta prawidłowość leży u podłoża wniosku, że jednostki, które nie podołały zdarzeniu traumatycznemu, były obciążone znaczącym stresem już przed jego wystąpieniem. Bazując na badaniach, opisał dwa zjawiska: „chroniczną dysfunkcję”, czyli kilkuletni brak możliwości powrotu do normalnego funkcjonowania oraz „opóźnioną żałobę/traumę”, czyli sytuację, w której negatywne skutki zdarzenia traumatycznego są znacząco odroczone. Jednostka początkowo wydaje się funkcjonować prawidłowo, jednak po kilku miesiącach następuje nasilenie negatywnych objawów (Zimbardo, Johnson, McCann, 2017).

W koncepcji Bonanno opisane jako powszechne zostały dwa inne istotne zjawiska: „odporność”, czyli zachowanie w napotkanej sytuacji trudnej relatywnie zdrowego, stabilnego funkcjonowania oraz „proces zdrowienia” jako proces, przez który przechodzi jednostka w zetknięciu z traumą – polega on na zawieszeniu normalnego funkcjonowania z powodu dystresu, a po jego pokonaniu na powrocie do stanu sprzed wydarzenia traumatycznego (Zimbardo i in., 2017).

1.3.4. Poznawcza koncepcja traumy Celińskiego

Trauma według koncepcji Marka Celińskiego (2012) to zdarzenie zewnętrzne wobec człowieka, niechciane i poza kontrolą (Heszen, 2013). Żeby poradzić sobie z sytuacją, człowiek potrzebuje zasobów przekraczających te, którymi dysponuje. Musi zająć przemiana, dzięki której uzyskane zostaną nowe zasoby – głównie wartości i ideały. Z ich pomocą dojdzie u jednostki do integracji w nowej sytuacji, u której źródła leżała trauma (Heszen, 2013). U podłoża tej koncepcji leży założenie, że każda jednostka przejawia jakąś odporność (resilience), dzięki której może pokonywać trudności i rozwijać się. Jej wykorzystanie jest szczególnie istotne w sytuacjach silnego stresu. Im większa odporność, tym większy stres może pokonać jednostka. (Heszen, 2013).

Procesowanie traumy w koncepcji Marka Celińskiego ma trzy etapy (Heszen, 2013): absorpcja treści traumatycznych, odkrycie własnej autonomii oraz osiągnięcie powtórnej integracji, na której po emocjonalnej dezintegracji zachodzi powtórna integracja.

Na kanwie tej koncepcji Celiński stworzył dwa narzędzia, z których powszechnie korzysta się w praktyce klinicznej (Heszen, 2013). Skalę Prężności Psychiczej wobec Traumatyzacji, która pozwala opisać i badać sposoby doświadczania, rozumienia i działania w warunkach



traumy oraz Inwentarz Umiejętności Wykorzystywania Zasobów w Procesie Powrotu do Zdrowia.

1.4. Wybrane konsekwencje traumy

Obecnie świadomość pozytywnych i negatywnych konsekwencji wydarzeń traumatycznych jest wśród badaczy, specjalistów, a także części społeczeństwa dosyć dobrze ugruntowana, a dostęp do rzetelnych narzędzi, informacji i instrukcji pozyskiwania wsparcia jest rozpowszechniony. Jednak jeszcze nieco ponad 45 lat temu rzeczywistość wyglądała inaczej. Termin PTSD (Post Traumatic Stress Disorder) został wprowadzony do klasyfikacji diagnostycznej Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (American Psychiatric Association) – DSM-III – w roku 1980.

Po latach koncentrowania się na szkodach wywoływanych stresem traumatycznym obszarem zainteresowania stały się też pozytywne efekty, jakie mogą takie doświadczenia wywołać. Głosy – należące do Caplana, Dąbrowskiego i Frankla – wskazujące na pozytywne zmiany będące konsekwencją negatywnych wydarzeń pojawiały się już w późnych latach 60. i wczesnych latach 70. XX wieku. Także polscy badacze i badaczki, jak Dudek, Kuleta i Trzópek, Zdankiewicz-Ścigała oraz Przybylska, Steuden i Kurtyka-Chałas, Heszen oraz Sęk zgłębiali, zwłaszcza w pierwszej dekadzie XXI wieku, pozytywne efekty wydarzeń traumatycznych (Ogińska-Bulik, Juczyński, 2002).

Poniżej przedstawiono wybrane koncepcje obu zjawisk.

1.4.1. Zespół stresu pourazowego

Jak wskazano we wstępie do przedmiotowego podrozdziału, wprowadzenie zjawiska stresu pourazowego – PTSD (post-traumatic stress disorder) – do oficjalnej klasyfikacji zaburzeń psychicznych miało miejsce na początku lat 80. XX wieku. Było to możliwe dzięki zebraniu rzetelnych danych, których podstawą były wieloletnie obserwacje oraz badania osób dotkniętych wydarzeniami wojennymi. Główną grupą badaną byli żołnierze biorący udział w walkach w Wietnamie oraz osoby ocalałe z Holocaustu. Równoległe pojawiły się publikacje, które dotyczyły innych rodzajów doświadczeń traumatycznych – gwałtu oraz przemocy rodzinnej wobec kobiet i dzieci. Dzięki zgromadzonym danym możliwe było wyodrębnienie jednoznacznych kryteriów, które nie tylko pozwalały zdiagnozować zjawisko, ale też stanowiły



bazę do stworzenia narzędzi pomiarowych (Lis-Turlejska, 2002). Na tej podstawie przyjęto, że PTSD może być efektem znacznie szerszym niż tylko doświadczenia wojennego. Jako mogące wywołać to zaburzenie wskazano stresory wynikające z doświadczenia przemocy seksualnej i fizycznej (także domowej), katastrof komunikacyjnych, przemysłowych i naturalnych (kataklizmów), katastrof będących efektem działania człowieka, a także działania wojenne (Ogińska-Bulik, Juczyński, 2020). Pojęcie katastrof będących efektem działania człowieka oznacza „obozy koncentracyjne, bombardowanie, tortury, terroryzm” (Lis-Turlejska, 2002, s. 42).

Dzięki prowadzonym badaniom i pogłębianiu wiedzy w temacie szeroko pojętej traumy i jej następstw, kolejne aktualizacje klasyfikacji DSM wprowadzały nowe jednostki chorobowe związane ze stresem traumatycznym oraz zmiany w organizacji kategorii. W roku 2000 w ramach DSM-IV dodano ostre zaburzenie traumatyczne – Acute Stress Disorder, ASD – którego lista możliwych objawów była tożsama z objawami zespołu stresu pourazowego, a różnicował je czas trwania. W przypadku ASD objawy występowały poniżej jednego miesiąca. Z kolei w DSM-5 wyodrębniono nową kategorię zaburzeń związanych z traumą i stresem (Ogińska-Bulik, Juczyński, 2020), która objęła zaburzenie stresowe pourazowe (PTSD) (Bąk, Ogińska-Bulik, 2024).

Równoległe ze zmianami zachodzącymi w klasyfikacji APA, także Światowa Organizacja Zdrowia (World Health Organization, WHO) włączała zaburzenia wywołane doświadczeniami traumatycznymi do swojej klasyfikacji – ICD (Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób). Począwszy od Ostrej Reakcji na Stres (czas trwania symptomów od kilku godzin do kilku dni) oraz Reakcji Przystosowawczej (dłuższy czas objawów). W aktualizacji z 1992 roku, ICD-10, przyjęto zespół objawów pourazowych analogicznie do klasyfikacji DSM (M. Lis Turlejska, 2002). W najnowszej wersji tej klasyfikacji, ICD-11, na wzór klasyfikacji DSM-5, utworzono nową kategorię zaburzeń związanych z doświadczaniem stresu i wydarzeń traumatycznych (Ogińska-Bulik, Juczyński, 2020), a omawiane zjawisko określane jest zespołem stresu pourazowego (PTSD).

Jakkolwiek definicja PTSD ulegała przeformułowaniom w kolejnych wersjach klasyfikacji, to główne aspekty opisujące zaburzenie nie uległy zmianie: doświadczanie lub obserwowanie stresującego zdarzenia; ponowne przeżywanie doświadczenia między innymi poprzez koszmary senne; unikanie miejsc, sytuacji czy osób przypominających o tym doświadczeniu; objawy zwiększonego pobudzenia: problemy z koncentracją, zaburzenia snu czy drażliwość. W najnowszej wersji klasyfikacji DSM dodano dodatkową kategorię objawów



dotyczącą negatywnych zmian w nastroju i przekonaniach, a obejmującą między innymi: uporczywe negatywne oczekiwania i przekonania na swój temat, zniekształcone uporczywe obwinianie siebie albo innych, ograniczony wpływ, uczucie oderwania, objawy dysocjacyjne (Ogińska-Bulik, Juczyński, 2020).

Obecnie diagnostyka PTSD opiera się na dwóch rodzajach narzędzi: kwestionariuszach samoopisowych oraz wywiadach ustrukturalizowanych. Kwestionariusze samooceny są narzędziem wstępnym, pozwalającym na kwalifikację do pogłębionego badania przeprowadzanego przez specjalistę. Na bazie uzyskanych wyników psychiatra stawia rozpoznanie kliniczne. Współcześnie stosuje się dwa narzędzia diagnostyczne zaktualizowane do DSM-5. Pierwsze, pierwotnie powstałe jeszcze za czasów DSM-5, to Impact of Event Scale-Revised stworzone przez D. Weissa i Ch. Marmara, a zaadaptowane do wersji polskiej jako Skala Wpływu Zdarzeń przez Z. Juczyńskiego i N. Ogińską-Bulik. Drugie narzędzie, dostępne w polskiej adaptacji od 2018 roku, to DSM Checklist for DSM-5. Polska nazwa narzędzia to PCL-5. Adaptacja wykonana została przez Ninę Ogińską-Bulik (Ogińska-Bulik, Juczyński, 2020).

1.4.1.1. Teoria dysocjacji traumatycznych wspomnień Janeta

Pierre Janet, XIX-wieczny francuski psycholog i neurolog, wraz z Jeanem-Martinem Charcotem zajmował się prowadzeniem badań nad histerią. Współpracując przy tworzeniu szpitala i laboratorium badawczego, obaj neurologi uzupełniali się, obierając sobie za główne punkty zainteresowania odmienne elementy badanych zjawisk. Podczas gdy Charcot głównie interesował się możliwościami pomiaru i precyzyjnego dokumentowania objawów somatycznych pacjentów, Janet chciał odkryć, co dzieje się w ich umysłach. Aby to osiągnąć, wiele czasu poświęcał na rozmowy i wywiady z chorymi. Na bazie tych obserwacji i rozmów w 1899 roku powstała książka dotycząca stresu posttraumatycznego. Publikacja pt. „Automatyzm psychologiczny”, w którym przedstawił hipotezę, że przyczyną zaburzeń, dziś określanych mianem PTSD, jest bardzo silne pobudzenie emocjonalne (van der Kolk, 2022).

Jego hipoteza wskazywała różnice pomiędzy wspomnieniem wydarzenia traumatycznego, a historiami, które ludzie o tym doświadczeniu opowiadali, tzw. pamięcią narracyjną. Chory jednocześnie nie miał dostępu do wspomnień wydarzenia traumatycznego, ale odczuwał przymus, aby je odtwarzać. W oparciu o tę obserwację Janet użył określenia „automatyzm”, które miało wskazywać na nieświadomą naturę działań chorego. Janet wskazał,



że tylko specyficzne wspomnienia, związane z dużym ładunkiem emocjonalnym, wywoływały opisany efekt. Nie dotyczyło to sytuacji zwykłych, gdy natężenie emocji nie było znacząco podniesione. Zaproponowane przez niego określenie „dysocjacja” miało opisać zjawisko oddzielenia i wyizolowania wspomnień, które zaobserwował u swoich pacjentów. Zauważał też, że blokując wspomnienia, chorzy ponosili ogromny koszt, który wiązał się z niemożnością dalszego rozwoju. Brak integracji traumatycznych doświadczeń niejako zamrażał osobowość chorego i zamykał go na nowe doświadczenia. Przewidywał, co dziś jest dobrze udokumentowane: że brak zintegrowania tych elementów poprzez uświadomienie sobie ich i włączenie do minionych wydarzeń będzie powodował pogarszanie się funkcjonowania chorych. Janet zidentyfikował mechanizm, w ramach którego osoba doświadczająca PTSD nie umie uznać źródła wspomnień za wydarzenie przeszłe. Stąd przyjął, że metodą terapii powinno być zjawisko przeciwne dysocjacji, czyli asocjacja – dołączenie odizolowanych elementów wydarzenia traumatycznego do historii pacjenta, aby mógł rozpoznać, co jest przeszłością, a co teraźniejszością (van der Kolk, 2022).

1.4.1.2. Model odpowiedzi na stres (stress response syndrom) Horowitza

Amerykański psychiatra Mardi John Horowitz jest jednym z głównych teoretyków koncepcji stresu traumatycznego. W swojej teorii bazuje na psychodynamicznych koncepcjach traumy, jednocześnie podkreślając rolę poznawczych teorii emocji i przetwarzania informacji. Wskazuje, że umysł ludzki do procesowania bieżących wydarzeń i bodźców używa mechanizmów, które wykształcił w oparciu o wcześniejsze wydarzenia. Aby poprawnie interpretować bieżącą rzeczywistość, stosowane mechanizmy podlegają aktualizacji i rozwojowi. Zachowanie równowagi w systemie jest jednak znacząco utrudnione, gdy bieżące wydarzenia mają związek ze stratą. W przypadku wydarzeń traumatycznych trudność związana jest nie tylko ze znacząco większą ilością informacji niż w przypadku zwykłych zdarzeń, ale także z tym, że wykraczają one poza wytworzone w toku zwykłego funkcjonowania schematy poznawcze. System zostaje zalany ogromną ilością informacji – uczuć, wyobrażeń - których nie jest w stanie przetworzyć i zintegrować z „ja” jednostki. Pozostawia je wyizolowane, poza świadomością, nieprzetworzone. Mechanizmy umożliwiające utrzymanie doświadczeń poza świadomością określił jako zaprzeczanie i odrętwienie. Jak zwrócił uwagę, w systemie występuje tendencja do kończenia, pod której wpływem wyparta informacja zostaje włączona

do świadomości w trakcie procesu przetwarzania informacji. To zjawisko nazwał intruzją (Lis Turlejska, 2002).

Bazując na obserwacjach klinicznych i badaniach empirycznych, Horowitz zaproponował pięcioetapowy model odpowiedzi na stres, w którym wyróżnił następujące etapy: krzyku, zaprzeczania, wdzierania się, przepracowania oraz zakończenia. Istotną cechą zaproponowanego modelu jest możliwość naprzemiennego występowania etapów oraz powracania do etapów wcześniejszych. Etap krzyku jest związany z wybuchem emocji – wściekłości, strachu i smutku – w pierwszej reakcji na wydarzenie stresowe. Kolejne dwa etapy – zaprzeczania i wdzierania (intruzji) – są ze sobą powiązane. Zaprzeczanie związane jest z wypieraniem informacji dotyczących wydarzenia, ignorowaniem wszelkich negatywnych konsekwencji, redukcją aktywności i zainteresowania rzeczywistością. Wdzieranie wiąże się z natrętnymi, niechcianymi przez jednostkę myślami, nieoczekiwane pojawiającymi się silnymi uczuciami, a niekiedy z działaniami kompulsywnymi. Jednostka na etapie zaprzeczania może wykazywać częściową lub całkowitą amnezję; selektywną nieuwagę; ignorowanie bodźców, które mają związek z wydarzeniem traumatycznym; sztywność celów; fantazjowanie w postrzeganiu rzeczywistości. Na etapie intruzji mogą pojawić się napady paniki i nieadekwatnie zwiększona czujność; powtarzające się, wdzierające myśli, zachowania i emocje; nadmiarowa reakcja na bodźce związane z wydarzeniem traumatycznym; problemy z koncentracją na tematach innych niż związane z traumą. Jak opisywał Horowitz (1993), z powodu nieustającego pobudzenia, gotowości do reagowania, mogą pojawić się objawy wyczerpania (za: Lis-Turlejska, 2002). Etap zaprzeczania będzie się aktywował, gdy mechanizm wdzierania się wywoła zbyt duże napięcie w systemie przetwarzania informacji jako forma obrony. Jednocześnie etap intruzji będzie reaktywowany do momentu, w którym w obrębie wewnętrznych schematów jednostki nastąpi pełna integracja informacji związanych z doznaną traumą. Stąd wcześniejsza informacja o powiązaniu między tymi etapami (Lis-Turlejska, 2002).

Na etapie przepracowania jednostka uzyskuje zauważalną poprawę procesów poznawczych, emocjonalnych, komunikacji oraz funkcjonowania w relacjach w stosunku do wcześniejszych faz procesu. W ramach przepracowania przebudowane, zaktualizowane zostają schematy przetwarzania informacji, tak aby odpowiadały nowonabytym informacjom. Dzięki temu mogą one służyć nie tylko do poradzenia sobie z samym wydarzeniem, ale także będą się sprawdzały dla wszystkich aspektów rzeczywistości, które znajdują się pod jego wpływem. W toku tego etapu mogą pojawić się mechanizmy z etapów zaprzeczania i wdzierania się, które będą działały jako mechanizmy wspomagające odtworzenie równowagi wewnętrznej jednostki.



Po osiągnięciu adekwatnego poziomu jednostka przejdzie w fazę zakończenia (Lis-Turlejska, 2002).

1.4.1.3 Złożony zespół stresu pourazowego C-PTSD

W toku badań nad konsekwencjami wydarzeń traumatycznych obok wydarzeń objętych kryteriami zespołu stresu pourazowego wyłaniały się również stresory długoterminowe, poza te ramy wykraczające. Obserwowalne konsekwencje tego typu długoterminowych urazów traumatycznych skłaniały badaczy do zaproponowania wyodrębnienia jednostki złożonego zespołu stresu pourazowego (Complex Post Traumatic Stress Disorder, C-PTSD). Jednostka miała adresować doświadczenia i skutki długoterminowych urazów traumatycznych, takich jak niewola związana z konfliktami wojennymi (jeńcy wojenni czy więźniowie obozów koncentracyjnych), ofiary sekt czy zorganizowanego wyzysku seksualnego, przemocowy system w relacjach rodzinnych lub seksualnych (Cebella, Łucka, 2007).

Przyjęto, że zdiagnozowanie złożonego zespołu stresu pourazowego wymaga wystąpienia wszystkich wymagań diagnostycznych dla PTSD, a dodatkowo także: problemów z regulacją afektu; postrzegania siebie jako pokonanego, umniejszonego czy bez wartości wraz z towarzyszącym poczuciem wstydu, winy albo porażki w związku z doświadczonymi traumatycznymi wydarzeniami; trudności z nawiązywaniem i utrzymywaniem relacji i bliskości z innymi. Efektem występowania powyższych objawów są znaczące trudności w funkcjonowaniu doświadczającej ich jednostki w szeregu sfer życiowych: osobistej, rodzinnej, społecznej, zawodowej, edukacyjnej, a także innych obszarach, które są istotne dla jej dobrostanu (Kweszko i in., 2023).

C-PTSD zostało ujęte w ramach ICD-11 (WHO, 2019) jako wyodrębniona dodatkowa jednostka diagnostyczna złożonego zespołu stresu pourazowego, natomiast diagnozując w oparciu o DSM-5 korzystamy z zaktualizowanych, rozszerzonych kryteriów klasycznego PTSD z podtypem objawów dysocjacyjnych (APA, 2022).

1.4.2 Post-traumatyczny wzrost (PTG)

Szeroko rozumiany wzrost (pozytywne zmiany) osobowości i zasobów, będący skutkiem radzenia sobie z trudnymi, zmieniającymi życie doświadczeniami, jest od lat przedmiotem zainteresowania badaczy. Pojęcie potraumatycznego wzrostu pierwszy raz



pojawiło się w 1996 roku, jednak, jak wskazałam na początku rozdziału, o pozytywnych konsekwencjach doświadczenia stresorów traumatycznych pisano już w latach 60. i 70. XX wieku. Poniżej przedstawiam wybrane koncepcje.

1.4.2.1. Koncepcja wzrostu post-traumatycznego Tedeschi i Calhoun – model funkcjonalno-opisowy

Koncepcja wzrostu posttraumatycznego (posttraumatic growth, PTG) została pierwszy raz przedstawiona w 1996 roku przez dwóch amerykańskich psychologów: Richarda Tedeschiego i Lawrence’a G. Calhouna. Badacze założyli, że zarówno dla wzrostu potraumatycznego, jak i stresu potraumatycznego bazą są te same procesy psychologiczne. Odwołując się do nurtu egzystencjalnego, przyjęli, iż wzrost potraumatyczny pojawi się, jeśli u jednostki dojdzie do zmian w postrzeganiu siebie i otoczenia w taki sposób, aby uzyskała pogłębione zrozumienie i umiejętność nadawania znaczenia (Ogińska-Bulik, Juczyński, 2020).

Wraz z publikacją teorii w 1996 roku Tedeschi i Calhoun przedstawili narzędzie do pomiaru wzrostu potraumatycznego – Post-traumatic Growth Inventory. Narzędzie bazowało na wywiadach, jakie przeprowadzono z jednostkami po utracie bliskiej osoby oraz po poważnych wypadkach (Tedeschi i Calhoun, 1966). Obaj badacze przez lata konsekwentnie zgłębiali temat, aby w 2017 roku przedstawić zrewidowane narzędzie PTGI-X z rozbudowaną skalą przemian duchowo-egzystencjalnych (Tedeschi i inni, 2017).

W przedstawionej koncepcji PTG określono ją jako pozytywną psychologiczną zmianę pojawiającą się w niektórych obszarach życia, będącą następstwem traumatycznego doświadczenia. Zmiana może dotknąć jednego lub kilku z następujących pięciu obszarów: relacji interpersonalnych, nowych możliwości, siły wewnętrznej (osobistej), przemiany duchowej, doceniania życia (Jozefiaková i in., 2022).

Model oparty jest na założeniach psychologii poznawczej i uwzględnia wiele aspektów. Elementem koniecznym dla zapoczątkowania PTG jest wystąpienie kryzysu, który ma być dla jednostki wyzwaniem. Indywidualne cechy osobowości, jakie przejawia jednostka przed wystąpieniem kryzysu, mają duże znaczenie dla kierunku, w jakim potoczy się proces — mogą być zarówno wsparciem, jak i hamulcem dla pojawienia się pozytywnych efektów. Przyjęto, że sprzyjające PTG cechy osobowości to ekstrawersja, otwartość na doświadczenia, a także optymizm i pozytywny afekt. Dużą rolę odgrywa wsparcie z otoczenia, stwarzające przestrzeń, w której jednostka może wyrażać i procesować pojawiające się emocje. Na podkreślenie



zasługuje warunek konieczny, jaki musi spełnić zaistniała sytuacja kryzysowa – z punktu widzenia jednostki musi ona stanowić wyzwanie, któremu trzeba podołać. W przeciwnym razie przy braku wyzwania procesy poznawcze nie zostaną uruchomione, a człowiek nie przemodeluje poglądów i wartości na siebie i otoczenie. Według zaproponowanego modelu niepokój, pojawiający się jako pierwszy efekt sytuacji będącej wyzwaniem, powoduje rozpoczęcie poznawczego przetwarzania traumy i poszukiwania metod na pokonanie emocjonalnego stresu. Konsekwencją może być zmiana dotychczasowych schematów poznawczych. Przeważnie na tym etapie dochodzi do pojawienia się ruminacji intruzywnych – niechcianych, negatywnych myśli i obrazów – które z czasem przekształcają się w ruminacje refleksyjne o pozytywnym charakterze. Celem na tym etapie będzie znalezienie rozwiązania dla zaistniałej sytuacji (Bąk, Ogińska-Bulik, 2024). Ostatnim etapem procesu PTG jest wytworzenie poczucia mądrości życiowej, które jednostka uzyskuje poprzez podołanie traumatycznemu wydarzeniu. Pozytywne efekty wzrostu zostają włączone i ustabilizowane, a człowiek osiąga spokój i zadowolenie z życia. Istotne dla rozumienia konstruktów wzrostu potraumatycznego jest przyjęcie, że proces zachodzi jako następstwo wydarzeń niezwykle trudnych i zmieniających życie. Nie jest to, co podkreśla się w literaturze przedmiotu, pożądanym sposobem rozwoju jednostki. To raczej szansa na to, by z wydarzenia kryzysowego wyciągnąć także coś pozytywnego (Ogińska-Bulik, Juczyński, 2020).

W opisywanym modelu twórcy uwzględnili także okoliczności, kiedy doświadczenie traumatyczne nie spowoduje PTG, ale wzmocni odporność, co można interpretować jako adaptację do traumy. Sytuacja taka może mieć miejsce, jeśli schemat poznawczy jednostki jest tak utrwalony, że opiera się na modyfikacjach pod wpływem doświadczonej traumy. Tak silny schemat poznawczy może prowadzić do redukcji poziomu stresu. Efektem procesu nie będzie wówczas PTG, ale powrót do poczucia stabilizacji bez jakiegokolwiek zmiany czy rozwoju (Bąk, Ogińska-Bulik, 2024).



- osiągnięcie własnej autonomii – jednostka o adekwatnej prężności, która prezentuje podejście do radzenia sobie z problemem, będzie aktywnie korzystała z zasobów. Zarówno te, które wcześniej miała, lecz nie musiała ich używać, jak i te, które będzie nabywała nowe.
- powtórna integracja – po dezintegracji w wyniku wydarzenia traumatycznego jednostka osiągnie integrację. Nowo nabyte wartości jednostki przeciwstawiane są sytuacji, w której się znalazła.

1.4.2.3. Koncepcja tożsamości wzrostu post-traumatycznego i prężności Bonanno

George Bonanno, amerykański psycholog z Uniwersytetu Columbia, w swojej przełomowej pracy nad traumą przedstawił wnioski oparte na badaniach na dzieciach i dorosłych po doświadczeniach traumatycznych. Prowadził wywiady z ofiarami katastrof oraz osobami po doświadczeniu straty. Z przeprowadzonych badań jednoznacznie wynikało, że zdolność do podniesienia się i kontynuowania życia po stresujących doświadczeniach jest czymś powszechnym. Według Bonanno większość jednostek jest zaskakująco dobrze przygotowana do przeżycia mocno obciążającego stresu, a używają do tego indywidualnie wytworzonych strategii, np. żarty, samowzmocnienie, racjonalizowanie (Zimbardo i in., 2017).

Ponieważ wnioski z badań wskazywały, że radzenie sobie i powrót do równowagi występują znacząco częściej niż odroczone trauma i jej negatywne skutki, Bonanno wysnuł wniosek, że jednostki, które nie podołały traumie, wcześniej były obciążone znaczącym stresem (Zimbardo, Johnson, McCann, 2017). Wskazał dwa zjawiska, które mają znaczenie w tym procesie: Odporność (prężność) oraz Zdrowienie (proces zdrowienia). Pierwsze z nich to zdolność do zachowania relatywnie zdrowego, stabilnego funkcjonowania w momencie doświadczenia trudnych sytuacji. Drugie zaś rozumiane jest jako proces zawieszenia normalnego funkcjonowania z powodu skutków przeżytego doświadczenia (możliwe PTSD czy depresja), aby powrócić do stanu sprzed doświadczenia (Bonanno, 2004). Z badań wynika, że jakkolwiek funkcjonowanie osób z wyższą prężnością jest znacząco mniej zaburzone w wyniku doświadczenia wydarzeń traumatycznych, to jednocześnie wykazują one mniejszy wzrost potraumatyczny niż osoby, które przeszły proces zdrowienia. Oznaczałoby to, że wyższa odporność, zapewniając stabilne funkcjonowanie, jednocześnie redukuje potrzebę i możliwości jednostki do wyciągnięcia pozytywnych wniosków z przeżytych doświadczeń (Westphal, Bonanno, 2007).



1.5. Zjawisko wtórnej traumy

Zjawiskiem wtórnej traumy określa się wystąpienie zespołu określonych objawów u osób w bliskim kontakcie z jednostkami dotkniętymi traumą lub cierpieniem. Zaangażowanie w udzielanie wsparcia często dzieje się kosztem własnego dobrostanu osób pomagających – będąc w empatycznym kontakcie z poszkodowanym, łatwo jest stracić zdrowy dystans, odłożyć na bok swoje potrzeby, emocje i problemy. Priorytetem staje się udzielenie pomocy. Jednocześnie bycie świadkiem ogromnego cierpienia, w które jest się zaangażowanym emocjonalnie, nie pozwala na pozostanie obojętnym (Ogińska-Bulik, 2019).

1.5.1. Wybrane koncepcje wtórnej traumy

1.5.1.1. Koncepcja zastępczej traumatyzacji McCann i Pearlman

Lisa McCann i Laurie Pearlman w 1990 roku pod pojęciem zastępczej traumatyzacji opisały zmiany, jakie zachodzą w postrzeganiu rzeczywistości u terapeutów pracujących z osobami po traumatycznych doświadczeniach. Katalizatorem było empatyczne zaangażowanie w pomaganie. W koncepcji położono nacisk na zmiany schematów poznawczych i dostosowanie się u dotkniętych tym zjawiskiem jednostek. Jak zaobserwowano, na skutek głębokiej pracy z osobami dotkniętymi stresorami traumatycznymi, u osób udzielających wsparcia pojawiały się zmiany lub zniekształcenia w poglądach na świat. Zmiany te przeważnie pojawiały się po wielu latach pracy i charakteryzowały się względną trwałością (Ogińska-Bulik, Juczyński, 2020).

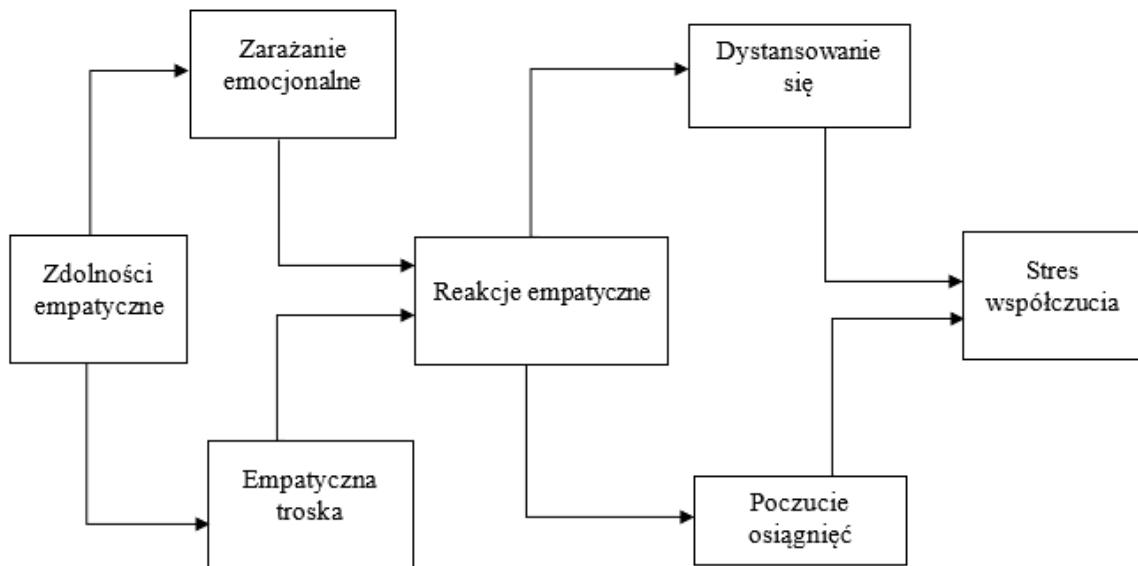
1.5.1.2. Koncepcja indukcji i redukcji wtórnej traumy (STS) Ludick i Figley'a – model prężności na zmęczenie współczuciem

Amerykański psycholog Charles Figley w 1995 roku zaproponował model transmisji traumy, w którym opisał, jak pod wpływem empatycznego zaangażowania u osób wspierających dochodzi do pośredniego przejścia doświadczeń od klienta. Empatia osoby pomagającej przejawia się w formie troski, podejmowania prób zrozumienia sytuacji klienta i ulżenia w jego cierpieniu. Konsekwencją takiego empatycznego zachowania jest pojawienie się wynikającego ze współczucia stresu, a w dalszej kolejności „zmęczenia współczuciem”.



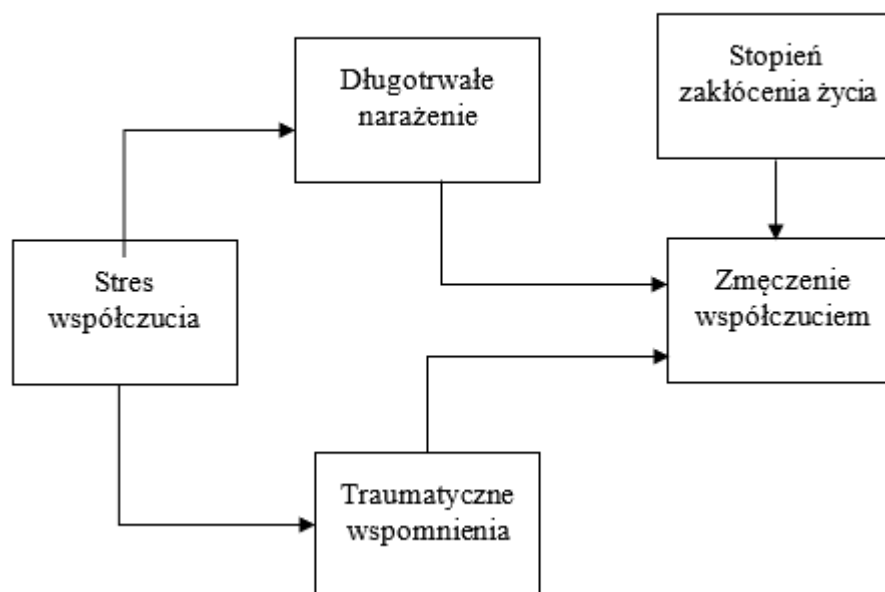
Wskazuje się tu na analogie między zjawiskiem transmisji traumy a zjawiskiem przeciwprzeniesienia – osoba pomagająca przejmując doświadczenia, odczucia i reakcje osoby wpieranej (Ogińska-Bulik, 2019).

Rysunek 2a. Model transmisji traumy Figley'a (1995) – część 1



Źródło: opracowanie własne na podstawie Ogińska-Bulik, Juczyński 2020

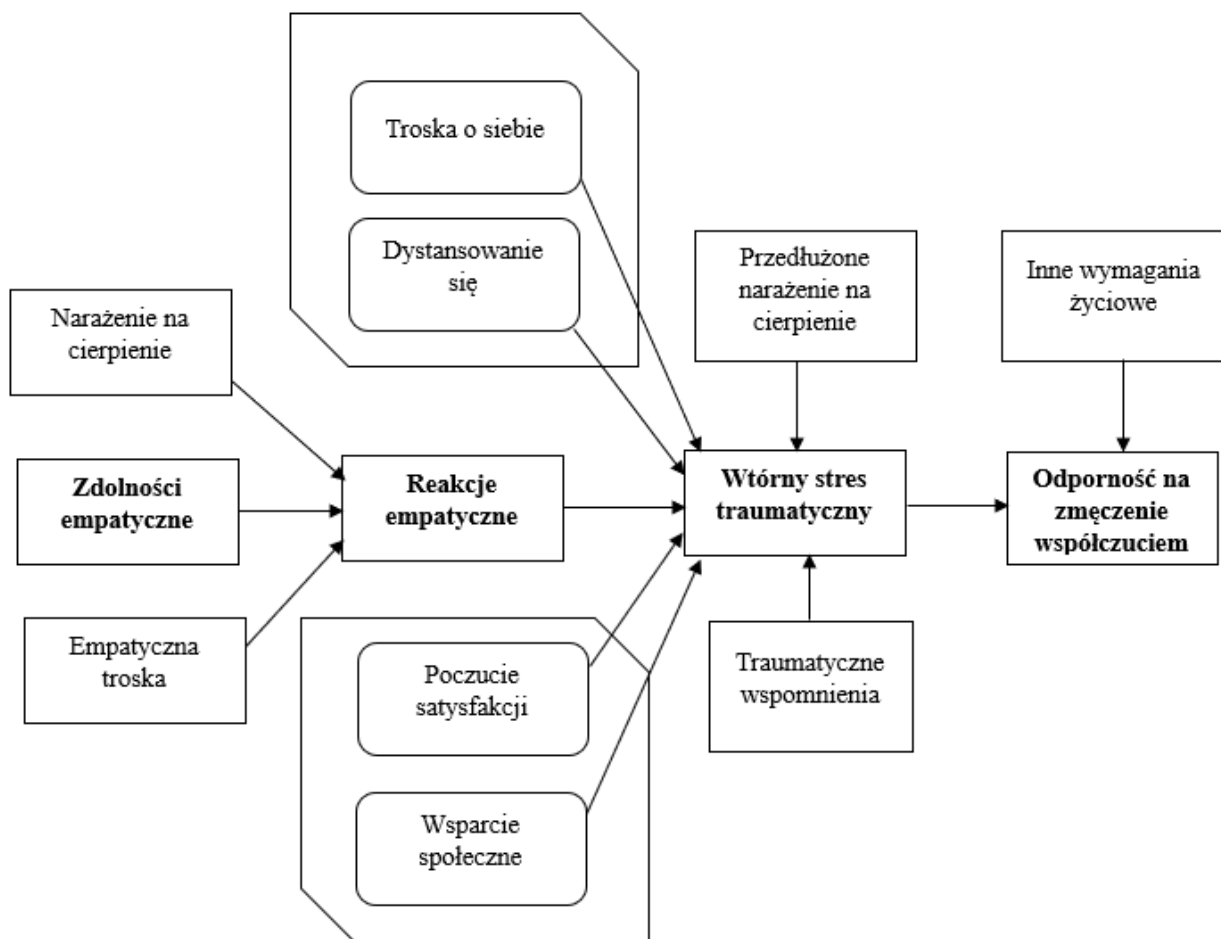
Rysunek 2b. Model transmisji traumy Figley'a (1995) – część 2



Źródło: opracowanie własne na podstawie Ogińska-Bulik, Juczyński 2020

Badając od lat 80. XX wieku temat efektów, jakie wywiera praca wsparciowa na osoby pomocowe, Figley kilkakrotnie rewidował swój model teoretyczny, aby wspólnie z Marne Ludick w 2016 roku przedstawić jego najnowszą wersję – model odporności na zmęczenie współczuciem. Model ten, podobnie jak poprzednie, również akcentuje rolę empatii w procesie transmisji traumy, jednak w odróżnieniu od poprzedników kładzie też nacisk na podejście salutogenetyczne, opisując aspekty, które wpływają na konstytuowanie się odporności u osoby wspierającej (Ogińska-Bulik, 2019). Zaproponowane przez badaczy podejście daje odpowiedź, dlaczego wśród pomagających obserwuje się tak zróżnicowany poziom reperkusji spowodowanych pracą z osobami po doświadczeniach traumatycznych. Z obserwacji wynika, że przy zachowaniu tej samej ekspozycji na doświadczenie pracy z traumą oraz podobnym poziomie kompetencji do wykonywania tego rodzaju zadań część osób przejawia brak lub bardzo niski poziom zmęczenia współczuciem (Ogińska-Bulik, Juczyński, 2020).

Rysunek 3. Model odporności na zmęczenie współczuciem Figley’a i Ludick



Źródło: opracowanie własne na podstawie Ogińska-Bulik, Juczyński 2020



Przedstawiona koncepcja modelu prężności na zmęczenie współczuciem opiera się na dziewięciu założeniach dotyczących wtórnej traumatyzacji. Stanowią one bazę dla oceny przydatności tak modelu, jak i procesów indukcji i redukcji wtórnej traumy (STS), które leżą u podstaw całej koncepcji. Pozwalają też na zrozumienie pozytywnych i negatywnych konsekwencji powodowanych przez wtórną traumatyzację:

- Ten rodzaj stresu jest przeważnie nieunikniony w trakcie udzielania wsparcia osobom doświadczającym lub opisującym wcześniej doświadczone cierpienie.
- Pojawia się przeważnie, kiedy osoba pomagająca jest narażona na bezpośrednie elementy opisywanej przez poszkodowanego rzeczywistości.
- Jeśli osoba wspierająca przeżywa i okazuje empatyczne współczucie, które pozwala zrozumieć poszkodowanego i udzielić pomocy, to poziom stresu traumatycznego jest wyższy.
- Jeśli reakcje związane ze stresem spowodowane są bezpośrednim kontaktem z osobą poszkodowaną, to stres traumatyczny jest wyższy.
- Stres traumatyczny będzie podwyższony, jeśli osoba wspierająca będzie uzyskiwała w trakcie udzielania pomocy sugestywne i szczegółowe informacje.
- Jeżeli osoba wspierająca ma w pamięci poprzednie traumatyczne doświadczenia, poziom stresu będzie podwyższony.
- Stres traumatyczny ma tendencję do obniżania się, jeśli osoba wspierająca czuje satysfakcję z okazywanego współczucia – w ten sposób wzrasta poczucie sensowności realizowanych celów.
- Jeśli wspierający uzyskuje wsparcie ze strony otoczenia – innych wspierających lub przełożonych – stres traumatyczny będzie się redukował.
- Stres traumatyczny i tendencja do wzrostu mają bezpośredni związek z poziomem prężności na zmęczenie współczuciem danej jednostki (Ogińska-Bulik, Juczyński, 2020).

Zaproponowany model zawiera dwanaście czynników powiązanych z STS, które badacze przypisali do trzech grup: związane z reakcją empatyczną, związane z wtórnym stresem traumatycznym, związane z prężnością na zmęczenie współczuciem (CRF). Pierwsza grupa zawiera pojęcia znane z poprzednich koncepcji Figleya: narażenie na cierpienie, empatyczna troska i umiejętności empatyczne, które są odpowiedzialne za charakter (ilość/jakość) empatycznych reakcji. Druga grupa składa się z trzech elementów, które również przedstawiano już w poprzednich koncepcjach: przedłużonego narażenia na cierpienie,



wspomnień traumatycznych, a także innych wymagań życiowych. Są one powiązane z wtórnym stresem traumatycznym (STS). Trzecia grupa to cztery zmienne powiązane z prężnością na zmęczenie współczuciem. Dwie znane z poprzedniej koncepcji to dystansowanie się od trudności osoby wspieranej oraz satysfakcja z udzielania pomocy. Dwie nowe, charakterystyczne dla omawianego modelu, to troska o siebie oraz wsparcie społeczne (Ogińska-Bulik, Juczyński, 2020).

1.5.2. Wtórny stres post-traumatyczny

Zjawisko wtórnego stresu traumatycznego (Secondary Traumatic Stress, STS) opisuje objawy, jakie mogą wskazywać na doświadczenie wtórnej traumy. W literaturze funkcjonują zamiennie nazwy „wtórny zespół stresu pourazowego” i „wtórne zaburzenie po stresie traumatycznym” (Ogińska-Bulik, Juczyński, 2020). STS jest spowodowany głębokim, empatycznym zaangażowaniem w pomoc osobom, które doświadczyły stresorów traumatycznych. Personel udzielający wsparcia, nierzadko trwającego długie godziny, jest zalewany opisami doświadczeń cierpienia, strachu, przemocy, wydarzeń katastrofalnych. Długie, empatyczne słuchanie takich relacji powoduje, że osoba pomagająca zaczyna przejmować od wspieranej jej emocje, reakcje i perspektywę (Ogińska-Bulik, 2019).

1.5.2.1. Koncepcja wtórnego stresu traumatycznego oraz zmęczenia współczuciem Figley’a

W powiązaniu z koncepcją wtórnej traumatyzacji w 1999 roku Charles Figley opisał wtórny stres traumatyczny (Secondary Traumatic Stress, STS), znany także pod nazwą wtórnego zaburzenia pourazowego (Secondary Traumatic Stress Disorder, STSD). Autor wskazał, że wystąpienie STS jest naturalną konsekwencją wynikającą z udzielania wsparcia osobom dotkniętym traumą (Ogińska-Bulik, 2019). STS, w tym ujęciu, jest powodowany głównie przez doświadczanie negatywnych reakcji jednostek, które doświadczają pierwotnego stresu traumatycznego (Ogińska-Bulik, Juczyński, 2020)

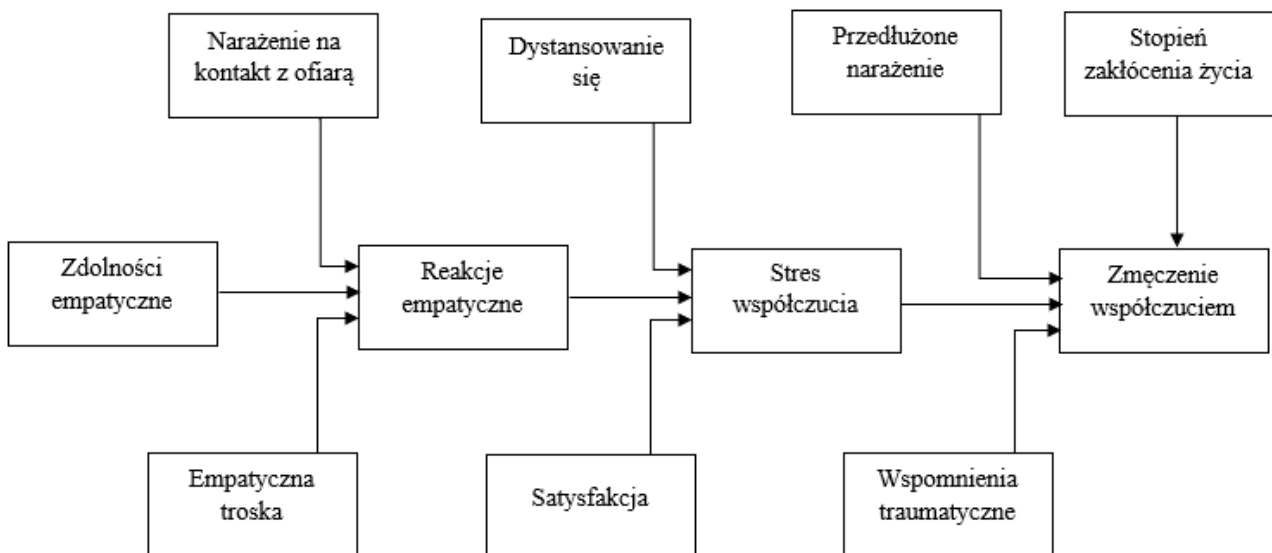
Objawy STS są tożsame z objawami doświadczanymi przez osoby dotknięte PTSD po bezpośrednich doświadczeniach stresorów traumatycznych: zwiększone pobudzenie i reaktywność, intruzja, unikanie oraz negatywne zmiany w obszarach poznawczych i emocjonalnych (APA, 2013). Dodatkowymi objawami, które mogą pojawić się u jednostki, poza tymi związanymi z wtórnym stresem, są negatywne zmiany w obszarze emocji: gniew,

obniżony nastrój, bezradność, objawy depresyjne, rozdrażnienie. Możliwe jest również - Ogińska-Bulik (2018) — pojawienie się problemów z koncentracją, zauważalny spadek jakości pracy, a nawet wypalenie zawodowe (za: Ogińska-Bulik, 2019).

Zanim przedstawił koncepcję STS, Figley, badając osoby niosące pomoc, zaproponował w 1992 roku pojęcie zmęczenia współczuciem. W toku wcześniejszych prac badawczych — trwających dekadę — Figley (1983) nazywał przedmiotowe zjawisko wypaleniem, w nawiązaniu do pewnego rodzaju wtórnej wiktyimizacji (za: Figley, 1995). Gdy przedstawił koncepcję zmęczenia współczuciem, pierwotnie odnosiło się ono do pielęgniarek, aby na kolejnym etapie prac został nim objęty szerszy personel wspierający zdrowie psychiczne. U podstaw leżało założenie, że najbardziej narażone są te grupy, które jako pierwsze niosą wsparcie psychiczne po traumie. W efekcie udzielania tego wsparcia mogą same doznać urazu (Ogińska-Bulik, 2019).

Do objawów zmęczenia współczuciem zalicza się aspekty emocjonalne (poczucie winy, anhedonię, wściekłość, poczucie utraty siły, smutek), behawioralne (zwiększoną reaktywność, trudności ze snem, irytację) i poznawcze (skoncentrowanie na traumie, apatię, depersonalizację, obniżone poczucie własnej wartości, negatywne nastawienie do świata) (Ogińska-Bulik, 2019).

Rysunek 4. Model stresu współczucia i zmęczenia współczuciem Figley’a 2002



Źródło: opracowanie własne na podstawie Ogińska-Bulik, Juczyński 2020

1.5.2.2. Empiryczne potwierdzenie zmęczenia współczuciem jako wtórnego stresu pourazowego Adams'a, Boscarino, Figley'a

W 2006 roku Richard E. Adams, Charles R. Finley i Joseph A. Boscarino, trójka amerykańskich psychologów, przeprowadzili pogłębione badania w poszukiwaniu odpowiedzi na dwa główne problemy badawcze: potwierdzenie różnic pomiędzy zjawiskiem wtórnej traumy a wypaleniem zawodowym oraz weryfikację predykcyjnego charakteru wtórnej traumy dla wystąpienia dystresu psychicznego. Zaznaczyć należy, że w badaniu wykorzystano koncepcję zmęczenia współczuciem w ujęciu przedstawionym przez Figleya w 1995 roku, a więc łączącym je ze zjawiskiem PTSD (STSD). Badanie przeprowadzono na pracownikach socjalnych, którzy pracowali na terenie Nowego Jorku w okresie 20 miesięcy po ataku terrorystycznym na World Trade Center. Wyniki jasno pokazały, że praca z klientami, którzy doświadczyli wydarzeń traumatycznych, zwiększała u osób wspierających poziom wtórnej traumy, ale nie wypalenia zawodowego. Jednocześnie okazało się, że zarówno wtórna trauma, jak i wypalenie mogą być czynnikami problemów psychicznych (Adams i in., 2006).

1.5.3. Wtórny wzrost post-traumatyczny

Badania z ostatniego ćwierćwiecza pozwoliły uzyskać potwierdzenie tego, że wydarzenia traumatyczne oprócz bycia źródłem reperkusji mogą także powodować pozytywne konsekwencje, obserwowane pod postacią wzrostu posttraumatycznego. Główne zmiany zauważane są w postrzeganiu siebie, podejściu do życia i relacjach interpersonalnych. Przyjmuje się, że podobne pozytywne zmiany możliwe są w przypadku jednostek narażonych na wtórną traumę – pracujących pomocowo z ofiarami wydarzeń traumatycznych lub będących z ofiarami w bliskich relacjach. W przypadku wzrostu w konsekwencji wtórnej traumy mówimy o zastępczym wzroście po traumie (Vicarious Posttraumatic Growth, VPTG). Z uwagi na fakt, że zjawisko przeważnie powiązane jest z pracą zawodową, zamiennie stosowane bywa też określane profesjonalnym wzrostem potraumatycznym (Professional Posttraumatic Growth). Ponieważ fenomen jest relatywnie nowy i brakuje pogłębionych badań, nie dysponujemy danymi wskazującymi, czy VPTG u osób pomagających występuje w połączeniu ze wzrostem u osoby wspieranej, czy też jest jego konsekwencją. Osoby udzielające pomocy z jednej strony obserwują proces wzrostu u klienta, z drugiej mogą go również wspomagać, jednocześnie korzystając – także budując swój rozwój (Ogińska-Bulik, Juczyński, 2020).



W literaturze przedmiotu spotkać można także określenie wtórny wzrost potraumatyczny (secondary posttraumatic growth). Sformułowania te zwykle stosowane są zamiennie, jednak wskazać należy, że niektórzy badacze wskazują na różnice między pojęciami. Cristan Arnedo i Anna Casellas-Grau w publikacji z 2015 roku wskazują, że wtórny wzrost jest efektem „zarażenia się pozytywnymi zmianami” (Ogińska-Bulik, Juczyński, 2020, s. 93), przejawianymi przez jednostki po doświadczeniu traumatycznym. VPTG, według tego podejścia, bazuje na obserwowaniu i „naśladowaniu pozytywnych zmian” (Ogińska-Bulik, Juczyński, 2020, s. 93) przejawianych przez osoby po doświadczeniu traumatycznym. Bez względu na wskazane różnice, oba terminy opisują transmisję zmian z osoby doświadczającej traumy na osobę ją wspierającą (Ogińska-Bulik, Juczyński, 2020).

1.5.3.1. Wzrost posttraumatyczny jako efekt niebezpośredniej ekspozycji na traumę Pearlmana, MacLana, Arnolda, Calhouna, Tedeschiego.

Przed rozpowszechnieniem pojęcia VPTG już w 1995 roku Laurie A. Pearlman oraz Paula S. Mac Ian wskazały, że możliwe jest pojawienie się korzystnych efektów doświadczenia wtórnej traumy. Jednostki zaangażowane w udzielanie empatycznego wsparcia ofiarom wydarzeń traumatycznych mogą doznać głębokiej transformacji dotyczącej: pogłębienia relacji interpersonalnych, wzrostu personalnego, zwiększenia świadomości życiowej (Ogińska-Bulik, Juczyński, 2020).

Debora Arnold wraz ze współpracownikami przedstawiła w 2005 roku koncepcję różnic między wzrostem potraumatycznym (PTG) a zastępczym wzrostem potraumatycznym (VPTG). Według tej koncepcji jednostki, które doświadczają zastępczego wzrostu potraumatycznego, deklarują zwiększony poziom ogólnej prężności, a jednocześnie mniejsze zwiększenie poczucia własnej siły w porównaniu do osób bezpośrednio doświadczających traumy i przejawiających PTG. Mogą pojawić się również różnice w kwestii duchowości – jednostki po bezpośrednim doświadczeniu traumy wskazywały zwiększone poczucie rozwoju duchowego, w przeciwieństwie do jednostek wspierających, które przeważnie przejawiały ruminowanie duchowe, raczej akceptując przekonania duchowe jako element wspomagający proces adaptacji po traumie, bez doznania zmiany w przekonaniach. Ponad połowa terapeutów objętych badaniem zwiększyła świadomość własnego dobrego życia; część z nich wskazała na wzrost optymizmu w kontekście przyszłości; u niektórych zwiększyło się zaangażowanie religijne (Ogińska-Bulik, Juczyński, 2020). Na uwagę zasługuje deklaracja aż 86 procent objętych



badaniem terapeutów, którzy zauważyli u siebie pozytywne zmiany będące następstwem pracy wsparciowej z jednostkami dotkniętymi traumą (Bąk, Ogińska-Bulik, 2024).

Innym charakterystycznym aspektem zastępczego wzrostu potraumatycznego, który nie występuje w PTG, jest opisany w badaniach Barrington oraz Shakespeare-Finch z 2013 roku wzrost postrzegania pracy jako wartości czy podnoszenie zawodowych możliwości i kompetencji (za Bąk, Ogińska-Bulik, 2024).

W koncepcji Tedeschi'ego i Calhoun'a zastępczy wzrost potraumatyczny jest sytuacją zburzenia istniejących przekonań profesjonalisty przez informacje o doświadczeniach wspieranej przez niego ofiary. Zakładają, że zachodzące zmiany są zbliżone charakterem do zmian zachodzących u osób bezpośrednio doświadczających traumy, a więc obejmują: obraz siebie, relacje interpersonalne oraz podejście do życia i świata (Bąk, Ogińska-Bulik, 2024). W swojej koncepcji Calhoun i Tedeschi (2013) wskazują na możliwość czerpania przez profesjonalistów określonych korzyści z doświadczeń swoich podopiecznych bez doświadczania bólu i cierpienia (za Ogińską-Bulik, Juczyńskim, 2020).

1.5.3.2. Wskaźniki prognozujące wzrost post-traumatyczny

Z obserwacji wynika, że nie wszystkie jednostki poddane ryzyku wtórnej traumy rozwiną zastępczy wzrost posttraumatyczny, podobnie jak nie u wszystkich pojawią się konsekwencje negatywne. W obu przypadkach determinanty można przypisać do dwóch kategorii:

- środowiskowych, powiązanych głównie z pracą zawodową, jak obciążenie pracą, wsparcie społeczne, orientacja terapeutyczna, a także dwa specyficzne dla niektórych zawodów: więź terapeutyczna oraz bezpośrednia obserwacja wzrostu potraumatycznego u klienta
- podmiotowych, dotyczących unikalnych cech jednostki: aspektów socjodemograficznych, zasobów wewnętrznych oraz podejmowanych aktywności zaradczych.

Dostępne badania obejmują pomiary obu potencjalnych efektów pracy pomocowej – pozytywnego i negatywnego. Niezwykle istotne w przypadku zastępczego wzrostu po traumie (VPTG), podobnie jak w przypadku PTG, jest poznawcze przetwarzanie doświadczenia traumatycznego. Aspekty podmiotowe mogą wprost warunkować wystąpienie zastępczego

wzrostu potraumatycznego lub też pełnić rolę łącznika między wtórną ekspozycją a pozytywnymi efektami (VPTG) (Ogińska-Bulik, Juczyński, 2020).

W przypadku czynników środowiskowych obserwuje się następujące zależności:

Obciążenie pracą – możliwa jest dodatnia relacja z VPTG (podobnie jak z STS), czyli im więcej ekspozycji (godzin w tygodniu) na pracę z ofiarami traum, tym wyższy poziom VPTG. Zakłada się, że zwiększona ekspozycja na traumę pośrednią, tak jak na bezpośrednią, skutkuje wstrząsem w bazowych założeniach wobec rzeczywistości. Wstrząs prowadzi do modyfikacji tych założeń, a konsekwencją modyfikacji są pozytywne zmiany – PTG i VPTG. Cohen i Collens w 2013 roku zaobserwowali również, że możliwość bezpośredniego obserwowania PTG u klienta podnosi szansę na wystąpienie VPTG u osoby wspierającej. Podkreślenia wymaga fakt, że dostępne są zarówno badania potwierdzające dodatnią korelację między obciążeniem pracą (Abel i in., 2014, Froman, 2014; Cohen i Collens, 2013) czy stopniem ekspozycji na wtórną traumę a VPTG, jak i takie, które wskazują na brak tego związku u osób oferujących wsparcie w ramach interwencji kryzysowej (Fedele, 2018) czy wśród terapeutów, którzy pracują z ofiarami wydarzeń traumatycznych (Froman, 2014; Brockhouse i in., 2011) (Ogińska-Bulik, Juczyński, 2020).

Wsparcie społeczne – z naciskiem na to dostępne w miejscu zatrudnienia – ma szansę zmniejszyć odczuwany stres, jak również pozytywnie wpływać na VPTG u osób wspierających. Uzyskiwanie pomocy nie tylko ułatwia regulację emocjonalną czy wybieranie korzystniejszych strategii radzenia sobie, ale jednocześnie wspiera korekcję wzorców poznawczych, które mogą ulegać zniekształceniu po kontakcie z traumą klientów. Większość, chociaż nie wszystkie, z przeprowadzonych badań wskazuje na istotność wsparcia społecznego dla wystąpienia zastępczego wzrostu potraumatycznego (Ogińska-Bulik, Juczyński, 2020).

Orientacja terapeutyczna – czyli rodzaj terapii, jaką posługuje się osoba wspierająca – wydaje się mieć znaczenie dla występowania zastępczego wzrostu potraumatycznego. Badania Linley i Joseph z 2007 roku wskazują, że podejście humanistyczne jest dodatnio skorelowane z zastępczym wzrostem potraumatycznym, zaś podejście poznawczo-behawioralne jest ujemnie skorelowane. Sugeruje się, że różnica może wynikać z dwóch źródeł. Pierwszą przyczyną może być fakt stosowania terapii poznawczo-behawioralnej w cięższych przypadkach, co daje mniejsze możliwości dla VPTG. Drugą przyczyną może być założenie podejścia humanistycznego, które cierpienie rozpatruje jako szansę na wzrost (Ogińska-Bulik, Juczyński, 2020).

Dodatkowymi czynnikami, jakie zwracają uwagę na podstawie przeprowadzonych badań, mogą być: więź terapeutyczna, której obecność wydaje się być, w oparciu o badania Linley i Joseph z 2005 roku, znaczącym prognostykiem wystąpienia VPTG; zadowolenie i satysfakcja z pracy oraz postrzeganie jej jako wartościowej – na bazie badań Gibbons i współpracowników z 2011 roku; wspomniana już wcześniej bezpośrednia obserwacja potraumatycznego wzrostu u klientów – ten czynnik potwierdza aż pięć niezależnych badań przeprowadzonych na przestrzeni lat 2005 - 2013 (Ogińska-Bulik, Juczyński, 2020).

W przypadku czynników podmiotowych także możemy zaobserwować, że przeprowadzone badania dostarczają niejednoznacznych danych:

Płeć - zgromadzone dotychczas dane badawcze nie dostarczają jednoznacznych informacji na temat powiązania czynników socjodemograficznych (wiek, płeć) z poziomem pozytywnych konsekwencji wtórnej ekspozycji na doświadczenia traumatyczne. Przez asocjację, na podstawie badań dotyczących wzrostu potraumatycznego (PTG), można by oczekiwać, że kobiety będą odnosiły więcej pozytywów z doświadczenia wydarzeń traumatycznych. Także w badaniach nad VPTG u terapeutów z 2007 i 2014 roku kobiety wykazywały wyższy poziom zastępczego wzrostu niż mężczyźni. Jednocześnie badania innych grup zawodowych z 2017 roku – lekarzy, psychologów, pielęgniarek, doradców i pracowników socjalnych – nie wykazały różnic międzypłciowych w poziomie osiąganego VPTG (Ogińska-Bulik, Juczyński, 2020).

Wiek – W badaniach wśród terapeutów i pielęgniarek wykazano, że wiek koreluje dodatnio z nasileniem zastępczego wzrostu potraumatycznego. Zwłaszcza ze zmianami w poczuciu własnej siły i pozytywnej oceny życia (Ogińska-Bulik, Juczyński, 2020).

Własna trauma – personalne, historyczne doświadczenie traumy – wydaje się wspierać pojawienie się zastępczego wzrostu potraumatycznego. Zakłada się, że działa to poprzez zwiększenie empatycznego zaangażowania w problemy osoby wspieranej oraz umiejętność poradzenia sobie z takimi wydarzeniami. Jakkolwiek powyższa zależność wydaje się znajdować potwierdzenie w badaniach z 2007 i 2009 roku, zalecane jest traktowanie jej z pewną ostrożnością z uwagi na brak kontroli nad własną historią traumy jako zmienną w przeprowadzonych badaniach. Może to powodować trudność z jednoznacznym określeniem, czy obserwowane zmiany są konsekwencją personalnych traum pracowników pomocowych czy traum ich klientów (Ogińska-Bulik, Juczyński, 2020).

Empatyczne zaangażowanie – badania wskazują, że empatia i empatyczne zaangażowanie w pomoc klientowi to ważne elementy mogące przyczyniać się do wystąpienia

zastępczego wzrostu potraumatycznego. Taką korelację zaobserwowano w badaniach w grupie terapeutów w latach 2007 i 2011. Dodatkowo w badaniach zaobserwowano, że specjaliści o wyższym poziomie empatii wykazywali się większą elastycznością i otwartością poznawczą, łatwiej włączając doświadczenia klientów we własny obraz rzeczywistości, co wzmacniało wystąpienie zastępczego wzrostu potraumatycznego. Jak i przy poprzednich czynnikach, tak i tu przeprowadzono badania, które takich zależności nie potwierdziły, np. badanie z 2011 roku wśród osób udzielających wsparcia telefonicznego. Pozostając w obszarze empatii, w badaniu z 2017 roku zaobserwowano, że współczucie sobie i troska o samego siebie w sytuacji traumy koreluje dodatnio z wystąpieniem zastępczego wzrostu (Ogińska-Bulik, Juczyński, 2020).

Odporność (prężność) – to kolejny aspekt zasobów wewnętrznych, który wydaje się dodatnio korelować z pozytywnymi konsekwencjami wtórnego doświadczenia wydarzeń traumatycznych. Wyniki takie dostarczyły badania na lekarzach (2014), pielęgniarkach (2017) oraz zespołach pracujących w karetkach pogotowia (2018). Jednocześnie część badań dostarczyła informacji na temat niejednoznaczności roli prężności dla wystąpienia VPTG, co można potraktować jako analogię do PTG. Na podkreślenie zasługuje fakt braku jednoznacznej definicji rezyliencji, co powoduje, że w zależności od źródła może być ona zrównywana ze wzrostem potraumatycznym, traktowana jako pewna forma wzrostu potraumatycznego, traktowana jako coś podległego wzrostowi potraumatycznemu, a nawet jako czynnik blokujący wzrost potraumatyczny (adaptacja) (Ogińska-Bulik, Juczyński, 2020).

Optymizm życiowy – zasób ten, powiązany z podwyższonym poziomem pozytywnych emocji (afektu), sprzyja pozytywnym zmianom po wtórnym doświadczeniu wydarzeń traumatycznych. Odnotowania wymaga fakt, że afekt negatywny koreluje negatywnie ze zastępczym wzrostem potraumatycznym (Ogińska-Bulik, Juczyński, 2020).

Poczucie skuteczności i wartości – badania dostarczają wniosków potwierdzających, że poczucie satysfakcji z życia oraz wykonywanej pracy, poczucie wartości, jaką niesie ta praca, oraz świadomość własnych kompetencji zawodowych wydają się wspierać wystąpienie zastępczego wzrostu potraumatycznego. Danych takich dostarczyły badania na lekarzach i pielęgniarkach z 2008 roku i pracownikach socjalnych z 2011 roku. Jednocześnie badania z 2014 roku przeprowadzone wśród specjalistów pracujących z ofiarami wojny nie potwierdziły takich zależności. Nasuwa się to przypuszczenie, że w przypadku specyficznego rodzaju traumy – wojny – wśród osób wspierających nie następuje tak wysoki poziom identyfikacji z klientami. W efekcie satysfakcja z pracy i nadawana jej wartość nie mają takiego wpływu na percepcję pozytywnych efektów zmiany potraumatycznej.

Poczucie koherencji – w tym przypadku zebrane dane dotyczące korelacji także są niejednoznaczne. Badania z 2005 roku dostarczyły danych zarówno na istnienie korelacji, jak i na jej brak, w zależności od użytego narzędzia (istnienie przy Changes in Outlook Questionnaire – CiOQ, brak zależności przy PTGI). Jednocześnie badania z 2011 roku w grupie terapeutów dostarczyły informacji o negatywnej korelacji między poczuciem koherencji a zastępczym wzrostem po traumie. Podejrzewa się, że przy relatywnie wysokim poczuciu koherencji wśród osób pracujących wsparciowo wyzwanie, przed jakim stanęła badana grupa, było zbyt małe, aby wywołać zaburzenie podstawowych wartości badanych profesjonalistów. Przyjmuje się, że ten aspekt podlega dalszym badaniom (Ogińska-Bulik, Juczyński, 2020).

Duchowość – Z badań VPTG z 2009 roku oraz z badań wśród pracowników socjalnych z 2013 roku wynika, że duchowość sprzyja pojawieniu się VPTG. Jednocześnie badania z 2017 r. wśród pielęgniarek nie wskazały na takie powiązanie.

Poznawcze przetwarzanie traumy – wspieranie osób po doświadczeniach traumatycznych – powoduje pracę poznawczą u profesjonalistów, co w efekcie może spowodować modyfikację schematów poznawczych. Zmiana może mieć dwojaki charakter – jeśli dojdzie do zmian negatywnych, to efektem będzie wtórny stres traumatyczny (STS); jeśli zmiany będą pozytywne, to efektem może być zastępczy wzrost potraumatyczny (VPTG). Osoby zawodowo wspierające ofiary wydarzeń traumatycznych, obserwując pozytywne przemiany swoich klientów, mają szansę na zwiększenie wiary w świat i innych ludzi, a także na zwiększenie możliwości radzenia sobie jednostek, które doświadczyły traumy. Przyjmuje się, że pozytywne związki między poznawczym przetwarzaniem a zastępczym wzrostem potraumatycznym (VPTG) istnieją, jednak są słabsze niż te w przypadku przetwarzania poznawczego i wzrostu potraumatycznego (PTG). Trauma, której doświadcza się pośrednio, angażuje procesy poznawcze mniej niż ta doświadczona bezpośrednio. Zwraca się uwagę na to, że zależność ta może wynikać z charakteru pracy osób wspierających. Profesjonaliści nie mają dużo przestrzeni czasowej, aby poddawać doświadczenia swoich klientów rozbudowanej analizie poznawczej (Ogińska-Bulik, Juczyński, 2020).

W 2024 roku grupa greckich badaczy opublikowała wyniki przekrojowego badania, przeprowadzonego na grupie pielęgniarek i pielęgniarzy, dotyczącego wystąpienia VPTG związanego z pandemią COVID-19 i jego powiązania z prezentowanymi przez respondentów strategiami radzenia sobie ze stresem – aktywnymi, unikającymi i biernymi. Badanie wykazało, że najwyższy poziom VPTG osiągnęły osoby stosujące aktywne strategie radzenia sobie ze stresem, zaś najniższy osiągnęły osoby korzystające z pasywnych strategii. Osoby używające

strategii unikających osiągnęły średni poziom VPTG. Według badaczy oznacza to, że jakiegokolwiek działanie w obliczu sytuacji traumatycznej – czy aktywne działanie, czy nawet próba uniknięcia stresora – jest lepsze niż brak działania (podejście pasywne). Wyniki badania wskazują, że podejmowanie działań w ramach strategii radzenia sobie skutkuje wzmocnieniem pozytywnych konsekwencji przeżycia trudnej sytuacji – wyższym VPTG (Kalaitzaki i in., 2024).



Rozdział 2 Problematyka prężności w literaturze

2.1. Definicje prężności

Pojęcie resilience znajduje swoje źródło w łacinie, w czasownikach *salire*, co znaczyło powstać, sprężynować, oraz *resilire*, co znaczyło odskakiwać, powracać do stanu poprzedniego. Termin mówi o własności fizycznej ciał stałych. Zjawisko, jak opisują Herman i współpracownicy (2012), dotyczy podatności na odkształcenia, jakim podlegają ciała stałe poddane działaniom sił zewnętrznych. Jeśli siła zaniknie, ciało wróci do początkowej formy i rozmiaru; mówi się, że jest ono sprężyste (resilience). Zaznaczenia wymaga fakt, że nie istnieją obiekty o idealnej sprężystości – jeśli siła, która oddziałuje, jest zbyt duża i przekroczy granicę sprężystości obiektu, zostanie on trwale odkształcony (za Boczkowska, 2019).

Termin resilience, jak wskazują Ogińska-Bulik i Juczyński (2011), początkowo używany w naukach fizycznych, przeniesiono na pole nauk humanistycznych i społecznych, aby opisać umiejętność jednostki powracania do stanu równowagi oraz pozytywnej adaptacji po doświadczeniu wydarzeń stresujących czy traumatycznych. Do nauk społecznych termin ten wprowadzili pionierzy badań nad prężnością – Werner, Garmezy i Rutter (Boczkowska, 2019).

W obszarze polskiej literatury psychologicznej możemy spotkać się z różnorodnym sposobem tłumaczenia pojęcia resilience. Koncepcja Marka Celińskiego (2012) zawiera termin „odporność psychiczna” (Heszen, 2013); w publikacji Krzysztofa Sz wajcy (2014) będzie to „sprężystość”; u Łukasza Kaczmarka (2011) — „sprężystość psychiczna”; u Marii Rys i Elżbiety Trzęsowskiej-Greszty (2018) — „odporność na zranienie”; publikacje Niny Ogińskiej-Bulik i Zygryda Juczyńskiego opisują „prężność”, a praca Zenona Uchnasta (1982) — „prężność osobową”. Oprócz wyżej wymienionych pojawiają się także interpretacje cieszące się mniejszą popularnością: odbojność, elastyczność, prężność (także psychiczna), zaradność, a także rezyliencja zaproponowana przez Wioletę Junik w 2011 roku (Boczkowska, 2019).

Według APA (American Psychological Association) odporność jest procesem dopasowywania się jednostki w zderzeniu z przeciwnościami losu, traumami, tragediami i zagrożeniami. Natomiast na przestrzeni lat badań odporność (resilience) była i jest różnorodnie definiowana i postrzegana – jako cecha, proces, wynik, a nawet model przebiegu życia (Boczkowska, 2019). Poniżej opisano wybrane koncepcje.



2.2. Wybrane koncepcje prężności

2.2.1. Model kompensacyjny i ochronny Garmezy'ego

Norman Garmezy, psycholog kliniczny, jest pionierem badań dotyczących ryzyka i prężności. Prowadzone przez niego w latach 60. XX wieku badania, dotyczące funkcjonowania dzieci matek chorujących na schizofrenię przyniosły przełomowe obserwacje. Badane rodziny żyły w trudnych warunkach środowiskowych, nierzadko w ubóstwie. Przedmiotem zainteresowań, na początkowym etapie badań, był głównie stopień narażenia dzieci na schizofrenię i psychopatologię. Odnotowano, że u części badanych dzieci, chociaż były narażone na niesprzyjające warunki, rozwój przebiegał prawidłowo. Mniej więcej połowa badanych dzieci z grup ryzyka (wychowanie przez matkę ze schizofrenią, depresją lub zaburzeniami osobowości) nie rozwinęła żadnej psychopatologii i przejawiała przystosowanie na zadowalającym poziomie, tak dorastając, jak i w dorosłym życiu. W toku poszukiwania czynników lub mechanizmów, które mogły odegrać rolę w zaobserwowanym procesie, stworzono pojęcie niezniszczalności (invulnerability). Określono w ten sposób zjawisko pozytywnego funkcjonowania mimo wpływu czynników ryzyka. Wyróżniono trzy grupy czynników ochronnych, które miały znaczenie dla badanej grupy – cechy osobowości, harmonię rodzinną i zewnętrzne wsparcie (Boczkowska, 2019).

2.2.2. Koncepcja prężności jako interakcji Rutter'a

Michael Rutter, brytyjski profesor psychiatrii dziecięcej, przeprowadził badania prowadzonym na grupie dzieci ze zwiększonym prawdopodobieństwem pojawienia się zaburzeń psychicznych. Zidentyfikowane przez niego czynniki ryzyka obejmowały: rodzicielskie problemy małżeńskie, rodziny wielodzietne, życie w trudnych warunkach socjoekonomicznych, matki z zaburzeniami psychicznymi, konflikty z prawem rodziców, rodzinę objętą instytucjonalnym systemem opieki. Dodatkowo badacz wskazał czynniki ochronne, które miały redukować prawdopodobieństwo wystąpienia zaburzeń psychicznych: korzystne cechy temperamentu, dobre relacje dziecko-rodzic, pozytywne środowisko w szkole, troskliwi nauczyciele, płeć żeńska. W badaniach podkreślono, że centrum zainteresowania powinny być czynniki i procesy ochronne, a nie negatywne, podnoszące ryzyko. W tym podejściu rozpatrywano odporność jako proces i wyróżniono sześć wskaźników jej wystąpienia:



1. Stresory – aktywujące proces prężności i powodujące zaburzenie balansu w życiu osoby, grupy czy społeczności. Perspektywa na to, co jest stresorem, a co nie, jest różna między osobami.
2. Zewnętrzny kontekst środowiskowy – balans między czynnikami ryzyka a ochronnymi w środowisku jednostki. Środowiskiem może być szkoła, koło naukowe, świetlica środowiskowa.
3. Proces interakcji człowiek – środowisko – relacja zachodząca pomiędzy dzieckiem a otoczeniem. Jednostka może być biernym odbiorcą albo brać aktywny udział i starać się reagować i wpływać na to, czego doświadczą.
4. Charakterystyka wewnętrzna – wewnętrzne zasoby dziecka: duchowe, poznawcze, emocjonalne, fizyczne, behawioralne, pozwalające na sukces podejmowania działań w różniących się warunkach.
5. Procesy prężności – krótko- lub długoterminowe procesy radzenia sobie, które dziecko nabywa w trakcie doświadczania narastających negatywnych wydarzeń.
6. Pozytywne efekty – pozytywna adaptacja do życia, bez względu na traumatyczne doświadczenia, jest elementem podnoszącym szanse na sukces w zderzeniu z negatywnymi zdarzeniami w toku późniejszego życia.

W jego ujęciu odporność rozpatrywana jest jako proces, w trakcie którego osiągane są następujące po sobie, odpowiednio do wieku, normy rozwojowe. Człowiek, korzystając z zasobów zewnętrznych i wewnętrznych, mimo doświadczanych negatywnych wydarzeń, jest w stanie pozytywnie przystosować się do rzeczywistości (Boczkowska, 2019).

2.2.3. Koncepcja czynników ochronnych Werner

Emma Werner wraz z zespołem złożonym z pediatrów, psychologów, psychiatrów i pracowników socjalnych przez 40 lat prowadziła badania dzieci urodzonych w 1955 roku na jednej z hawajskich wysp. Zespół siedmiokrotnie zbierał dane na przestrzeni życia dzieci – od momentu urodzenia do 40. roku życia. Z badanej grupy około 30% dzieci było poddanych ekspozycji na czynniki ryzyka, takie jak urodzenie lub wychowanie w ubóstwie, komplikacje związane z porodem, życie w rodzinie dotkniętej konfliktem, rozwodem, psychopatologią rodziców czy wychowanie przez matki, które skończyły edukację poniżej 8. klasy. Badania pokazały, że 2/3 dzieci, poddanych ekspozycji na minimum cztery czynniki ryzyka w ciągu pierwszych dwóch lat życia, w 10. roku życia odnotowało problemy w nauce i zachowaniu, a



w 18. roku życia konflikt z prawem oraz problemy psychiczne. 1/3 badanych, pomimo ekspozycji, nie doświadczyła problemów, a ich osiągnięcia naukowe i życiowe były porównywalne z osiągnięciami dzieci, które nie doświadczyły czynników ryzyka. Wnioski z badań wskazywały, że czynniki chroniące mogą stanowić formę bufora, redukując ryzyko rozwoju psychopatologii. Werner określiła trzy grupy takich czynników ochronnych: rodzinne (przynajmniej jeden rodzic), społeczne (przynależność do grupy szkolnej, kościoła), indywidualne (wewnętrzne poczucie kontroli, pozytywny obraz samego siebie), a pozytywną adaptację grupy badanej określiła pojęciem resilience (Boczkowska, 2019).

2.2.4. Odporność rozwojowa - odporność jako dynamiczny proces Masten, Cicchetti'ego

We wczesnej fazie prac nad rezyliencją jej definicje różnicowały się głównie pod względem skupienia na obserwowalnych przejawach odporności (radzeniu sobie pomimo przeciwności), różnicach związanych z lepszym przystosowaniem do trudnych warunków (czynników ochronnych: indywidualnych, relacyjnych czy społeczno-kulturowych) oraz procesach związanych z adaptowaniem się do trudnych sytuacji. W związku z tym na tym etapie Anna S. Masten i jej współpracownicy definiowali odporność jako „proces, zdolność lub wynik udanej adaptacji pomimo trudnych lub zagrażających okoliczności” (Masten i in., 1990, s. 426; za: Masten, 2021, s. 114).

Wraz z pogłębianymi badaniami nad odpornością rozpoczęła się rewolucyjna zmiana w teorii rozwoju, nazywana także teorią systemów rozwojowych lub teorią relacyjnych systemów rozwojowych. Doszło do zintegrowania wielu dyscyplin dotyczących rozwoju organizmów – od embriologii, genetyki behawioralnej, poprzez systemy rodzinne i modele ekologiczne, a w efekcie integracja teorii dotyczących roli żywych systemów, które wzajemnie na siebie oddziałują. Włączając w to system rozwoju dzieci – co w swoich badaniach wskazywali Masten i Cicchetti w 2016 roku. Drugim czynnikiem, który wpłynął na przyspieszenie rozwoju systemowego spojrzenia na odporność, było wzrastające zagrożenie masowymi traumami – atakami terrorystycznymi, katastrofami i pandemiemi. Zaznaczyć należy, że masowe zagrożenia zawsze odgrywały rolę w badaniach nad odpornością i od początku wskazywano na rolę wojen czy stałego narażenia na biedę, przemoc, opresję. Natomiast zwiększenie częstotliwości występowania zdarzeń katastrofalnych (terroryzm lokalny i międzynarodowy, pandemie, klęski żywiołowe), pociągających za sobą masowe ofiary, podniosło świadomość globalnego zagrożenia również tego typu wydarzeniami. Równolegle wzrastała też liczba



dzieci zagrożonych konfliktem wojennym i przesiedleniami, a w związku ze zmianami klimatu wzrastała częstotliwość i intensywność powodzi i opadów (Masten, 2021).

Z perspektywy systemów rozwojowych odporność może być ujmowana jako zdolność dynamicznego systemu do skutecznego przystosowania się do wyzwań dla jego funkcjonowania, przetrwania lub rozwoju. Tak zaproponowana definicja ma być możliwa do wykorzystania na wszystkich poziomach systemu, a także w różnorodnych dyscyplinach. Odporność jako zjawisko, jest istotna dla zrozumienia wielu złożonych systemów adaptacyjnych: od jednostki i jej systemu odpornościowego, rodziny czy gospodarki, poprzez firmy, szkoły, społeczności i całe społeczeństwa, na dynamicznych ekosystemach całej planety kończąc. Dynamizm systemu prężności człowieka bazuje na tym, że źródła odporności są również dynamiczne i rozproszone po wielu współdziałających podsystemach. Obserwuje się, że żywe systemy w toku życia rozwijają się i zmieniają w taki sposób, że modyfikacji ulega też ich zdolność do adaptacji. Zdolności do rozwiązywania problemów zwykle zwiększają się wraz ze wzrostem poziomu rozwoju i doświadczeniem jednostki. Zwykle rozwój ten jest obserwowalny do momentu, gdy wiek nie zacznie powodować zanikania jednostki. Podkreślenia wymaga fakt, że w dowolnym momencie procesu rozwojowego jednostki zdolność do adaptacji może zostać zahamowana lub osłabiona przez czynniki zewnętrzne, jak choroba czy przeciążenie (Masten, 2021).

Odporność jednostki podlega ogólnym zasadom pochodzącym z teorii systemów rozwojowych (Boczkowska, 2019, Masten & Cicchetti, 2016):

- Wiele działających na siebie systemów kształtuje rozwój odporności w żywym systemie.
- Żywe systemy są samoorganizujące się i zawierają zdolności wyższego rzędu, które mogą być zaskakujące lub nieprzewidywalne, jeśli rozpatrywane z niższego poziomu analizy.
- Odporność podlega rozwojowi i zmianom, ponieważ wszystkie systemy odpowiedzialne za nią są dynamiczne – odporność człowieka rozwija się i zmienia wraz z rozwojem i zmianami jednostki.
- Możliwość adaptacji do wymagających okoliczności zależy od wielu powiązanych systemów.
- Możliwość adaptacji można konceptualizować na wielu poziomach.
- Odporność jednostki wykracza poza jej organizm poprzez interakcje i powiązania z innymi systemami.



- Adaptacja złożonego systemu, jakim jest człowiek, do trudnych okoliczności może przyjmować różne formy: powrót do równowagi poprzez wewnętrzną stabilizację lub zewnętrzne systemy regulujące, załamanie prowadzące do obniżenia poziomu funkcjonowania, śmierć albo transformację.
- Odporność człowieka kształtowana jest przez biologiczną i kulturalną ewolucję, ewolucję wielu systemów świata naturalnego i stworzonego oraz przez rozwój jednostki. Odporność w ich ujęciu to, z jednej strony, cecha jednostki czy rodziny, a z drugiej umiejętność przystosowywania się do trudności, bazująca na zauważalnym sukcesie w radzeniu sobie z wyzwaniami. Umiejętność oparta jest na dwóch kryteriach: wyzwaniu (ryzyku, trudności, zagrożeniu) będącym zagrożeniem dla jednostki/rodziny oraz pozytywnej adaptacji (Boczkowska, 2019; Masten, Cicchetti, 2016).

2.2.5. Koncepcja radzenia sobie jako zjawisko powszechne Bonanno

Jak szerzej opisano w rozdziale dotyczącym konceptu wzrostu potraumatycznego (PTG), jednym z kluczowych elementów koncepcji Bonanno jest założenie powszechnego charakteru dobrego przygotowania jednostek do przetrwania stresu oraz do powrotu do dobrego funkcjonowania po trudnym doświadczeniu. Odporność zdefiniowano jako zdolność zachowania odpowiednio zdrowego i stabilnego funkcjonowania w zderzeniu z trudnymi wydarzeniami. W swojej koncepcji autor zdecydowanie przeciwstawia się twierdzeniom, że jednostki niewykazujące cierpienia po stracie, doświadczeniach przemocowych czy związanych z zagrożeniem życia są obciążone patologią lub należą do rzadkich, wybitnie zdrowych osobników. Z badań wynika, że przejawianie prężności psychicznej jest raczej objawem zdrowego dostosowania się niż patologii. Jak wskazuje Bonanno, jest to zjawisko nie tylko powszechne, ale i możliwe do osiągnięcia różnymi „ścieżkami”. Wymienione przez niego możliwe źródła lepszego przystosowania się to: cecha osobowości jaką jest twardość (postrzeganie trudnych wydarzeń jako mniej zagrażających, angażowanie w szukanie rozwiązań i poczucie nauki i rozwoju na bazie trudnych sytuacji); koncepcja samowzmacniania się (w aspekcie pozytywnym wiąże się z wyższą samooceną, lepszą adaptacją i samopoczuciem), stosowanie represyjnych strategii radzenia sobie (wypieranie emocjonalne prowadzące do lepszej adaptacji); wykorzystanie (wyrażanie/przeżywanie) pozytywnych emocji i śmiechu (Bonanno, 2014).



2.2.6. Prężność jako cecha – Ogińska-Bulik, Juczyński

Profesor Nina Ogińska-Bulik oraz profesor Zygfryd Juczyński od lat prowadzą badania dotyczące szeroko pojętego stresu, zdrowia i osobowości, zgłębiając zagadnienia stresu, jego konsekwencji oraz czynników im przeciwdziałających. W 2008 roku przedstawili Skalę Pomiaru Prężności (SPP-25), z której korzystałam w niniejszej pracy. W tym ujęciu prężność rozpatrywana jest jako cecha, czyli względnie stały element osobowości, który jest istotny dla procesów adaptacji do zmieniających się okoliczności – tak codziennych, jak i traumatycznych. Bazą tej koncepcji, na gruncie literatury polskiej, są prace Zenona Uchnasta, który w 1997 roku zaproponował pojęcie „prężności ego” – prężność jest przez jednostkę trwale rozwijana i wykorzystywana w codziennym funkcjonowaniu. Stworzono opis osoby z osobowością prężną oraz osobowością kruchą. Te pierwsze, to jednostki, które przystosowują się do zmian życiowych w sposób płynny i adekwatny, korzystając z zasobów wewnętrznych i zewnętrznych. Te drugie, to osoby o niskim progu frustracji. Na nowe sytuacje reagują niepokojem, stresem; charakteryzuje je niski próg frustracji (Ogińska-Bulik, Juczyński, 2008).

Autorzy rozpatrują prężność jako pojęcie szersze i nadrzędne w stosunku do innych konstruktów osobowości, z którymi wchodzi w relację, wymieniając tu: stabilność emocjonalną, otwartość na doświadczenia, poczucie koherencji, własnej skuteczności czy kontroli, optymizm oraz przeżywanie pozytywnych emocji. Postrzegana jako forma mechanizmu samoregulacji będzie obejmowała aspekty poznawcze (przekonania oraz oczekiwania na temat siebie i otoczenia), emocjonalne (wspomniane wcześniej pozytywne emocje czy stabilność emocjonalną) oraz behawioralne (podejmowanie działania w poszukiwaniu skutecznych rozwiązań, otwarcie na nowości) (Ogińska-Bulik, Juczyński, 2008).

2.2.7 Koncepcja rozwojowa odporności – 7 czynników prężności – Jackson i Watkin

Rachel Jackson i Chris Watkin, zajmując się odpornością w kontekście psychologii pracy, w 2004 roku zaproponowali swoją koncepcję. Rozpatrując odporność jako proces, przyjęli wstępnie cztery czynniki determinujące sposób radzenia sobie jednostki z niesprzyjającymi okolicznościami (Strycharczyk, Clough, 2017):

- precyzję w analizowaniu wydarzeń;
- liczbę możliwych scenariuszy, jakie może sobie wyobrazić jednostka;
- elastyczność jednostki;



- wewnętrzną siłę do przeciwstawiania się przeciwnościom.

Założyli, że wewnętrzne procesy myślowe jednostki mają możliwość dwutorowego działania. Z jednej strony mogą minimalizować wpływ doznawanych trudności, a równocześnie stanowić bazę umożliwiającą skupienie się na elementach podlegających kontroli jednostki, zamiast na przytłaczających aspektach, które są poza kontrolą. Dzięki temu drugiemu aspektowi, jednostka może ruszyć z miejsca i przekierować energię na adaptację i rozwiązanie. W koncepcji zasugerowano, że najważniejszą umiejętnością dla odporności jednostki będzie identyfikacja własnych myśli i przekonań, a także wzmacnianie elastyczności w myśleniu, co zwiększa skuteczność kontrolowania emocji i zachowań. Badacze przyjęli, że umiejętność ta jest mierzalna, możliwa do opanowania i rozwijania, co zaowocowało opracowaniem programu rozwijającego odporność. W swojej koncepcji autorzy zaproponowali siedem czynników odporności (Strycharczyk, Clough, 2017):

- regulację emocji - kierowanie wewnętrznymi przeżyciami tak, aby być skutecznym w sytuacjach dużej presji;
- kontrolę impulsów – świadome kierowanie wyrażaniem myśli i kontrolowaniem impulsów emocjonalnych, a także umiejętność odroczenia gratyfikacji;
- analizę przyczyn – identyfikowanie powodów występujących przeciwności;
- poczucie skuteczności – poczucie własnej skuteczności w działaniu oraz przekonanie o możliwości odniesienia sukcesów i rozwiązywania napotykanym problemów;
- realistyczny optymizm - pozytywne myślenie o przyszłości a jednocześnie zachowanie realizmu przy konstruowaniu planów;
- empatię – odczytywanie elementów zachowania innych umożliwiające zrozumienie stanu, w jakim się znajdują oraz budowanie z nimi lepszych relacji;
- otwartość – podkreślanie pozytywnych elementów oraz gotowość na nowe wyzwania.

Rozdział 3 Problematyka inteligencji emocjonalnej w literaturze

3.1. Definicje inteligencji emocjonalnej

Koncepcja inteligencji emocjonalnej w relatywnie krótkim czasie wzbudziła duże zainteresowanie i stała się dodatkowym sposobem, obok zdolności poznawczych i cech osobowości, na wyjaśnienie ludzkiego zachowania. Nie ma jednak zgody, co do jednoznacznego definiowania tego konceptu, ponieważ EI jest opisywana zarówno jako zestaw cech, jak i zdolności. Jakkolwiek możliwe jest badanie konceptu jako zestawu cech osobowości oraz jako zestawu zdolności poznawczych, literatura nie dostarcza jednoznacznych odpowiedzi, czy te różne metody badają to samo pojęcie (Sadowska, Brachowicz 2008). Poniżej przedstawiono trzy kluczowe koncepcje inteligencji emocjonalnej oparte na modelach mieszanych i zdolnościowych.

3.2. Wybrane koncepcje inteligencji emocjonalnej

3.2.1. Koncepcja inteligencji emocjonalnej Golemana

Daniel Goleman w 1997 roku zaproponował koncepcję, w której określił inteligencję emocjonalną (EI, emotional intelligence) jako odmienny rodzaj mądrości i wskazał jej bazowy charakter dla innych elementów psychiki człowieka. Model Golemana zaliczany jest do modeli mieszanych z uwagi na włączanie do koncepcji zarówno cech osobowości, jak i umiejętności umysłowych. W przedstawionym koncepcie inteligencja emocjonalna składa się z pięciu obszarów (Sadowska, Brachowicz 2008):

- Świadomość swoich emocji – uznanie występowania uczuć i zdolność kierowania nimi;
- Umiejętność kierowania emocjami – umiejętność sterowania emocjami, uspokajania samego siebie, pozbywania się niepokoju, irytacji czy ponurego nastroju;
- Motywowanie samego siebie – umiejętność ograniczenia impulsywności, odraczenia gratyfikacji, nadrzędność wyznaczonych celów nad emocjami, otwartość na zmienne nastroje);
- Umiejętność rozpoznawania emocji innych – empatyczna świadomość i umiejętność dopasowania do oczekiwań lub potrzeb innych osób;



- Utrzymywanie relacji – łatwość w kontaktach z innymi oraz umiejętność kierowania emocjami innych osób.

Poziom zdolności we wskazanych obszarach jest zróżnicowany w populacji i częściowo zależny od systemu nerwowego jednostki. Natomiast dzięki plastyczności umysłu ludzkiego możliwe jest zwiększanie tych kompetencji poprzez pracę nad nawykami i reakcjami. Stąd kluczowa, wg Golemana, jest edukacja emocjonalna, która powinna być elementem edukacji szkolnej. Takie zajęcia poszerzałyby arsenał reakcji na emocje i dawałyby świadomość wyboru reakcji, pozwalałyby zwiększać wgląd w siebie i swój stan emocjonalny oraz były przestrzenią do treningu – kierowania uczuciami, uspokajania siebie czy ograniczania impulsywności (Goleman, 1997).

Istotnym w opisaney koncepcji jest założenie, że intelekt przeplata się z emocjami i są to nieprzystawne, lecz odmienne zestawy zdolności. Zarówno inteligencja poznawcza, jak i emocjonalna są istotne dla pełnego i sprawnego funkcjonowania jednostki. Wskazał też, że jakkolwiek trudne, a nawet niemożliwe, może być stworzenie prostych narzędzi do pomiaru inteligencji emocjonalnej, porównywalnych do narzędzi dla inteligencji poznawczej, to zawsze możliwy będzie pomiar poszczególnych jej składników, np. empatii (Goleman, 1997).

Według tej koncepcji inteligencja emocjonalna jest niezbędna do (Ogińska-Bulik, Juczyński, 2008):

- Organizowania działań grupowych – jako element umiejętności przywódczych, dzięki którym organizuje się i koordynuje działania zespołów;
- Negocjowania ustaleń międzyludzkich – umów, rozwiązywanie sporów, mediowania;
- Nawiazywania relacji z otoczeniem – umożliwia łatwiejsze nawiązywanie znajomości, rozpoczynanie komunikacji, rozpoznawanie emocji innych i adekwatne na nie reagowanie;
- Skutecznego analizowania otoczenia – wychwytywania i domyślenia się emocji, problemów oraz motywacji otoczenia, co prowadzi do powstania poczucia porozumienia z otoczeniem.

3.2.2. Model naukowy/zdolnościowy Saloveya i Meyera

Salovey i Meyer w 1990 roku zaproponowali pierwszą wersję swojej koncepcji inteligencji emocjonalnej (emotional intelligence, EI). Oparli się na założeniu, że EI jest zbiorem zdolności umysłowych - emocjonalnych i intelektualnych. W związku z tym ich



koncepcję określa się mianem modelu zdolnościowego lub naukowego. W koncepcji wskazano, że emocje są odpowiedziami organizmu ludzkiego, przenikającymi przez wiele podsystemów psychicznych jednostki i zawierają w sobie elementy fizjologiczne, poznawcze, motywacyjne i doświadczeniowe. Reakcja emocjonalna ma potencjał sprzyjający rozwijającym człowieka doświadczeniom, a emocje współgrają z procesem myślenia, a nie utrudniają go. Ta pierwsza wersja koncepcji opisywała trzy wymiary zdolności:

- spostrzeganie, ekspresję i ocenę emocji;
- regulację emocjonalną siebie i innych;
- wykorzystywanie emocji jako wsparcia myślenia i działania.

W zaktualizowanej koncepcji, w 1999 roku, autorzy przedstawili hierarchiczny sposób organizacji procesów związanych z rozwojem inteligencji emocjonalnej. Od podstawowych, jak zdolność percepcji i ekspresji emocji, do najwyższych, jak refleksyjność i świadoma regulacja emocjonalna (Sadowska, Brachowicz, 2008). Wraz z rozwojem modelu rozszerzenia, z trzech do czterech uległy wymiary zdolności, jakie obejmuje pojęcie EI: spostrzeganie emocji, posługiwanie się emocjami, rozumienie emocji oraz radzenie sobie z emocjami (swoimi i innych) (Zimbardo i in., 2017).

Jakkolwiek powstały liczne narzędzia do pomiaru inteligencji emocjonalnej, większość z nich nie spełniła wymagań psychometrycznych. Salovey i Meyer zaproponowali, na bazie swojej zaktualizowanej teorii, dwa narzędzia do pomiaru inteligencji emocjonalnej: Wieloczynnikową Skalę Inteligencji Emocjonalnej (MEIS) oraz jej skróconą wersję – Test Inteligencji Emocjonalnej. MEIS jest narzędziem rozbudowanym, składającym się z 12 zdolności wpisanych w cztery obszary opisane w naukowym modelu EI (Ogińska-Bulik, Juczyński, 2008).

3.2.3. Koncepcja Bar-Ona

Reuven Bar-On, izraelsko-amerykański psycholog, jest jednym z pionierów badań i teorii inteligencji emocjonalnej. W publikacji z 1997 roku zaproponował model inteligencji emocjonalnej, definiowanej jako grupa umiejętności, zdolności i kompetencji, dzięki którym możliwe jest poradzenie sobie z wymaganiami i naciskami zewnętrznymi (Knopp, 2005).

W toku prowadzonych badań i analiz opisał dziesięć kluczowych obszarów funkcjonowania człowieka, stanowiących bazę dla inteligencji emocjonalnej. Każdy z obszarów obejmował zestaw elementów (Bar-On, 2001):



- Szacunek dla samego siebie – umiejętność odpowiedniego postrzegania i oceniania samego siebie
- Emocjonalną samoświadomość – umiejętność uświadamiania sobie i rozumienia własnych emocji
- Asertywność – umiejętność konstruktywnej ekspresji emocji i samych siebie
- Prężność/Tolerancję na stres – umiejętność efektywnego zarządzania emocjami
- Kontrolę impulsów – umiejętność kontrolowania emocji
- Testowanie rzeczywistości – zdolność do obiektywnej oceny odczuwanych emocji i uczuć
- Elastyczność – umiejętność adaptacji emocji i myśli do nowych sytuacji
- Rozwiązywanie problemów – umiejętność rozwiązywania problemów tak osobistych jak interpersonalnych
- Empatia – umiejętność zauważania i rozumienia emocji innych
- Relacje interpersonalne – umiejętność do budowania dobrych relacji z innymi

Model Bar-Ona, oprócz wyżej wymienionych kluczowe elementów, zawiera także pięć czynników określanych mianem facylitatorów zachowań inteligentnych społecznie i emocjonalnie:

- Optymizm – zdolność do bycia pozytywnym i patrzenia na jaśniejszą stronę życia
- Samorealizację (samoaktualizację) – rozumianą jako zdolność i pęd do osiągania celów i realizowania własnego potencjału
- Szczęśliwość – zdolność do odczuwania zadowolenia z samych siebie, innych oraz ogólnie życia
- Niezależność – zdolność do bycia samowystarczalnym i wolnym od emocjonalnej zależności od innych
- Odpowiedzialność społeczną – umiejętność identyfikowania się z grupą społeczną i czucia się jej częścią

W niektórych opracowaniach koncepcja Bar-Ona przedstawiane jest w formie złożonej z pięciu głównych komponentów, które agregują w sobie pozostałe umiejętności (Knopp, 2005):

- Umiejętności intrapersonalne: świadomość emocjonalną, samoakceptację, asertywność, szacunek do samego siebie, samoaktualizację i niezależność;
- Umiejętności interpersonalne: empatię, odpowiedzialność społeczną, zdolność do budowania i utrzymania więzi z drugą osobą;



- Zdolności przystosowawcze: elastyczność w przystosowaniu, zdolność do konfrontacji własnych doświadczeń z rzeczywistością, rozwiązywanie problemów;
- Radzenie sobie ze stresem: zdolność kontroli impulsów oraz tolerowania stresu;
- Nastrój: szczęście i optymistyczne nastawienie.

Z uwagi na swoją konstrukcję koncepcja Bar-Ona zaliczana jest do modeli mieszanych, które łączą w definiowanym pojęciu zarówno umiejętności umysłowe, jak i cechy osobowości (Sadowska, Brachowicz, 2008).



Rozdział 4 Metodologia badań własnych

4.1 Cel badań

Celem pracy jest analiza grupy pracowników pomocowych świadczących usługi w ramach kryzysowego wsparcia telefonicznego i zbadanie obciążeń, jakim podlegają (wtórna traumatyzacja), oraz czynników (inteligencja emocjonalna oraz prężność), które mogą być wspierające (wtórny wzrost potraumatyczny) lub obciążające (wtórne PTSD).

4.2 Pytania badawcze

1. Jaki jest poziom negatywnych i pozytywnych konsekwencji wtórnej traumy wśród interwentów kryzysowych na infoliniach pomocowych?
2. Czy wiek różnicuje poziom negatywnych i pozytywnych konsekwencji wtórnej traumy w badaniu?
3. Czy płeć różnicuje poziom negatywnych i pozytywnych konsekwencji wtórnej traumy w badaniu?
4. Czy miejsce zamieszkania różnicuje poziom negatywnych i pozytywnych konsekwencji wtórnej traumy w badaniu?
5. Czy długość stażu różnicuje poziom negatywnych i pozytywnych konsekwencji wtórnej traumy w badaniu?
6. Jak jest nasilenie inteligencji emocjonalnej?
7. Jak jest nasilenie prężności?
8. Czy inteligencja emocjonalna wiąże się z pozytywnymi i negatywnymi konsekwencjami wtórnej traumy?
9. Czy prężność wiąże się z pozytywnymi i negatywnymi konsekwencjami wtórnej traumy?
10. Czy inteligencja emocjonalna pełni rolę predykcyjną dla negatywnych konsekwencji wtórnej traumy?
11. Czy prężność pełni rolę predykcyjną dla negatywnych konsekwencji wtórnej traumy?

4.3 Hipotezy badawcze

- H 1 Osoby młodsze wykazują wyższy poziom konsekwencji wtórnej traumy niż osoby starsze.



- H 2 Kobiety wykazują wyższy poziom konsekwencji wtórnej traumy niż mężczyźni.
- H 3 Osoby o dłuższym stażu w telefonach wsparcia wykazują wyższy poziom konsekwencji wtórnej traumy niż osoby o krótszym stażu.
- H 4 Im wyższy poziom inteligencji emocjonalnej, tym niższy poziom negatywnych konsekwencji wtórnej traumy.
- H 5 Im wyższy poziom prężności, tym niższy poziom negatywnych konsekwencji wtórnej traumy.
- H 6 Im wyższy poziom prężności, tym wyższy poziom pozytywnych konsekwencji wtórnej traumy.

4.4 Charakterystyka grupy badanej

Grupa badana składa się z 100 respondentów. Średnia wieku to 36 lat, mediana 34,5, a odchylenie standardowe $SD = 9,26$. Badaniem objęto 100 osób, jednak ze względu na niekompletne uzupełnienie kwestionariusza usunięto 3 osoby z analiz do hipotez badawczych.

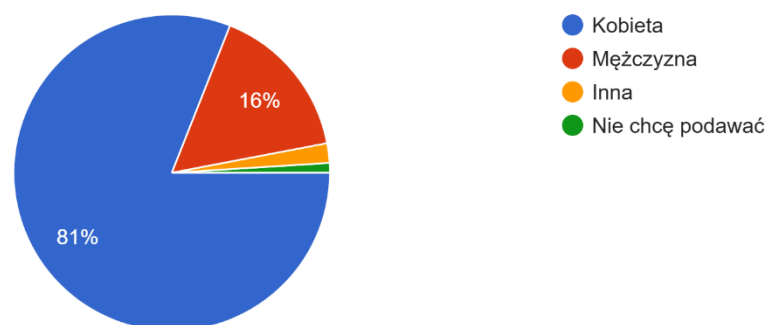
Pod względem płci podział kształtuje się następująco:

Kobiety 81%, mężczyźni 16%, inni 2%, a 1% respondentów nie chciał podawać płci.

Wykres 1

Podział płci w grupie badanej

1. Płeć
100 odpowiedzi



Źródło: badania własne

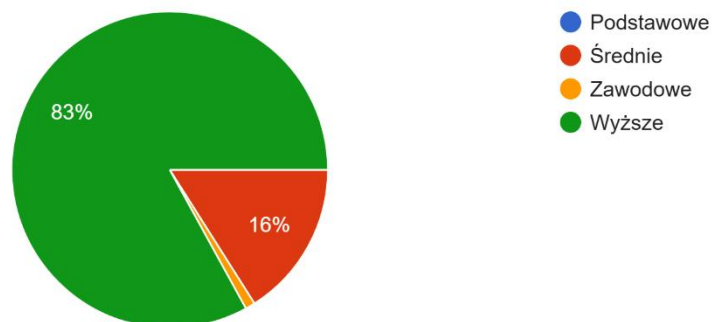
Pod względem wykształcenia 83% respondentów wskazało wykształcenie wyższe, 16% wykształcenie średnie, a 1% zawodowe.

Wykres 2

Poziom wykształcenia w grupie badanej

2. Wykształcenie:

100 odpowiedzi



Źródło: badania własne

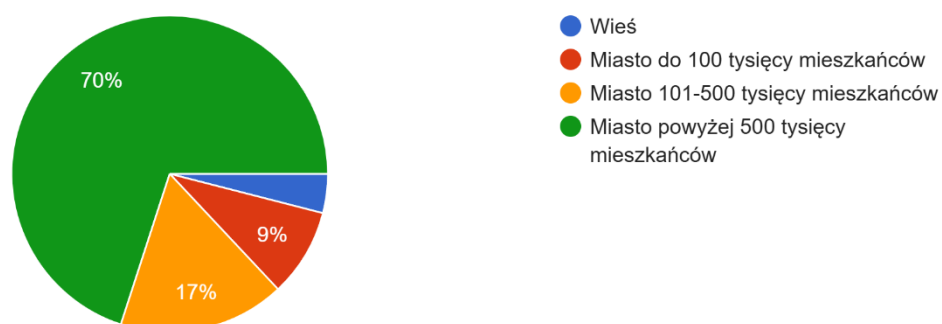
Jako miejsce zamieszkania dominują miasta powyżej 500 tysięcy mieszkańców – 70%, w drugiej kolejności miasta od 101 do 500 tysięcy mieszkańców – 17%, a następnie miasta do 100 tysięcy mieszkańców – 9%. 4% respondentów wskazało wieś jako miejsce zamieszkania.

Wykres 3

Miejsce zamieszkania w grupie badanej

3. Miejsce zamieszkania:

100 odpowiedzi



Źródło: badania własne

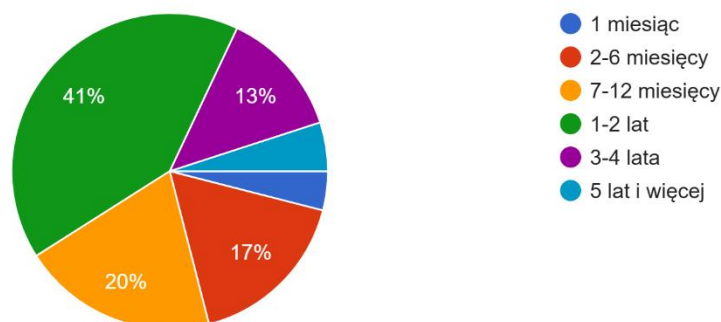
Pod względem stażu pracy grupa podzieliła się następująco: 5 lat i więcej – 5% respondentów, 3–4 lata – 13% respondentów, 41% respondentów w przedziale 1–2 lat, 7–12 miesięcy – 20%, 2–6 miesięcy – 17%, a 4% wskazało 1 miesiąc stażu.

Wykres 4

Podział grupy badanej ze względu na staż pracy

4. Staż pracy w infolinii pomocowej

100 odpowiedzi



Źródło: badania własne

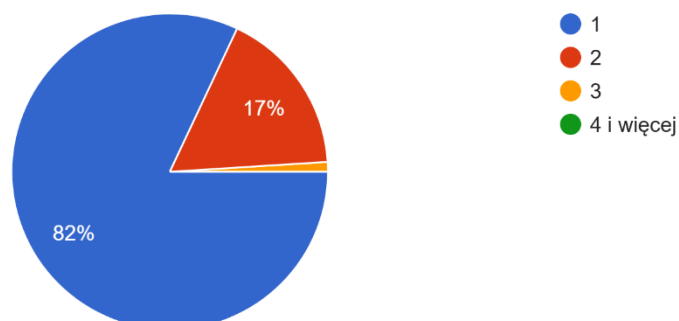
Ze względu na liczbę infolinii, w której świadczy wsparcie, aż 82% respondentów wybrało jedną infolinię. 17% badanych pracuje w ramach dwóch telefonów wsparcia, a jedynie 1% deklaruje współpracę w 3 telefonach pomocowych.

Wykres 5

Podział grupy badanej ze względu na liczbę miejsc świadczenia wsparcia

5. W ramach ilu infolinii Pan/Pani udziela wsparcia:

100 odpowiedzi



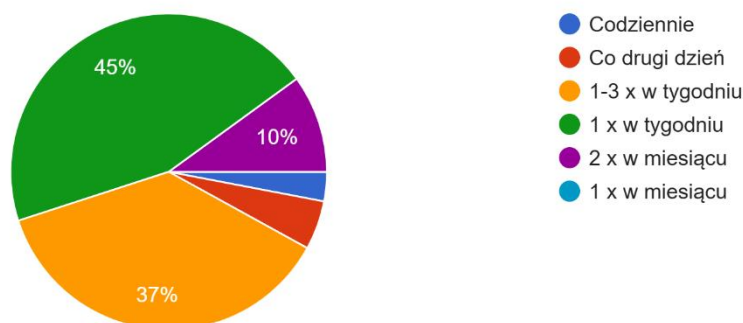
Źródło: badania własne

Pod względem częstotliwości udzielanego wsparcia tylko 3% badanych deklaruje codzienną pracę w telefonie, 5% co drugi dzień, a 37% od 1 do 3 razy w tygodniu. Aż 45% respondentów wskazało, że świadczy wsparcie 1 raz w tygodniu. 10% badanych 2 razy w miesiącu.

Wykres 6

Częstotliwość udzielanego wsparcia

6. Jak często Pan/Pani udziela wsparcia w ramach infolinii pomocowej:
100 odpowiedzi



Źródło: badania własne

4.5 Procedura badań

Badania były przeprowadzone w formule online poprzez narzędzie Google Forms i udostępniony kwestionariusz. Czynnikiem włączającym była praca w roli interwenta kryzysowego świadczącego wsparcie w formule telefonicznej. Badanie było kierowane do telefonów wsparcia działających na terenie całej Polski. Największy udział w grupie badanych mają współpracownicy telefonu wsparcia Fundacji Nagle Sami.

4.6 Charakterystyka wykorzystanych narzędzi

4.6.1 Kwestionariusz Inteligencji Emocjonalnej INTE

Służy do pomiaru poziomu inteligencji emocjonalnej respondenta od 14. roku życia. Kwestionariusz samoopisowy składa się z 33 stwierdzeń opisujących zachowania, co do których respondent wyraża stopień zgody na pięciostopniowej skali Likerta (1–5). Rzetelność



narzędzia na podstawie zgodności wewnętrznej w próbach normalizacyjnych jest zadowalająca – alfa Cronbacha od 0,82 do 0,91.

Narzędzie dostarcza informacji o wyniku ogólnym oraz o dwóch czynnikach. Czynnik I dotyczy zdolności do korzystania z emocji, aby wspomagać myślenie i działanie, a czynnik II dotyczy zdolności do rozpoznawania emocji.

Kwestionariusz został opracowany przez N. S. Schutte, J. M. Malouff, L. E. Hall, D. J. Haggerty, J. T. Cooper, Ch. J. Golden i L. Dornheim (1998). Polskiej adaptacji narzędzia dokonały w 2001 roku A. Ciechanowicz, A. Jaworowska i A. Matczak. Wydanie II, którym posłużono się w niniejszej pracy, zawiera odświeżone normy z 2005 roku.

4.6.2 Skala Pomiaru Prężności SPP-25

Służy do pomiaru poziomu prężności u dorosłych respondentów. Narzędzie jest kwestionariuszem samoopisowym i zawiera 25 stwierdzeń opisujących zachowania w trudnych sytuacjach, do których respondent ustosunkowuje się na pięciostopniowej skali Likerta (0-4). Alfa Cronbacha = 0,89, co oznacza zadowalającą rzetelność narzędzia.

Narzędzie dostarcza informacji o wyniku ogólnym – nasileniu prężności – oraz o pięciu czynnikach (podskalach), na które składają się: I – Wytrwałość i determinacja w działaniu; II – Otwartość na nowe doświadczenia i poczucie humoru; III – Kompetencje osobiste do radzenia sobie i tolerancja negatywnych emocji; IV – Tolerancja na niepowodzenia i traktowanie życia jako wyzwania; V – Optymistyczne nastawienie do życia i zdolności mobilizowania się w trudnych sytuacjach.

Kwestionariusz został opracowany przez N. Ogińską-Bulik i Z. Juczyńskiego (2008).

4.6.3 Inwentarz Wtórnego Stresu Traumatycznego (IWST)

Jest to zmodyfikowana wersja PCL-5 (Posttraumatic Stress Disorder Checklist 5) i służy do pomiaru odczuwanego wtórnego stresu traumatycznego związanego ze świadczoną pomocą. Narzędzie kierowane jest do osób dorosłych. Jest to kwestionariusz samoopisowy składający się z 20 stwierdzeń dotyczących odczuć i reakcji, z jakich może doświadczyć respondent w ciągu ostatniego miesiąca. Badany ustosunkowuje się do każdego stwierdzenia na pięciostopniowej skali Likerta (0-4). Alfa



Cronbacha dla polskiej wersji IWST ma wartość 0,9, co oznacza zadowalającą rzetelność.

Narzędzie dostarcza wyniku ogólnego, mówiącego o wystąpieniu oraz nasileniu wtórnego stresu traumatycznego.

Inwentarz PCL-5 został stworzony przez Weathersa i wsp. (Weathers F, Litz B, Keane T, Palmieri P, Marx B, Schnurr P. The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5) (2013), a polska modyfikacja IWST, której użyto w niniejszej pracy, została opracowana przez N. Ogińską-Bulik i Z. Juczyńskiego.

4.6.4 Inwentarz Potraumatycznego Wzrostu (PTGI, wersja skrócona)

Narzędzie jest kwestionariuszem samoopisowym służącym do badania zjawiska wzrostu potraumatycznego. Inwentarz składa się z 10 stwierdzeń dotyczących możliwych zmian, jakich respondent doświadczył w wyniku trudnych sytuacji. Badany udziela odpowiedzi na sześciostopniowej skali Likerta. Współczynnik alfa Cronbacha polskiej wersji kwestionariusza to 0,93, co jest poziomem zadowalającym.

Oprócz wyniku ogólnego, mówiącego o ogólnym nasileniu wzrostu potraumatycznego, narzędzie dostarcza wyniki dla 5 podskal czynnikowych: I – Relacje z innymi; II – Nowe możliwości; III – Osobista siła; IV – Zmiany duchowe; V – Docenianie życia.

Narzędzie zostało opracowane przez N. Ogińską-Bulik i Z. Juczyńskiego (2010).

Rozdział 5 Wyniki badań własnych

Obliczenia wykonano w programie IBM SPSS v30, wyznaczając podstawowe statystyki opisowe (M, SD) przy poziomie istotności $\alpha < 0,05$. Rozkład zmiennych zweryfikowano testem Shapiro-Wilka oraz analizą skośności i kurtozy (kryterium $<-2;2>$; George, Mallery, 2016). Spójność wewnętrzną narzędzi oceniono za pomocą współczynnika α -Cronbacha.

5.1 Statystyki opisowe badanych zmiennych

Jedną z dwóch badanych zmiennych zależnych był wtórny zespół stresu pourazowego, mierzony za pomocą kwestionariusza IWST.

Tabela 1

Statystyka opisowa dla wtórnego zespołu stresu pourazowego (N = 100)

	Statystyki opisowe				Rozkład		Test S-W		AC
	Min	Max	M	SD	S	K	S-W	p	
B: Intruzja	0,00	15,00	3,83	3,58	1,07	0,74	0,888	0,001	0,872
C: Unikanie	0,00	8,00	1,65	1,86	1,17	0,98	0,831	0,001	0,800
D: Negatywne zmiany w sferze poznawczej i emocjonalnej	0,00	15,00	4,29	4,30	0,91	-0,44	0,852	0,001	0,820
E: Pobudzenie	0,00	16,00	4,27	4,08	1,06	-0,44	0,879	0,001	0,834
Wynik ogólny wtórnej traumy	0,00	44,00	13,49	11,98	0,90	-0,23	0,888	0,001	0,929

Legenda: M – średnia, SD – odchylenie standardowej, S- skośność, K – Kurtoza, S-W – test Shapiro-Wilka, p – poziom istotności; AC – współczynnik alfa Cronbacha

W oparciu o dane z Tabeli 1 stwierdzono, że wyniki w zakresie wtórnego zespołu stresu pourazowego nie mają rozkładu normalnego, co wykazał test Shapiro-Wilka. Niemniej jednak, analiza skośności wykazała wartości mieszczące się w akceptowalnym przedziale (wartość bezwzględna < 2). Oznacza to, że asymetria rozkładu jest nieznaczna, co uprawnia do zastosowania w dalszych etapach analizy testów parametrycznych.

Drugą badaną zmienną zależną był rozwój potraumatyczny mierzony kwestionariuszem PTGI-SF.

Tabela 2

Statystyka opisowa dla wtórnego potraumatycznego wzrostu (N = 100)

Potraumatyczny rozwój	Statystyki opisowe				Rozkład		Test S-W		AC
	Min	Max	M	SD	S	K	S-W	p	
Relacje z innymi	0,00	10,00	4,73	2,74	-0,01	-0,75	0,961	0,005	0,685
Nowe możliwości	0,00	10,00	3,88	2,64	0,47	-0,24	0,947	0,001	0,704
Osobista siła	0,00	10,00	6,00	2,75	-0,49	-0,44	0,944	0,001	0,839
Zmiany duchowe	0,00	10,00	2,31	2,34	1,06	-0,44	0,870	0,001	0,617
Docenienie życia	0,00	10,00	5,01	2,25	0,01	-0,11	0,975	0,053	0,538
PTGI ogólnie	2,00	50,00	21,93	10,30	0,25	0,09	0,978	0,094	0,888

Legenda: M – średnia, SD – odchylenie standardowej, S – skośność, K – Kurtoza, S-W – test Shapiro-Wilka, p – poziom istotności; AC – współczynnik alfa Cronbacha

Dane zestawione w Tabeli 2 wskazały, że wedle testu Shapiro-Wilka rozkłady wyników dla wtórnego potraumatycznego wzrostu nie spełniają kryteriów normalności. Odstępstwo od tej reguły dotyczy jedynie podskali doceniania życia oraz ogólnego wskaźnika wzrostu potraumatycznego. Mimo to dla wszystkich analizowanych zmiennych skośność mieściła się w dopuszczalnym przedziale (wartość bezwzględna poniżej 2), co świadczyło o niewielkiej asymetrii rozkładu. Z tego względu zdecydowano się na zastosowanie statystyki parametrycznej.

Kolejną badaną zmienną była inteligencja emocjonalna, mierzona za pomocą kwestionariusza INTE.

Tabela 3

Statystyka opisowa dla inteligencji emocjonalnej (N = 100)

Inteligencja emocjonalna	Statystyki opisowe				Rozkład		Test S-W		AC
	Min	Max	M	SD	S	K	S-W	p	
Czynnik 1	35,00	78,00	61,26	8,17	-0,60	0,60	0,973	0,038	0,855
Czynnik 2	26,00	59,00	44,47	7,10	-0,51	0,10	0,975	0,058	0,860
Wynik globalny INTE	75,00	155,0	120,24	14,94	-0,55	0,56	0,978	0,091	0,908

Legenda: Czynnik 1 – zdolność do wykorzystania emocji do wspomaganie myślenia i działania; Czynnik 2 – zdolność do rozpoznawania emocji; M – średnia, SD – odchylenie standardowej, S – skośność, K – Kurtoza, S-W – test Shapiro-Wilka, p – poziom istotności; AC – współczynnik alfa Cronbacha

Analiza Tabeli 3 potwierdziła zgodność rozkładów z krzywą Gaussa dla większości zmiennych inteligencji emocjonalnej (z wyłączeniem podskali wykorzystywania emocji). W przypadku permisywności skośność mieściła się w akceptowalnym przedziale (zob. George,



Mallery, 2016), co świadczy o niewielkim odchyleniu. W związku z tym podjęto decyzję o wykorzystaniu testów parametrycznych.

Ostatnią badaną zmienną była prężność psychiczna mierzona za pomocą kwestionariusza SPP-25.

Tabela 4

Statystyka opisowa dla poczucia prężności (N = 100)

Prężność	Statystyki opisowe				Rozkład		Test S-W		AC
	Min	Max	M	SD	S	K	S-W	p	
Wytrwałość	4,00	20,00	13,95	3,37	-0,20	-0,39	0,973	0,038	0,747
Otwartość	5,00	20,00	16,25	3,12	-1,17	1,76	0,902	0,000	0,746
Kompetencje	4,00	20,00	14,17	3,40	-0,40	-0,17	0,965	0,009	0,787
Tolerancja	6,00	20,00	14,72	3,47	-0,52	-0,17	0,957	0,002	0,781
Optymizm	5,00	20,00	12,59	3,70	0,08	-0,68	0,977	0,084	0,742
Wynik ogólny SPP-25	29,00	100,0	71,68	14,81	-0,30	-0,28	0,985	0,340	0,933

Legenda: M – średnia, SD – odchylenie standardowej, S- skośność, K – Kurtoza, S-W – test Shapiro-Wilka, p – poziom istotności; AC – współczynnik alfa Cronbacha

Wyniki testu S-W przedstawione w Tabeli 4 ujawniły brak normalności rozkładu dla składowych prężności, z wyłączeniem optymizmu i wyniku ogólnego. Jednakże, z uwagi na akceptowalne wartości skośności (zob. George, Mallery, 2016), asymetria rozkładów została uznana za nieistotną. Pozwoliło to na wykorzystanie metod statystyki parametrycznej.

5.2 Statystyczna weryfikacja hipotez badawczych

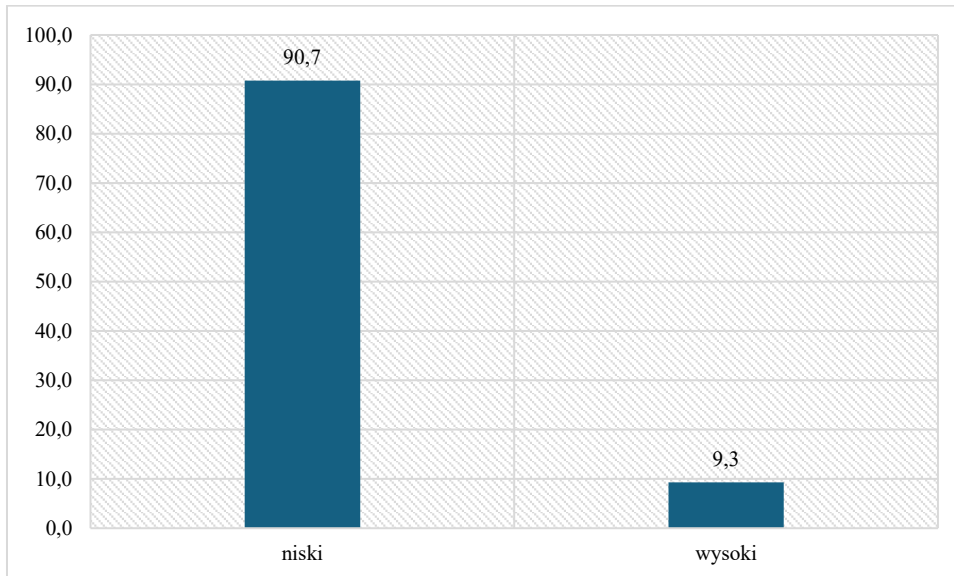
Pytanie 1: Jaki jest poziom negatywnych i pozytywnych konsekwencji wtórnej traumy wśród interwencji kryzysowych na infoliniach pomocowych?

W przypadku wtórnego stresu potraumatycznego, kierując się sugerowanym punktem przecięcia (punkt 33, zob. Ogińska-Bulik, Juczyński, 2023), sprawdzono, jaki jest poziom wtórnej traumy wśród interwencji kryzysowych na infoliniach pomocowych.



Wykres 7.

Poziom wtórnego stresu pourazowego wśród interwentów kryzysowych na infoliniach pomocowych



Źródło: badania własne

Wynik testu χ^2 wykazał istotny związek między rozkładem obserwowanym a oczekiwanym dla nasilenia wtórnej traumy wśród interwentów kryzysowych na infoliniach pomocowych. W badanej grupie przeważały osoby cechujące się niskim poziomem wtórnej traumy [χ^2 (2, N = 97) = 64,348, $p < 0,001$].

W przypadku zastępczego wzrostu potraumatycznego dla ogólnego wyniku PTGI uzyskano średnią $M = 21,9$ przy zakresie teoretycznym od 0 do 50 punktów i średniej 25 punktów. Odchylenie standardowe wyniosło $SD = 10,30$. W przypadku poszczególnych czynników uzyskano następujące wyniki: Relacje z Innymi $M = 4,37$, $SD = 2,74$; Nowe Możliwości średnia $M = 3,88$, $SD = 2,64$; Osobista Siła średnia $M = 6$, $SD = 2,75$; Zmiany Duchowe $M = 2,31$, $SD = 2,34$; Docenianie Życia średnia $M = 5,01$, $SD = 2,25$.

Pytanie 2: Czy wiek różnicuje poziom negatywnych i pozytywnych konsekwencji wtórnej traumy w badaniu?

Hipoteza 1: Osoby młodsze wykazują wyższy poziom konsekwencji wtórnej traumy niż osoby starsze.

Jako pierwsze zostały zweryfikowane konsekwencje negatywne:

Tabela 1

Analiza różnic międzygrupowych wyników dla wtórnego stresu pourazowego

	Przedział wiekowy		$t_{(51)}$	p	d
	$n_{OM}= 26$	M SD			
Intruzja	Osoby młodsze	2,23 2,44	-2,19	,033	0,6
	Osoby starsze	4,19 3,87			
Unikanie	Osoby młodsze	1,08 1,47	-1,83	,073	-
	Osoby starsze	2,00 2,13			
Negatywne zmiany w sferze poznawczej i emocjonalnej	Osoby młodsze	4,38 4,35	-0,18	,858	-
	Osoby starsze	4,59 4,10			
Pobudzenie	Osoby młodsze	3,54 3,44	-0,98	,330	-
	Osoby starsze	4,48 3,53			
Wynik ogólny wtórnej traumy	Osoby młodsze	11,04 9,54	-1,24	,220	-
	Osoby starsze	14,74 11,96			

Legenda: n – liczebność; M – średnia; SD – odchylenie standardowe; OM – osoby młodsze, do 27 lat; OS – osoby starsze, w wieku powyżej 44 lat; t – test t-Studenta; p – poziom istotności statystycznej; d – współczynnik d-Cohena

Z danych zawartych w Tabeli 5 wynika, że osoby młodsze i osoby starsze różniły się istotnie wyłącznie nasileniem konsekwencji wtórnej traumy w sferze intruzji. Osoby starsze uzyskały wyższe wyniki dla intruzji ($M = 4,19$; $SD = 3,87$) w porównaniu z osobami młodszymi ($M = 2,23$; $SD = 2,44$). Była to różnica istotna statystycznie [$t(51) = -2,19$; $p < 0,05$]. Różnica miała umiarkowany charakter ($d = 0,6$).

Kolejne zostały zweryfikowane konsekwencje pozytywne (VPTG):

Tabela 6

Analiza różnic międzygrupowych wyników dla wtórnego wzrostu potraumatycznego

Potraumatyczny wzrost	Przedział wiekowy		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i> (<i>SI</i>)	<i>p</i>	<i>d</i>
	<i>n</i> _{OM} = 26	<i>n</i> _{OS} = 27					
Relacje z innymi	Osoby młodsze		5,08	2,54	0,27	,785	-
	Osoby starsze		4,89	2,44			
Nowe możliwości	Osoby młodsze		4,15	2,62	0,85	,399	-
	Osoby starsze		3,59	2,17			
Osobista siła	Osoby młodsze		6,62	3,06	1,35	,184	-
	Osoby starsze		5,52	2,87			
Zmiany duchowe	Osoby młodsze		2,15	1,85	-0,18	,862	-
	Osoby starsze		2,26	2,47			
Docenienie życia	Osoby młodsze		5,15	2,71	0,31	,759	-
	Osoby starsze		4,96	1,70			
PTGI ogólnie	Osoby młodsze		23,15	10,49	0,72	,473	-
	Osoby starsze		21,22	8,92			

Legenda: *n* – liczebność; *M* – średnia; *SD* – odchylenie standardowe; *t* – test t-Studenta; *p* – poziom istotności statystycznej; *d* – współczynnik d-Cohena

Z danych zawartych w Tabeli 6 wynika, że wiek nie różnicował istotnie osiągniętego poziomu wtórnego wzrostu potraumatycznego.

Pytanie 3: Czy płeć różnicuje poziom negatywnych i pozytywnych konsekwencji wtórnej traumy w badaniu?

Hipoteza 2: Kobiety wykazują wyższy poziom konsekwencji wtórnej traumy niż mężczyźni.

Konsekwencje negatywne wtórnej traumy:



Tabela 7

Analiza różnic międzygrupowych wyników dla wtórnego zespołu stresu pourazowego

	Płeć		Mdn	IQR	Z ₍₉₅₎	p	r _g
	n _K = 81	n _M = 16					
Intruzja	Kobiety		3,00	5,00	-0,42	0,670	-
	Mężczyźni		2,50	4,50			
Unikanie	Kobiety		1,00	3,00	-0,16	0,875	-
	Mężczyźni		1,50	2,75			
Negatywne zmiany w sferze poznawczej i emocjonalnej	Kobiety		3,00	8,00	-0,93	0,352	-
	Mężczyźni		1,50	4,00			
Pobudzenie	Kobiety		4,00	6,00	-1,04	0,301	-
	Mężczyźni		2,50	3,75			
Wynik ogólny wtórnego traumu	Kobiety		9,00	18,50	-0,81	0,416	-
	Mężczyźni		7,50	10,75			

Legenda: n – liczebność; K – kobieta; M – mężczyzna; Mdn – mediana; IQR – rozstęp kwartyłowy; Z – wartość z testu U Manna-Whitneya; p – poziom istotności statystycznej; r_g – współczynnik korelacji rangowo-dwuseryjnej

Z danych zawartych w Tabeli 7 wynika, że kobiety i mężczyźni nie różnili się istotnie poziomem negatywnych konsekwencji wtórnej traumy.

Konsekwencje pozytywne wtórnej traumy:

Tabela 8

Analiza różnic międzygrupowych wyników dla wtórnego potraumatycznego wzrostu

	Płeć		IQR	Z ₍₉₅₎	p	r _g
	n _K = 81	Mdn				
	n _M = 16					
Relacje z innymi	Kobiety	5,00	4,50	-0,67	0,503	-
	Mężczyźni	3,50	5,25			
Nowe możliwości	Kobiety	4,00	4,00	-1,03	0,304	-
	Mężczyźni	3,00	3,75			
Osobista siła	Kobiety	6,00	4,00	-0,56	0,577	-
	Mężczyźni	7,00	4,75			
Zmiany duchowe	Kobiety	2,00	4,00	-0,12	0,902	-
	Mężczyźni	1,50	2,00			
Docenienie życia	Kobiety	5,00	3,00	-0,50	0,616	-
	Mężczyźni	5,00	2,00			
PTGI ogólnie	Kobiety	23,00	14,00	-0,58	0,563	-
	Mężczyźni	19,00	14,00			

Legenda: n – liczebność; K – kobieta; M – mężczyzna; Mdn – mediana; IQR – rozstęp kwartyłowy; Z – wartość z testu U Manna-Whitneya; p – poziom istotności statystycznej; r_g – współczynnik korelacji rangowo-dwuseryjnej

Z danych zawartych w Tabeli 8 wynika, że płeć nie różnicowała istotnie osiąganego wtórnego wzrostu potraumatycznego.

Pytanie 4: Czy miejsce zamieszkania różnicuje poziom negatywnych i pozytywnych konsekwencji wtórnej traumy w badaniu?

Konsekwencje negatywne wtórnej traumy:



Tabela 9

Analiza różnic międzygrupowych wyników dla wtórnego zespołu stresu pourazowego

	Zamieszkanie		Mdn	IQR	Z ₍₉₄₎	p	r _g
	n _{MM} = 26	n _{DM} = 70					
Intruzja	Miasto do 500 tys.		4,50	5,00	-1,08	0,278	-
	Miasto powyżej 500 tys.		2,00	5,00			
Unikanie	Miasto do 500 tys.		2,00	3,25	-0,63	0,526	-
	Miasto powyżej 500 tys.		1,00	2,00			
Negatywne zmiany w sferze poznawczej i emocjonalnej	Miasto do 500 tys.		3,00	4,75	-0,058	0,954	-
	Miasto powyżej 500 tys.		2,00	8,00			
Pobudzenie	Miasto do 500 tys.		4,00	4,25	-0,36	0,718	-
	Miasto powyżej 500 tys.		3,00	6,00			
Wynik ogólny wtórnego stresu	Miasto do 500 tys.		9,00	17,50	-0,66	0,512	-
	Miasto powyżej 500 tys.		8,50	18,00			

Legenda: n – liczebność; Mdn – mediana; IQR – rozstęp kwartylowy; Z – wartość z testu U Manna-Whitneya; p – poziom istotności statystycznej; r_g – współczynnik korelacji rangowo-dwuseryjnej

Z danych zawartych w Tabeli 9 wynika, że miejsce zamieszkania nie różnicowało istotnie wtórnego zespołu stresu pourazowego.

Konsekwencje pozytywne wtórnej traumy:



Tabela 10

Analiza różnic międzygrupowych wyników dla wtórnego potraumatycznego wzrostu

	Zamieszkanie		<i>Mdn</i>	<i>IQR</i>	<i>Z</i> ₍₉₄₎	<i>p</i>	<i>r_g</i>
	<i>n</i> _{MM} = 26	<i>n</i> _{DM} = 70					
Relacje z innymi	Miasto do 500 tys.		8,00	2,25	-0,34	0,737	-
	Miasto powyżej 500 tys.		4,50	4,25			
Nowe możliwości	Miasto do 500 tys.		6,50	4,75	-0,92	0,354	-
	Miasto powyżej 500 tys.		4,00	3,25			
Osobista siła	Miasto do 500 tys.		7,50	4,75	-0,78	0,430	-
	Miasto powyżej 500 tys.		7,00	4,00			
Zmiany duchowe	Miasto do 500 tys.		4,00	5,25	-1,37	0,169	-
	Miasto powyżej 500 tys.		2,00	3,00			
Docenienie życia	Miasto do 500 tys.		5,00	2,25	-0,04	0,963	-
	Miasto powyżej 500 tys.		4,50	3,00			
PTGI ogólnie	Miasto do 500 tys.		33,00	15,75	-0,37	0,710	-
	Miasto powyżej 500 tys.		22,00	9,50			

Legenda: *n* – liczebność; *Mdn* – mediana; *IQR* – rozstęp kwartylowy; *Z* – wartość z testu U Manna-Whitneya; *p* – poziom istotności statystycznej; *r_g* – współczynnik korelacji rangowo-dwuseryjnej

Z danych zawartych w Tabeli 10 wynika, że miejsce zamieszkania nie różnicowało istotnie wtórnego wzrostu potraumatycznego.

Pytanie 5: Czy długość stażu różnicuje poziom negatywnych i pozytywnych konsekwencji wtórnej traumy w badaniu?

Hipoteza 3: Osoby o dłuższym stażu w telefonach wsparcia wykazują wyższy poziom konsekwencji wtórnej traumy niż osoby o krótszym stażu.

Konsekwencje negatywne wtórnej traumatyzacji:



Tabela 11

Analiza różnic międzygrupowych wyników dla wtórnego zespołu stresu pourazowego

Zespół stresu pourazowego	Staż pracy		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i> ₍₉₈₎	<i>p</i>	<i>d</i>
	<i>n</i> _{do_12} = 41	<i>n</i> _{powyżej_12} = 59					
Intruzja	Do 12 miesięcy		3,05	3,47	-1,84	,069	-
	Powyżej 12 miesięcy		4,37	3,59			
Unikanie	Do 12 miesięcy		1,44	1,78	-0,95	,346	-
	Powyżej 12 miesięcy		1,80	1,91			
Negatywne zmiany w sferze poznawczej i emocjonalnej	Do 12 miesięcy		3,90	4,45	-0,75	,456	-
	Powyżej 12 miesięcy		4,56	4,22			
Pobudzenie	Do 12 miesięcy		3,90	4,45	-0,75	,456	-
	Powyżej 12 miesięcy		4,53	3,82			
Wynik ogólny wtórnego stresu	Do 12 miesięcy		11,88	13,00	-1,12	,264	-
	Powyżej 12 miesięcy		14,61	11,20			

Legenda: *n* – liczebność; *M* – średnia; *SD* – odchylenie standardowe; *t* – test t-Studenta; *p* – poziom istotności statystycznej; *d* – współczynnik *d* Cohena

Z danych zawartych w Tabeli 11 wynika, że staż pracy nie różnicował istotnie wtórnego zespołu stresu pourazowego.

Konsekwencje pozytywne wtórnej traumatyzacji:



Tabela 12

Analiza różnic międzygrupowych wyników dla wtórnego potraumatycznego wzrostu

Potraumatyczny wzrost	Staż pracy		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i> ₍₉₈₎	<i>p</i>	<i>d</i>
	<i>n</i> _{do_12} = 41	<i>n</i> _{powyżej_12} = 59					
Relacje z innymi	Do 12 miesięcy		4,83	2,79	0,30	,765	-
	Powyżej 12 miesięcy		4,66	2,73			
Nowe możliwości	Do 12 miesięcy		4,34	2,82	1,46	,147	-
	Powyżej 12 miesięcy		3,56	2,49			
Osobista siła	Do 12 miesięcy		6,05	2,83	0,15	,883	-
	Powyżej 12 miesięcy		5,97	2,72			
Zmiany duchowe	Do 12 miesięcy		2,32	2,43	0,03	,980	-
	Powyżej 12 miesięcy		2,31	2,29			
Docenienie życia	Do 12 miesięcy		5,37	2,21	1,33	,188	-
	Powyżej 12 miesięcy		4,76	2,25			
PTGI ogólnie	Do 12 miesięcy		22,90	10,56	0,79	,434	-
	Powyżej 12 miesięcy		21,25	10,16			

Legenda: *n* – liczebność; *M* – średnia; *SD* – odchylenie standardowe; *t* – test t-Studenta; *p* – poziom istotności statystycznej; *d* – współczynnik d-Cohena

Z danych zawartych w Tabeli 12 wynika, że staż pracy nie różnicował istotnie wtórnego wzrostu potraumatycznego.

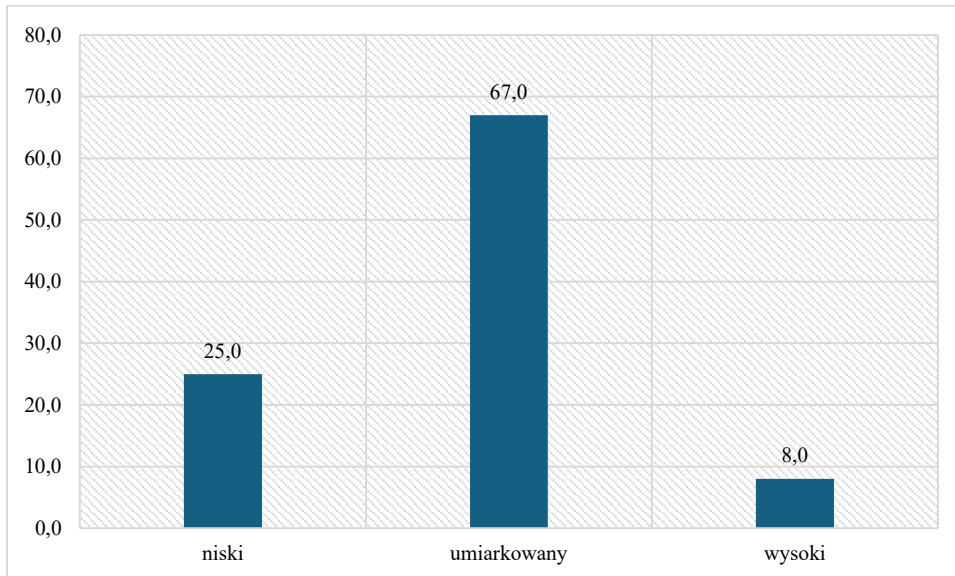
Pytanie 6: Jakie jest nasilenie inteligencji emocjonalnej?

Kolejne pytanie badawcze dotyczyło tego, jaki jest poziom inteligencji emocjonalnej wśród interwentów kryzysowych na infoliniach pomocowych. W celu udzielenia odpowiedzi na wyżej postawione pytanie przeprowadzono standaryzację wyników surowych na wyniki stenowe (zob. Jaworowska, Matczak, 2008).



Wykres 8.

Poziom zdolności do wykorzystania emocji do wspomagania myślenia i działania wśród interwentów kryzysowych na infoliniach pomocowych w ujęciu %

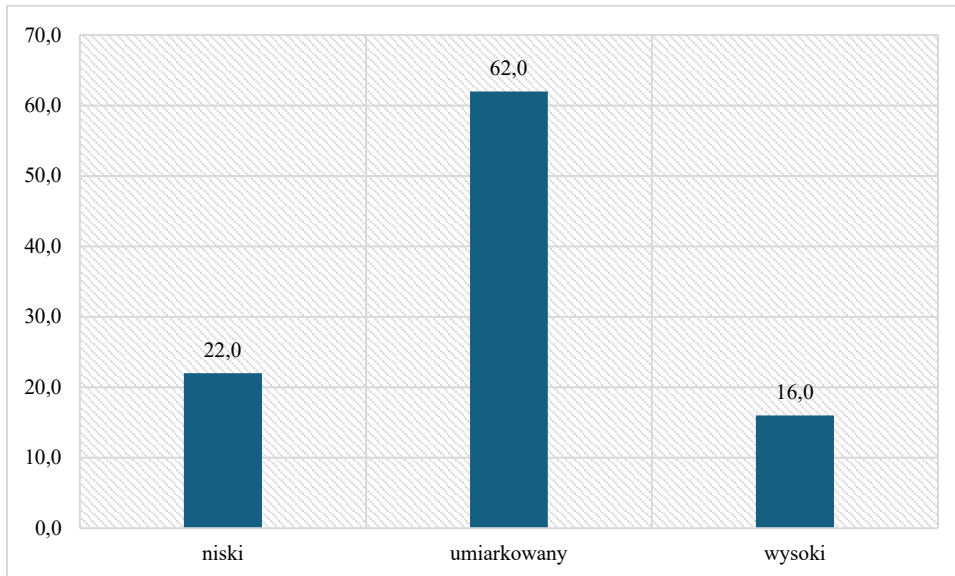


Źródło: badania własne

Wynik testu χ^2 wykazał istotny związek między rozkładem obserwowanym a oczekiwanym dla wykorzystania emocji do wspomagania myślenia i działania. W badanej grupie interwentów kryzysowych na infoliniach pomocowych przeważały osoby cechujące się umiarkowanym poziomem wykorzystania emocji do wspomagania myślenia i działania [$\chi^2 (2, N = 100) = 55,34; p < 0,001$].

Wykres 9.

Poziom zdolności do rozpoznawania emocji wśród interwentów kryzysowych na infoliniach pomocowych w ujęciu %

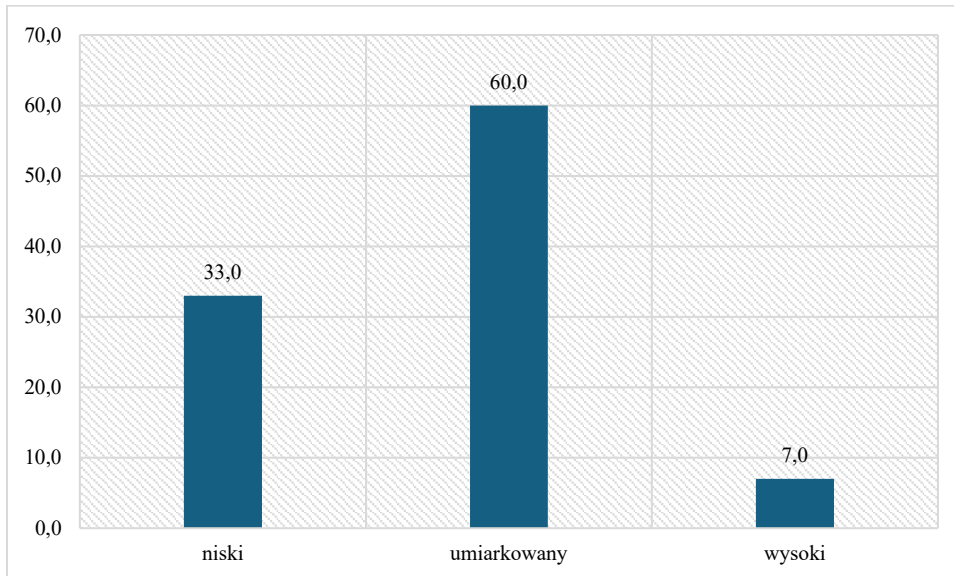


Źródło: badania własne

Wynik testu χ^2 wykazał istotny związek między rozkładem obserwowanym a oczekiwanym dla rozpoznawania emocji. W badanej grupie interwentów kryzysowych na infoliniach pomocowych przeważały osoby cechujące się umiarkowanym poziomem rozpoznawania emocji [χ^2 (2, N = 100) = 37,523, $p < 0,001$].

Wykres 10.

Poziom inteligencji emocjonalnej ogólnie wśród interwentów kryzysowych na infoliniach pomocowych w ujęciu %



Źródło: badania własne

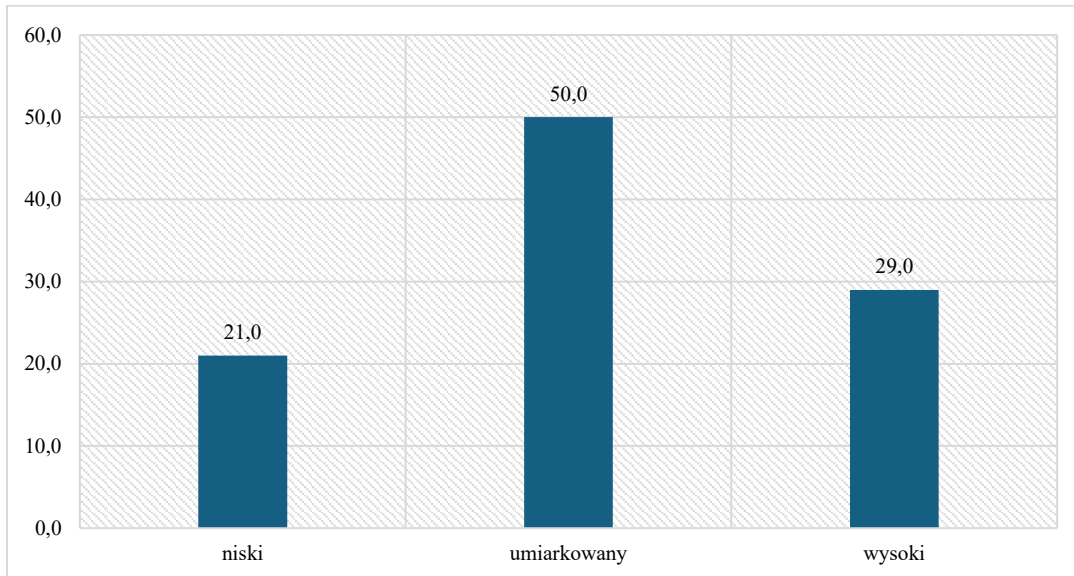
Wynik testu χ^2 wykazał istotny związek między rozkładem obserwowanym a oczekiwanym dla inteligencji emocjonalnej w ujęciu ogólnym. W badanej grupie interwentów kryzysowych na infoliniach pomocowych przeważały osoby cechujące się umiarkowanym poziomem inteligencji emocjonalnej w ujęciu ogólnym [$\chi^2 (2, N = 100) = 42,143, p < 0,001$].

Pytanie 7: Jakie jest nasilenie prężności?

Kolejne pytanie badawcze dotyczyło tego, jaki jest poziom prężności psychicznej wśród interwentów kryzysowych na infoliniach pomocowych. W celu udzielenia odpowiedzi na wyżej postawione pytanie przeprowadzono standaryzację wyników surowych na wyniki stenowe (zob. Ogińska-Bulik, Juczyński, 2008).

Wykres 11.

Poziom prężności psychicznej w ujęciu % wśród interwencji kryzysowych na infoliniach pomocowych



Źródło: badania własne

Wynik testu χ^2 wykazał istotny związek między rozkładem obserwowanym a oczekiwanym dla prężności psychicznej. W badanej grupie interwencji kryzysowych na infoliniach pomocowych przeważały osoby cechujące się umiarkowanym poziomem prężności psychicznej [$\chi^2 (2, N = 100) = 13,468, p < 0,001$].

Pytanie 8: Czy inteligencja emocjonalna wiąże się z pozytywnymi i negatywnymi konsekwencjami wtórnej traumy?

Hipoteza 4: Im wyższy poziom inteligencji emocjonalnej tym niższy poziom negatywnych konsekwencji wtórnej traumy

Tabela 13

Zależność pomiędzy inteligencją emocjonalną a wtórną traumą

	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Intruzja	1,00							
2. Unikanie	,670**	1,00						
3. Negatywne zmiany w sferze poznawczej i emocjonalnej	,640**	,565**	1,00					
4. Pobudzenie	,602**	,523**	,735**	1,00				
5. Wynik ogólny wtórnej traumy	,811**	,726**	,901**	,900**	1,00			
6. Czynn timer 1	-0,18	-0,14	-0,19	-0,12	-0,17	1,00		
7. Czynn timer 2	-,226*	-,222*	-0,15	-0,06	-0,16	,673**	1,00	
8. Wynik globalny INTE	-,251*	-,232*	-0,19	-0,13	-,209*	,919**	,870**	1,00

Legenda: 1. Intruzja; 2. Unikanie; 3. Negatywne zmiany w sferze poznawczej i emocjonalnej; 4. Pobudzenie; 5. Wynik ogólny wtórnej traumy; 6. Czynn timer 1; 7. Czynn timer 2; 8. Wynik globalny INTE; współczynn timer korelacji istotne przy * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Z danych zawartych w Tabeli 13 wynika, że miała miejsce zależność pomiędzy inteligencją emocjonalną a wtórną traumą. Wysokie nasilenie inteligencji emocjonalnej w sferze zdolności do rozpoznawania emocji współwystępowało z niskim nasileniem intruzji (ujemna niska korelacja); niskim nasileniem unikania (ujemna niska korelacja). Wysokie nasilenie inteligencji emocjonalnej w ujęciu ogólnym współwystępowało z niskim nasileniem intruzji (ujemna niska korelacja); niskim nasileniem unikania (ujemna niska korelacja); niskim nasileniem wtórnej traumy w ujęciu ogólnym (ujemna niska korelacja).

Czy poziom inteligencji emocjonalnej wiąże się z poziomem pozytywnych konsekwencji wtórnej traumy?



Tabela 14

Zależność pomiędzy inteligencją emocjonalną a wtórnym wzrostem potraumatycznym

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.Relacje z innymi	1,00								
2.Nowe możliwości	,661**	1,00							
3.Osobista siła	,605**	,647**	1,00						
4.Zmiany duchowe	,554**	,619**	,503**	1,00					
5.Docenienie życia	,467**	,677**	,487**	,436**	1,00				
6.PTGI ogólnie	,823**	,893**	,815**	,762**	,745**	1,00			
7.Czynnik 1	,362**	0,20	,294**	,236*	0,12	,305**	1,00		
8.Czynnik 2	,224*	,207*	,313**	,232*	0,04	,258*	,675**	1,00	
9.Wynik globalny INTE	,320**	,214*	,318**	,236*	0,07	,294**	,919**	,870**	1,00

Legenda: 1.Relacje z innymi; 2.Nowe możliwości; 3.Osobista siła; 4.Zmiany duchowe; 5.Docenienie życia; 6.PTGI ogólnie; 7.Czynnik 1 – zdolność do wykorzystania emocji do wspomagania myślenia i działania; 8. Czynnik 2 – zdolność do rozpoznawania emocji; 9.Wynik globalny INTE; współczynniki korelacji istotne przy * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Z danych zawartych w Tabeli 14 wynika, że miała miejsce zależność pomiędzy inteligencją emocjonalną a wtórnym wzrostem potraumatycznym.

Wysokie nasilenie inteligencji emocjonalnej w sferze zdolności do wykorzystania emocji do wspomagania myślenia i działania współwystępowało z: wysokim nasileniem relacji z innymi (dodatnia niska korelacja); wysokim nasileniem osobistej siły (dodatnia niska korelacja); wysokim nasileniem zmian duchowych (dodatnia niska korelacja); wysokim nasileniem wzrostu potraumatycznego w ujęciu ogólnym (dodatnia niska korelacja).

Wysokie nasilenie inteligencji emocjonalnej w sferze zdolności do rozpoznania emocji współwystępowało z: wysokim nasileniem relacji z innymi (dodatnia niska korelacja); wysokim nasileniem nowych możliwości (dodatnia niska korelacja); wysokim nasileniem osobistej siły (dodatnia niska korelacja); wysokim nasileniem zmian duchowych (dodatnia niska korelacja); wysokim nasileniem wzrostu potraumatycznego w ujęciu ogólnym (dodatnia niska korelacja).

Wysokie nasilenie inteligencji emocjonalnej w ujęciu ogólnym współwystępowało z wysokim nasileniem relacji z innymi (dodatnia niska korelacja); wysokim nasileniem nowych możliwości (dodatnia niska korelacja); wysokim nasileniem osobistej siły (dodatnia niska korelacja); wysokim nasileniem zmian duchowych (dodatnia niska korelacja); wysokim nasileniem wzrostu potraumatycznego w ujęciu ogólnym (dodatnia niska korelacja).



Pytanie 9: Czy prężność wiąże się z pozytywnymi i negatywnymi konsekwencjami wtórnej traumy?

Hipoteza 6: Im wyższy poziom prężności, tym niższy poziom negatywnych konsekwencji wtórnej traumy.

Tabela 15

Zależność pomiędzy prężnością psychiczną a wtórną traumą

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.Wytrwałość	1,00									
2.Otwartość	,464**	1,00								
3.Kompetencje	,645**	,690**	1,00							
4.Tolerancja	,557**	,772**	,813**	1,00						
5.Optymizm	,621**	,681**	,823**	,808**	1,00					
6.Prężność ogólnie	,759**	,826**	,918**	,912**	,913**	1,00				
7.Intruzja	-,263**	-,210*	-,308**	-,209*	-0,17	-,268**	1,00			
8.Unikanie	-,280**	-0,16	-,306**	-0,19	-,217*	-,267**	,670**	1,00		
9.Zmiany w sferze poznawczej i emocjonalnej	-0,20	-0,14	-0,19	-,232*	-0,17	-,215*	,640**	,565**	1,00	
10.Pobudzenie	-0,10	-0,09	-0,18	-0,18	-0,17	-0,17	,602**	,523**	,735**	1,00
11.IWST ogólnie	-,214*	-0,16	-,259**	-,231*	-,202*	-,248*	,811**	,726**	,901**	,900**

Legenda: 1.Wytrwałość; 2.Otwartość; 3.Kompetencje; 4.Tolerancja; 5.Optymizm; 6.Prężność ogólnie; 7.Intruzja; 8.Unikanie; 9.Zmiany w sferze poznawczej i emocjonalnej; 10.Pobudzenie; 11.IWST ogólnie; współczynniki korelacji istotne przy * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Z danych zawartych w Tabeli 15 wynika, że miała miejsce zależność pomiędzy prężnością psychiczną a wtórną traumą.

Wysokie nasilenie wtórnej traumy w sferze intruzji współwystępowało z niskim nasileniem wytrwałości (ujemna niska korelacja); niskim nasileniem kompetencji (ujemna niska korelacja); niskim nasileniem prężności psychicznej w ujęciu ogólnym (ujemna niska korelacja).

Wysokie nasilenie wtórnej traumy w sferze unikania współwystępowało z niskim nasileniem wytrwałości (ujemna niska korelacja); niskim nasileniem kompetencji (ujemna niska korelacja); niskim nasileniem optymizmu (ujemna niska korelacja); niskim nasileniem prężności psychicznej w ujęciu ogólnym (ujemna niska korelacja).

Wysokie nasilenie wtórnej traumy w sferze zmian poznawczych i emocjonalnych współwystępowało z niskim nasileniem tolerancji (ujemna niska korelacja); niskim nasileniem prężności psychicznej w ujęciu ogólnym (ujemna niska korelacja).



Wysokie nasilenie wtórnej traumy w ujęciu ogólnym współwystępowało z: niskim nasileniem wytrwałości (ujemna niska korelacja); niskim nasileniem kompetencji (ujemna niska korelacja); niskim nasileniem tolerancji (ujemna niska korelacja); niskim nasileniem optymizmu (ujemna niska korelacja); niskim nasileniem prężności psychicznej w ujęciu ogólnym (ujemna niska korelacja).

Hipoteza 7: Im wyższy poziom prężności, tym wyższy poziom pozytywnych konsekwencji wtórnej traumy.

Tabela 16

Zależność pomiędzy prężnością psychiczną a wzrostem potraumatycznym

	1	2	3	4	5	6
Wytrwałość	0,12	0,18	,212*	0,07	0,00	0,15
Otwartość	0,14	0,05	,270**	0,10	0,12	0,17
Kompetencje	0,18	0,15	,304**	0,19	0,02	,214*
Tolerancja	,209*	0,09	,285**	0,14	0,14	,217*
Optymizm	,284**	0,17	,337**	,203*	0,12	,282**
Wynik ogólny SPP-25	,219*	0,15	,326**	0,16	0,09	,240*

Legenda: 1.Relacje z innymi; 2.Nowe możliwości; 3.Osobista siła; 4.Zmiany duchowe; 5.Docenienie życia; 6. PTGI ogólnie; współczynniki korelacji istotne przy * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Z danych zawartych w Tabeli 16 wynika, że miała miejsce zależność pomiędzy prężnością psychiczną a wzrostem potraumatycznym.

Wysokie nasilenie wzrostu potraumatycznego w sferze relacji z innymi współwystępowało z wysokim nasileniem tolerancji (dodatnia niska korelacja); wysokim nasileniem optymizmu (dodatnia niska korelacja); wysokim nasileniem prężności psychicznej w ujęciu ogólnym (dodatnia niska korelacja).

Wysokie nasilenie wzrostu potraumatycznego w sferze osobistej siły współwystępowało z wysokim nasileniem otwartości (dodatnia niska korelacja); wysokim nasileniem tolerancji (dodatnia niska korelacja); wysokim nasileniem optymizmu (dodatnia niska korelacja); wysokim nasileniem prężności psychicznej w ujęciu ogólnym (dodatnia niska korelacja).

Wysokie nasilenie wzrostu potraumatycznego w sferze zmian duchowych współwystępowało z wysokim nasileniem optymizmu (dodatnia niska korelacja).

Wysokie nasilenie wzrostu potraumatycznego w ujęciu ogólnym współwystępowało z wysokim nasileniem kompetencji (dodatnia niska korelacja); wysokim nasileniem tolerancji



(dodatnia niska korelacja); wysokim nasileniem optymizmu (dodatnia niska korelacja); wysokim nasileniem prężności psychicznej w ujęciu ogólnym (dodatnia niska korelacja).

Pytanie 10: Czy inteligencja emocjonalna pełni rolę predykcyjną dla negatywnych konsekwencji wtórnej traumy?

Kolejne pytanie badawcze dotyczyło tego, czy IE pełni rolę predyktora dla IWST. W celu udzielenia odpowiedzi na wyżej postawione pytanie przeprowadzono regresję liniową metodą wprowadzenia.

Tabela 17

Statystyki dopasowania modeli regresji dla zmiennej zależnej – IWST

		Suma kwadratów	df	Średni kwadrat	F	p
Model 1	Regresja	618,81	1	618,81	4,46	
	Reszta	13594,18	98	138,72		0,037 ^B
	Ogółem	14212,99	99			

Legenda: B – Predyktory: (stała), IE

Z danych zawartych w Tabeli 17 wynika, że model jest dobrze dopasowany ($F(1,98) = 4,46$; $p < 0,05$).

Tabela 18

Współczynnik regresji dla relacji IE i IWST

Czynniki	B	SE	Beta	t	p
(Stała)	33,61	9,60		3,50	0,001
INTE	-0,17	0,08	-0,21	-2,11	0,037

$R^2 = 0,044$; $F = 4,46$; $p < 0,05$

Legenda: parametr b - niestandardyzowany współczynnik regresji; parametr Beta - standaryzowany współczynnik regresji, t – statystyka testowa, p – poziom istotności

Z danych zawartych w Tabeli 18, na podstawie wyników analizy wariancji beta okazał się istotny statystycznie, co sugeruje związek między IE a IWST ($\beta = -0,21$; $p < 0,05$). Innymi słowy, im większe nasilenie inteligencji emocjonalnej w ujęciu ogólnym, tym mniejsze nasilenie wtórnej traumy w ujęciu ogólnym. Zależność ta miała niski charakter.

Pytanie 11: Czy prężność pełni rolę predykcyjną dla negatywnych konsekwencji wtórnej traumy?



Kolejne pytanie badawcze dotyczyło tego, czy prężność psychiczna pełni rolę predyktora dla IWST. W celu udzielenia odpowiedzi na wyżej postawione pytanie przeprowadzono regresję liniową metodą wprowadzenia.

Tabela 19

Statystyki dopasowania modeli regresji dla zmiennej zależnej – IWST

		Suma kwadratów	df	Średni kwadrat	F	p
Model 1	Regresja	871,82	1	871,82	6,40	
	Reszta	13341,17	98	136,13		0,013 ^B
	Ogółem	14212,99	99			

Legenda: B – Predyktory: (stała), prężność psychiczna

Z danych zawartych w Tabeli 19 wynika, że model jest dobrze dopasowany ($F(1,98) = 6,40$, $p < 0,05$).

Tabela 20

Współczynnik regresji dla relacji SPP-25 i IWST

Czynniki	B	SE	Beta	t	p
(Stała)	27,85	5,79		4,81	0,001
Prężność psychiczna ogólnie	-0,20	0,08	-0,25	-2,53	0,013

$R^2 = 0,052$, $F = 6,40$; $p < 0,05$

Legenda: parametr b - niestandardyzowany współczynnik regresji; parametr Beta - standardyzowany współczynnik regresji, t – statystyka testowa, p – poziom istotności

Z danych zawartych w Tabeli 20, na podstawie wyników analizy wariancji beta okazał się istotny statystycznie, co sugerowało związek między SPP-25 a IWST ($\beta = -0,25$; $p < 0,05$). Innymi słowy, im większe nasilenie prężności psychicznej w ujęciu ogólnym, tym mniejsze nasilenie wtórnej traumy w ujęciu ogólnym. Zależność ta miała niski charakter.

Rozdział 6 Dyskusja

Wyniki przeprowadzonych badań wykazały istnienie istotnej statystycznie ujemnej zależności między poziomem inteligencji emocjonalnej u osób świadczących wsparcie poprzez infolinię pomocowe a nasileniem wtórnego stresu traumatycznego (STS). Jednocześnie potwierdziły dodatnią zależność o istotnym statystycznie charakterze między poziomem inteligencji emocjonalnej a poziomem wtórnego wzrostu potraumatycznego (VPTG).

Potwierdzona została istotna statystycznie ujemna zależność między poziomem prężności a poziomem wtórnego stresu traumatycznego (STS), a także dodatnia zależność między poziomem prężności a poziomem wtórnego wzrostu potraumatycznego (VPTG).

W zakresie hipotez dotyczących zmiennych socjodemograficznych uzyskano istotnie statystyczny wynik wykazujący zależność między wiekiem a poziomem intruzji w przypadku wtórnego stresu potraumatycznego (STS). Dla pozostałych hipotez badania nie wykazały różnicowania.

W przeglądzie badań dotyczących wtórnego wzrostu potraumatycznego (VPTG) opublikowanym w 2024 roku ujęto wyniki 29 badań tego zjawiska wśród pielęgniarek. W ośmiu z tych badań wykonano analizy czynników socjodemograficznych, w przytłaczającej większości nie wykazując związku – jedynie kilka wykazało związek między płcią, dwa związek z wiekiem, a jedno ze stażem pracy (Cai i in.,2024). Poszczególne wyniki omówię poniżej, a przytaczam tę informację na początku rozdziału, aby podkreślić, jak niewielką liczbą i niejednoznacznymi badaniami na razie dysponujemy.

Jaki jest poziom negatywnych i pozytywnych konsekwencji wtórnej traumy wśród interwentów kryzysowych na infoliniach pomocowych.

Nie dysponując badaniami na grupie specjalistów zdrowia psychicznego udzielających wsparcia przez telefon, w pracy nie postawiono hipotez dotyczących poziomu zmiennych zależnych, a sprawdzono poziom tychże zmiennych w badanej grupie.

STS

Poziom konsekwencji negatywnych, czyli wtórnego stresu potraumatycznego (STS) w badanej grupie został określony jako niski, a statystyczna istotność wyniku była bardzo wysoka ($p < 0,001$). Na uwagę zasługuje fakt, że dominujący w układzie wynik niski można interpretować jako objaw tego, że konsultanci, którzy wzięli udział w badaniu, wykazali dobrą adaptację w sytuacji emocjonalnego obciążenia trudną pracą. Równocześnie podkreślić należy, że w istniejących badaniach z 2024 roku dotyczących poziomu objawów STS u różnych grup

zawodowych świadczących wsparcie dla osób po doświadczeniach traumatycznych, grupa terapeutów uzyskała najniższe wyniki (najwyższe poziomy STS uzyskali pracownicy socjalni). W ww. badaniach postawiono przypuszczenie o możliwości wyróżniania się grupy terapeutów wyższą odpornością na stres i wyższymi kompetencjami w radzeniu sobie ze stresem i traumą (Ogińska-Bulik, Michalska, 2024). Uzyskany w badaniu do przedmiotowej pracy magisterskiej wynik również może mieć związek z poziomem kompetencji, jaki charakteryzuje badaną grupę. Wymagane są dalsze badania.

VPTG

W przypadku wtórnego wzrostu potraumatycznego, który mierzony był skróconą wersją kwestionariusza (PTGI-SF) zawierającą 10 itemów, nie dysponujemy jeszcze normami stenowymi (są w opracowaniu). W związku z powyższym, do czasu opracowania norm możliwe jest opisanie uzyskanych wyników, bazując na średniej i odchyleniu standardowym. Dla ogólnego wyniku PTGI w badanej grupie uzyskano średnią $M = 21,9$ przy zakresie teoretycznym od 0 do 50 punktów i średniej 25 punktów. Średnia grupy badanej lokalizowana była nieco poniżej teoretycznego środka skali PTGI-SF, co można interpretować jako umiarkowane nasilenie obserwowanych przez badanych pozytywnych zmian. Odchylenie standardowe w badanej grupie wyniosło $SD = 10,30$, czyli prawie połowę wartości uzyskanej średniej, co świadczy o dużym zróżnicowaniu wyników w grupie. Bazując na tych danych, stwierdzono, że około 68% badanych uzyskało wynik pomiędzy 11,6 a 32,2, co oznacza, że w grupie obecne były zarówno osoby, które prawie nie odczuły wzrostu (wynik bliski 10), jak i takie, u których poczucie korzystnych zmian było wyraźne (powyżej 30). Rozpatrując wyniki czynników, warto zwrócić uwagę, że najwyższą średnią uzyskano dla poczucia Osobistej Siły $M = 6$, przy odchyleniu standardowym $SD = 2,75$. Uzyskana średnia jest wynikiem powyżej teoretycznej średniej, która dla czynników w skróconej wersji wynosi $M = 5$. Najniższą średnią uzyskano dla czynnika Zmiany Duchowe, $M = 2,31$, przy odchyleniu standardowym $SD = 2,34$. Widać tu znacząco niższy poziom niż średnia teoretyczna użytego narzędzia. Wynik średniej poniżej średniej teoretycznej odnotowano także w czynniku Nowe Możliwości $M = 3,88$, zaś blisko średniej teoretycznej dla czynnika Relacje z Innymi $M = 4,37$. Czynniki Docenianie Życia uzyskał średnią 5,01, co można uznać za równe średniej teoretycznej. Na bazie powyższych wyników czynnikowych można wnioskować, że główne korzyści obserwowane przez konsultantów biorących udział w badaniu dotyczyły poczucia osobistej siły, czyli umiejętności poradzenia sobie z napotykanymi sytuacjami, sprawczości, doceniania życia, czyli wzrost

doceniania codzienności oraz przewartościowanie priorytetów oraz relacji z innymi, czyli wzrost empatii, altruizmu, wzmocnienie relacji z innymi, zwiększenie zrozumienia.

Czy wiek różnicuje pozytywne i negatywne konsekwencje traumy?

STS

W literaturze przedmiotu znajdujemy informacje potwierdzające związek wieku z wystąpieniem wtórnego stresu pourazowego, jednak badania nie są w tym zakresie jednoznaczne. Badania z 2009 roku na grupie 532 psychologów i pracowników socjalnych pracujących z traumą wykazały, że starsi uczestnicy byli mniej podatni na wystąpienie wtórnego stresu pourazowego (Craig, Sprang, 2009). Na polskim polu naukowym, w badaniach z 2021 roku przeprowadzonych na grupie personelu medycznego, wykazano pozytywny związek o słabej sile pomiędzy wiekiem a występowaniem STS (Ogińska-Bulik i in., 2021). W badaniu z 2025 roku przeprowadzonym na 103 profesjonalistach z zakresu zdrowia psychicznego udzielających wsparcia ofiarom konfliktu wojennego, wykazano, że wiek nie wiąże się bezpośrednio z wystąpieniem wtórnego stresu traumatycznego, o ile nie współwystępuje z wypaleniem zawodowym. We wnioskach badacze wskazali, że brak bezpośredniej relacji wieku z STS pozwala na przeciwdziałanie wystąpieniu poprzez skupienie się na zapobieganiu wypaleniu zawodowemu (Butt i in., 2025). Brak powiązania został wykazany także w 2023 roku w badaniach przeprowadzonych w Szkole Policyjnej w Szczytnie (Ogińska-Bulik i in., 2023).

Wyniki uzyskane w niniejszej pracy zaprzeczyły przyjętej hipotezie zakładającej wyższy poziom STS u osób młodszych. Wykazano zależność dodatnią, o umiarkowanym charakterze, wyłącznie dla czynnika intruzji. U osób starszych wyniki były statystycznie istotnie wyższe niż u młodszych. Obserwacja jest spójna z częścią wyników dostępnych w literaturze.

VPTG

W kontekście pozytywnych konsekwencji traumy, czyli wtórnego wzrostu potraumatycznego (VPTG), w literaturze przedmiotu odnajdujemy badania wskazujące na związek tej zmiennej z wiekiem. W badaniach z 2011 na grupie terapeutów wykazano, że wyższy wiek wiązał się z wyższym nasileniem wtórnego wzrostu potraumatycznego oraz korzystnymi zmianami w obrębie osobistej siły oraz doceniania życia (Brockhouse i in., 2011). W badaniach z 2017 przeprowadzonych na grupie położnych taka zależność, chociaż zdecydowanie słabsza, również została zaobserwowana (Beck i in., 2017). Jednocześnie, jak często w tym temacie, w badaniach z 2018 roku uzyskano wynik odmienny — przeprowadzone



w grupie pielęgniarek pracujących w opiece paliatywnej badania wykazały brak związku wieku z wtórnym wzrostem potraumatycznym (Ogińska-Bulik, 2018).

Wyniki uzyskane w przedmiotowej pracy nie potwierdziły związku między wiekiem badanych a VPTG.

Czy płeć różnicuje konsekwencje traumy?

STS

W tematyce STS dysponujemy badaniami z polskiego pola naukowego, przeprowadzonymi w 2023 w Szkole Policyjnej w Szczytnie. Wyniki badań jednoznacznie wskazały, że poziom wtórnego stresu pourazowego nie wiązał się z płcią respondentów (Ogińska-Bulik, Bąk, Michalska, 2023). Podobnie w badaniach z 2021 roku przeprowadzonych na personelu medycznym, nie potwierdzono związku między płcią a wtórnym stresem pourazowym (Ogińska-Bulik i in., 2021). Jednocześnie w przekrojowym opracowaniu z 2015 roku, obejmującym 14 badań na grupach profesjonalistów świadczących pomoc klientom po traumie, wskazano, że przeważająca większość wyników wskazywała na większą podatność kobiet na wystąpienie objawów wtórnego stresu pourazowego (Baum, 2015).

Uzyskane wyniki potwierdziły brak związku między płcią a STS, co zaprzeczyło przyjętej hipotezie badawczej.

VPTG

Badania, opublikowane w 2008 roku, przeprowadzone na grupie personelu szeroko pojętej opieki medycznej (lekarzy, pielęgniarek i psychoterapeutów) świadczącego wsparcie dla ofiar przemocy na tle politycznym, wykazały, że kobiety uzyskiwały wyższy poziom wtórnego wzrostu potraumatycznego niż mężczyźni (Shiri i in., 2008). Podobnie w badaniu z 2022 roku u personelu medycznego pracującego w okresie pandemii COVID-19 wykazano, że kobiety uzyskiwały wyższy poziom VPTG (Kalaitzaki i in., 2022).

Z kolei wynik wskazujący na brak relacji między tymi dwiema zmiennymi uzyskano także w badaniach z 2022 na grupie personelu medycznego (pielęgniarek oraz ratowników) jednego z polskich szpitali (Gurowiec i in., 2022).

Uzyskane wyniki wykazały brak związku między płcią a VPTG, co zaprzeczyło przyjętej hipotezie badawczej.

Czy staż pracy różnicuje konsekwencje traumy?

STS

Wiele dostępnych w literaturze przedmiotu badań wskazuje, że staż pracy wiąże się dodatnio z wystąpieniem wtórnego stresu pourazowego. Powyższe potwierdzają badania z



2024 roku przeprowadzone na grupie 160 osób świadczących wsparcie osobom po doświadczeniach traumatycznych (psychologowie, psychoterapeuci, pracownicy socjalni i kuratorzy sądowi), przyniosły potwierdzający wynik. Staż pracy wiązał się ze wszystkimi czterema kategoriami wtórnego stresu pourazowego i uznany został za predyktor wystąpienia STS (Ogińska-Bulik, Michalska, 2024). Także badania z 2018 roku, które zostały przeprowadzone w szerokiej grupie osób oferujących wsparcie po wydarzeniach traumatycznych (lekarze, pielęgniarki, ratownicy medyczni, profesjonaliści z dziedziny zdrowia psychicznego, pracownicy organizacji humanitarnych, a także menedżerowie czy oficerowie), wykazały dodatni związek między stażem pracy a symptomami wtórnego stresu traumatycznego. Osoby o krótszym stażu wykazywały niższy poziom STS niż te z dłuższym stażem (Kahil, Palabıyıkoglu, 2018).

Jednocześnie dostępne są badania, które nie wykazują związku między omawianymi czynnikami socjodemograficznymi a wtórnym stresem potraumatycznym. Wspomniane wcześniej badanie przeprowadzone w 2023 roku w Szkole Policijnej w Szczytnie nie wykazało związku między stażem pracy a STS (Ogińska-Bulik i in., 2023).

Uzyskane wyniki zaprzeczyły hipotezie, nie wskazując na istniejącą zależność między stażem pracy a wtórnym stresem potraumatycznym. Na tle wcześniejszych badań grupę badaną w przedmiotowej pracy wyróżnia sposób świadczenia wsparcia, które oferowane jest zdalnie – z wykorzystaniem telefonu. Element ten mógłby potencjalnie wskazywać na istotność mniej bezpośredniego charakteru świadczonej pomocy. Wymaga to jednak dalszych badań.

VPTG

W literaturze możemy odnaleźć zarówno badania potwierdzające to, czego można się spodziewać, studiując naturę zjawiska, jakim jest VPTG, czyli dodatni związek między poziomem narażenia na bodziec (traumatyzujące szczegóły doświadczeń wspieranych osób) a zastępczym wzrostem potraumatycznym, jak również badania wskazujące na brak takiego powiązania.

W badaniach z 2014 na grupie 126 studentów oraz członków społeczności lokalnej uzyskano potwierdzenie dodatniego związku między obciążeniem pracą a wtórnym wzrostem potraumatycznym (Abel i in., 2014).

Dla równowagi, w badaniach z 2007 roku przeprowadzonych na grupie terapeutów wspierających ofiary wydarzeń traumatycznych wykazano, że nie wystąpił związek między stażem pracy a zastępczym wzrostem potraumatycznym (Linley, Joseph, 2007).

W badaniach z 2022 roku na personelu medycznym (pielęgniarki oraz ratownicy) w polskiej placówce opieki zdrowotnej nie potwierdzono związku między stażem pracy, a wystąpieniem wtórnego wzrostu potraumatycznego (Gurowiec i in., 2022).

Uzyskane wyniki zaprzeczyły przyjętej hipotezie, nie wskazując na istniejącą zależność między stażem pracy a wtórnym wzrostem potraumatycznym.

Jaki jest poziom inteligencji emocjonalnej w grupie badanej?

W ramach przeprowadzonych badań zweryfikowano poziom inteligencji emocjonalnej w badanej grupie. W ujęciu ogólnym, większość grupy, bo aż 60% badanych, uzyskała wynik umiarkowany, 33% wynik niski, a 7% wynik wysoki. Poziom istotności statystycznej wyników jest bardzo wysoki ($p < 0,001$).

Większość badanej grupy prezentuje także umiarkowany poziom w zakresie wykorzystania emocji do wsparcia myślenia i działania. Wynik charakteryzuje się wysoką istotnością statystyczną ($p < 0,001$). Można byłoby wnioskować, że umiarkowany poziom tej umiejętności pozwala uchronić konsultantów przed przejmowaniem emocji wspieranej osoby, a jednocześnie pozwala im wystarczająco angażować się emocjonalnie, by oferować lepsze zrozumienie i wsparcie. Uzyskany wynik świadczy o dużej homogeniczności grupy.

W zakresie zdolności do rozpoznawania emocji, podobnie jak w poprzednim czynniku czy ujęciu ogólnym, uzyskano wynik wskazujący, że większość - 62% - osób badanych charakteryzuje się przeciętną zdolnością do identyfikowania emocji u siebie i innych. Wynik wysoki wykazano u 16% osób, a niski u 22% osób. Uzyskane wyniki charakteryzują się wysoką istotnością ($p < 0,001$).

Jaki jest poziom prężności w grupie badanej?

W toku badań analizie poddano także poziom prężności w grupie badanej. Wynik ogólnego poziomu prężności, podobnie jak w przypadku inteligencji emocjonalnej, wykazał, że w grupie badanej dominuje poziom umiarkowany – 50%; poziom wysoki wykazało 29% osób, zaś poziom niski 21% osób. Osiągnięte wyniki cechuje wysoki poziom istotności statystycznej ($p < 0,001$).

Im wyższy poziom inteligencji emocjonalnej tym niższy STS

W badaniach z 2025 roku przeprowadzonych na grupie pielęgniarek pediatrycznych wykazano istotną statystycznie, słabą, ujemną zależność pomiędzy inteligencją emocjonalną a wtórnym stresem potraumatycznym (Ergül, Kaatsız, 2025)

Uzyskane wyniki potwierdziły postawioną hipotezę. Badania wykazały, że istotny statystycznie poziom ujemnej korelacji – wysoki poziom inteligencji emocjonalnej –



współwystępuje z niskim poziomem ogólnym STS oraz niskim nasileniem czynników: intruzji (nawracających wspomnień i myśli) oraz unikania, czyli odcinania się od bodźców.

Podobne zależności zaobserwowano także w przypadku czynnika drugiego inteligencji emocjonalnej, czyli zdolności do rozpoznawania emocji – wysoki poziom koreluje ujemnie z unikaniem oraz intruzją.

Zaznaczyć należy, że uzyskane wyniki charakteryzują się niską korelacją, co oznacza, że inteligencja emocjonalna nie jest jedynym czy głównym czynnikiem, który wiąże się z poziomem STS. Wymagane są dalsze badania nad zjawiskiem.

Czy poziom inteligencji emocjonalnej wiąże się z poziomem VPTG?

Przeprowadzone badania wykazały dodatnią korelację pomiędzy ogólnym ujęciem inteligencji emocjonalnej a ogólnym poziomem wtórnego wzrostu potraumatycznego oraz z czynnikami VPTG: relacjami z innymi, nowymi możliwościami, osobistą siłą oraz zmianami duchowymi.

W zakresie czynnika pierwszego inteligencji emocjonalnej, zdolności do wykorzystania emocji dla wspomagania myślenia i działania, zaobserwowano dodatnią korelację z relacjami z innymi, osobistą siłą, zmianami duchowymi oraz wynikiem ogólnym VPTG.

W zakresie czynnika drugiego inteligencji emocjonalnej, zdolności do rozpoznawania emocji, zaobserwowano dodatnią korelację z relacjami z innymi, nowymi możliwościami, osobistą siłą, duchowymi zmianami oraz ogólnym wynikiem VPTG.

Zaznaczyć trzeba, że, podobnie jak w przypadku poprzednio omawianej relacji z STS, zaobserwowana korelacja ma niski charakter, co interpretuje się jako wskazówkę na istnienie wielu zmiennych kształtujących VPTG i konieczność dalszego zgłębiania tematu.

Im wyższy poziom prężności, tym niższe STS

Jak wynika z badań nad prężnością i jej powiązaniem z wtórnym stresem traumatycznym prowadzonych w 2012 roku w Polsce, prężność pod postacią wyniku ogólnego nie korelowała z objawami STS. Równocześnie zaobserwowano istotną ujemną korelację między poszczególnymi czynnikami obu zjawisk. Wytrwałość i determinacja w działaniu (prężność) wiązały się ujemnie z intruzją (STS), a optymistyczne nastawienie do życia oraz zdolność mobilizowania się w trudnych sytuacjach (prężność) wiązały się ujemnie z unikaniem (STS). Zaobserwowano także ujemną korelację pomiędzy optymistycznym nastawieniem do życia (prężność) a ogólnym wynikiem STS (Ogińska-Bulik, Juczyński, 2012). Także badanie z 2018 roku obejmujące grupę pielęgniarek (opieka paliatywna) wykazało ujemną korelację pomiędzy prężnością a wtórnym stresem traumatycznym (Ogińska-Bulik, 2018).

Uzyskane wyniki potwierdziły postawioną hipotezę. Badania wykazały, ujemną, niską korelację ogólnego poziomu STS z poziomem prężności ogólnej, a także jej czynnikami: poziomem wytrwałości, kompetencji, tolerancji, optymizmu.

W sferze intruzji zaobserwowano ujemną, niską korelację z poziomem wytrwałości, poczucia kompetencji oraz prężności psychicznej w ujęciu ogólnym.

W zakresie czynnika unikania zaobserwowano ujemną, niską korelację z wytrwałością, poczuciem kompetencji, optymizmem oraz ogólnym poziomem prężności.

W obszarze zmian poznawczych i emocjonalnych uzyskano wyniki wskazujące na niską, ujemną korelację z tolerancją oraz ogólnym poziomem prężności psychicznej.

Niski charakter zaobserwowanych korelacji wskazuje na istnienie większej liczby zmiennych mających wpływ na poziom wtórnego stresu potraumatycznego.

Im wyższy poziom prężności, tym wyższy poziom VPTG

We wzmiankowanym wcześniej badaniu z 2012 roku dotyczącym prężności i jej powiązań z konsekwencjami wtórnej traumy wykazano, że wzrostowi poziomu VPTG sprzyja większość czynników prężności psychicznej (z wyłączeniem czynnika 1). Na zmianę percepcji siebie (VPTG) szczególnie mocno koreluje z otwartością na nowe doświadczenia i poczuciem humoru (prężność, czynnik 2). Z kolei większe docenianie życia (VPTG) wiąże się z optymistycznym nastawieniem do życia i zdolności do mobilizowania się w trudnych sytuacjach (czynnik 5. prężności) (Ogińska-Bulik, Juczyński, 2012).

Uzyskane wyniki potwierdziły postawioną hipotezę. Badania wykazały dodatnią, niską korelację między prężnością a VPTG – im wyższy poziom wtórnego wzrostu potraumatycznego, tym wyższe poczucie ogólnej prężności psychicznej, a także poszczególnych jej czynników: poczucia kompetencji, tolerancji oraz optymizmu.

Analogiczną zależność zaobserwowano w zakresie poszczególnych czynników VPTG. Wysoki poziom w sferze relacji z innymi koreluje dodatnio z poziomem tolerancji, optymizmu oraz prężności w ujęciu ogólnym.

Wysoki poziom osobistej siły koreluje dodatnio z poziomem otwartości, tolerancji, optymizmu oraz prężności w ujęciu ogólnym.

Wysoki poziom w zakresie zmian duchowych koreluje dodatnio z poziomem optymizmu.

Ponownie, niski charakter obserwowanych korelacji zinterpretowano jako wskaźnik istnienia innych czynników korelujących z zastępczym wzrostem potraumatycznym, co stanowi potwierdzenie wieloczynnikowej etiologii VPTG.



Czy inteligencja emocjonalna pełni rolę predykcyjną dla STS

Wyniki uzyskane w tureckich badaniach z 2022, którymi objęto 155 profesjonalistów z branży zdrowia psychicznego pracujących z ofiarami wydarzeń traumatycznych, jednoznacznie wskazały na ochronny charakter inteligencji emocjonalnej w kontekście wystąpienia wtórnego stresu potraumatycznego, która okazała się być negatywnym predyktorem dla STS (Yazıcı, Özdemir, 2022). W omawianych wcześniej badaniach na grupie pediatrycznych pielęgniarek nie wykazano wpływu inteligencji emocjonalnej na wystąpienie wtórnego stresu potraumatycznego (Ergül, Kaatsız, 2025).

Przeprowadzone w niniejszej pracy badania wykazały ujemny, istotny statystycznie związek między inteligencją emocjonalną a STS ($\beta = -0,21$; $p < 0,05$). Powyższe pozwala wnioskować o predykcyjnym i chroniącym charakterze inteligencji emocjonalnej wobec wtórnego stresu potraumatycznego. Wynik błędu statystycznego na poziomie 5% oznacza, że opisywane zjawisko faktycznie zachodzi w badanej populacji. Jednocześnie należy podkreślić, że siła związku ($\beta = -0,21$) jest umiarkowana, także w przyszłych badaniach należy poszukiwać pozostałych czynników chroniących.

Czy prężność pełni rolę predykcyjną dla STS

We wspomnianych wcześniej badaniach z 2012 roku wykazano, że piąty czynnik prężności – optymistyczne nastawienie do życia i zdolność mobilizowania się w trudnych sytuacjach – jest predyktorem dla STS. Wyższy poziom przedmiotowego czynnika warunkował niższy poziom intruzji, pobudzenia oraz unikania. W badaniu zaznaczono jednak, że czynnik ten wyjaśniał jedynie 8% wariacji STS, co interpretuje się jako uwarunkowanie STS innymi czynnikami, nieobjętymi analizą (Ogińska-Bulik, Juczyński, 2012). Jednocześnie w badaniu z 2018 roku na grupie pielęgniarek zatrudnionych w ośrodkach opieki paliatywnej wykazano, że predykcyjną rolę dla STS pełnią czynnik prężności – otwartość na nowe doświadczenia i poczucie humoru (Ogińska-Bulik, 2018).

Wyniki uzyskane w ramach przedmiotowej pracy wykazały, podobnie jak w przypadku inteligencji emocjonalnej, że zachodzi ujemna, statystycznie istotna zależność między prężnością a objawami STS ($\beta = -0,25$; $p < 0,05$). Oznacza to, że prężność pełni rolę predykcyjną, ochronną, dla wtórnego stresu potraumatycznego. Przyjmując definicję prężności jako cechy, za N. Ogińską-Bulik i Z. Juczyńskim, możemy uznać, że jest ona zasobem odpornościowym. Podobnie jak przy omawianej wcześniej inteligencji emocjonalnej, siła predykcji ma poziom umiarkowany ($\beta = -0,25$), co oznacza, że wciąż pozostaje pole do badań i poszukiwania pozostałych czynników chroniących.



Ograniczenia badań

Przeprowadzone badanie, jakkolwiek przestrzegano standardów metodologicznych oraz wykorzystano rzetelne narzędzia diagnostyczne, obciążone jest ograniczeniami, które należy uwzględnić, omawiając i interpretując prezentowane wyniki.

Grupa badana liczyła 100 osób, co umożliwia przeprowadzenie analiz statystycznych, jednocześnie nie pozwala na pełne odzwierciedlenie populacji. Badanie zostało przeprowadzone w formie online – uczestnicy odpowiadali, używając dedykowanego elektronicznego formularza. Z jednej strony pozwalało to na pełne zachowanie anonimowości i komfortowe warunki wypełniania, z drugiej uniemożliwiało faktyczne zaangażowanie w proces oraz potwierdzenie tożsamości czy przynależności do grupy respondentów.

Grupa nie była równoliczna, 81% stanowiły kobiety. Ta dysproporcja może wpływać na uzyskane wyniki.

Rekrutacja do badania przeprowadzona była poprzez telefony wsparcia, w których badani świadczyli pomoc. Krok ten okazał się zaskakująco trudny, ponieważ część koordynatorów infolinii reagowała niechętnie, a nawet odmową. Największy udział w grupie mają konsultanci telefonu wsparcia Fundacji Nagle Sami, którzy pracują z osobami w żałobie i w kryzysie straty. Specyfika ww. tematyki oraz potencjalna dominacja ilościowa tych konsultantów mogą rzutować na uzyskane wyniki – pracując w takiej tematyce, specjaliści ogniskują zainteresowanie na przechodzeniu przez proces kryzysu i pozytywnych aspektach, które stają się elementem życia klienta po kryzysie. Może to wpływać na wyższy poziom pozytywnych konsekwencji potraumatycznych.

Jakkolwiek wszystkie użyte narzędzia mają potwierdzoną rzetelność i trafność, to są kwestionariuszami samoopisowymi, co powoduje ograniczenia wynikające chociażby z błędów poznawczych. Wykorzystana skrócona wersja kwestionariusza PTGI-SF jest w toku ustalania norm stenowych, zatem dysponowaliśmy jedynie średnimi i odchyleniami standardowymi. To uniemożliwiło jeszcze szersze odniesienie uzyskanych wyników do populacji.

Poruszony temat szeroko pojętych konsekwencji pracy z klientem w kryzysie jest niezwykle ważny z perspektywy dobrostanu profesjonalistów z branży zdrowia psychicznego. Zarówno organizacji, które specjalistów zatrudniają, jak i indywidualnych jednostek, które mają o siebie zadbać. W literaturze przedmiotu, tak polskiej, jak i zagranicznej, brak jeszcze licznych badań z tego zakresu. Warto byłoby w przyszłych badaniach nad pozytywnymi i negatywnymi konsekwencjami wtórnej traumy znacząco rozszerzyć próbę, zadbać o równoliczność płciową respondentów, zbadać zależność wyników od formy świadczenia pracy

– w przedmiotowej pracy była to forma telefoniczna, a więc z ograniczoną relacją z klientem - oraz rodzaju kryzysów, z jakimi pracują specjaliści. Uzyskane wyniki wskazują również na konieczność eksploracji tematu, uwzględnianie pozostałych czynników, które mogą wpływać na wystąpienie VPTG i STS oraz poszukiwania pozostałych, jeszcze niezidentyfikowanych.



Zakończenie

W przedmiotowej pracy przeprowadzono próbę analizy zależności pomiędzy poziomem inteligencji emocjonalnej i prężnością psychiczną a negatywnymi i pozytywnymi konsekwencjami wtórnej traumy. Wyniki wykazały ochronne właściwości inteligencji emocjonalnej oraz prężności psychicznej w relacji z wtórnym stresem potraumatycznym oraz właściwości wzmacniające w przypadku zastępczego wzrostu potraumatycznego. Słaby charakter uzyskanych związków jednoznacznie wskazuje na istnienie szerszej puli czynników, które wiążą się z negatywnymi i pozytywnymi konsekwencjami wtórnej traumy, pełniących rolę ochronną i wzmacniającą. Jednocześnie nie potwierdzono związków między zmiennymi zależnymi a czynnikami socjodemograficznymi, takimi jak wiek, płeć czy miejsce zamieszkania.

Uzyskane wyniki zdecydowanie wskazują na konieczność kontynuowania badań i zgłębiania tematu na szerszej grupie, nie tylko ze względu na interesującą tematykę czy brak głębokiego przebadania obu zjawisk, ale także z uwagi na wagę tematu dla branży specjalistów zdrowia psychicznego. Badania dostępne w literaturze przeprowadzane są na różnych grupach zawodowych (ratownicy, pielęgniarki, policja, ratownicy w strefach wojennych, specjaliści zdrowia psychicznego), świadczących pomoc w różny sposób (bezpośrednia, pośrednia, w strefie zagrożenia, w placówkach) i dostarczają zróżnicowanych wyników – chociażby w zakresie zależności od wieku czy płci. Dodatkowo uzyskane w części badań wyniki różnicujące terapeutów od innych grup zawodowych w poziomie deklarowanych STS wskazują na głęboki sens dalszych badań i uzyskania możliwie jednoznacznych odpowiedzi. Nie sposób również nie zwrócić uwagi na to, że w drastycznie różnych środowiskach – udzielanie wsparcia w strefie wojny vs udzielanie wsparcia w gabinecie vs świadczenie wsparcia przez telefon – osoba wspierająca poddana jest wpływowi różnych czynników i będzie miała różne potrzeby. Stąd podkreślona wcześniej konieczność rozszerzania badań z uwzględnieniem branży, sposobu świadczenia pracy, rodzaju kryzysu.

Podsumowując, uzyskano potwierdzenie ochronnych oraz wzmacniających właściwości inteligencji emocjonalnej oraz prężności w kontekście konsekwencji wtórnej traumy. Dalszy rozwój badań w tym zakresie może przyczynić się do zgłębiania wiedzy na temat mechanizmów VPTG i STS oraz poprawy dobrostanu pracowników sektorów wspierających osoby doświadczające wydarzeń traumatycznych. Mowa tu o instytucjonalnym wdrożeniu rozwiązań oferujących wsparcie dopasowane do potrzeb określonych specjalistów.



Bibliografia

Adams, R. E., Boscarino, J. A., i Figley, C. R. (2006). Compassion fatigue and psychological distress among social workers: A validation study. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76(1), 103–108. <https://doi.org/10.1037/0002-9432.76.1.103>

Bar-On, R. (2001). Emotional Intelligence and Self-Actualization. W: J. Ciarrochi, J. P. Forgas, i J. D. Mayer (red.), *Emotional Intelligence in everyday life: A scientific Inquiry* (s. 82–89). Psychology Press, Inc.

Baum, N. (2016). Vicarious Traumatization and Vicarious Posttraumatic Growth: A Resilience-Theoretic Context. *Trauma, Violence, & Abuse*, 17(2), 221–235. <https://doi.org/10.1177/1524838015584357>

Bąk, G., i Ogińska-Bulik, N. (2024). Wtórna Trauma wśród funkcjonariuszy policji. *Difin*.

Beck, C. T., Rivera, R., i Gable, R. K. (2017). A Mixed-Methods Study of Secondary Traumatic Stress in Certified Nurse-Midwives: Utilization of a State-Wide Survey and Concept Mapping. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 62(2), 155–171. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12523>

Boczkowska, M. (2019). Pojęcie Resilience w ujęciu tradycyjnym i współczesnym. (s. 125-141). doi: 10.17951/lrp.2019.38.4.125-141

Bonanno, G. A. (2004). Loss, Trauma, and Human Resilience. *American Psychologist*, 20–28. <https://www.tc.columbia.edu/faculty/gab38/faculty-profile/files/americanPsychologist.pdf>

Brockhouse, R., Msetfi, R. M., Cohen, K., i Joseph, S. (2011). Vicarious exposure to trauma and posttraumatic growth via computer mediated communication: An exploratory study. *Journal of Traumatic Stress*, 24(4), 382–396. <https://doi.org/10.1002/jts.20704>

Butt, M. K., Grigutyte, N., Petravičiūtė, A., i Eimontas, J. (2025). The impact of age on burnout and secondary traumatic stress: Examining the moderating roles of detachment and work hours among mental health professionals serving war refugees in Pakistan. *International Journal of Social Psychiatry*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1177/00207640251355840>

Cai, Y., Liu, M., Luo, W., Zhang, J., i Qu, C. (2024). Scoping Review of Vicarious Post-Traumatic Growth Among Nurses: Current Knowledge and Research Gaps. *Psychology Research and Behavior Management*, 17, 3637–3657. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S483225>



Cebella, A., i Łucka, I. (2007). Zespół stresu pourazowego – rozumienie i leczenie. *Psychiatria*, 4(3), 128–137.

Craig, C. D., i Sprang, G. (2010). Compassion satisfaction, compassion fatigue, and burnout in a national sample of trauma treatment therapists. *Anxiety, Stress, & Coping*, 23(3), 319–339. <https://doi.org/10.1080/10615800903085818>

DSM 5. APA 2013.

DSM-5-TR. APA 2022.

Ergül, H., i Ay Kaatsiz, M. A. (2025). A low, negative significant relationship was found between the secondary traumatic stress levels and emotional intelligence levels of pediatric nurses. *Journal of Pediatric Nursing*, 80, 45–56. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2025.09.007>

Figley, C. R., i Ludick, M. (2017). Secondary traumatization and compassion fatigue. W: S. N. Gold (red.), *APA handbook of trauma psychology: Foundations in knowledge* (s. 573–593). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000019-029>

Gałęcki, P. (2024). *Kryteria Diagnostyczne DMS-5-TR*. Edra.

Goleman, D. (1997). *Inteligencja Emocjonalna*. Media Rodzina.

Gurowiec, P. J., Ogińska-Bulik, N., Michalska, P., i Kędra, E. (2022). Secondary Traumatic Stress and Vicarious Post-Traumatic Growth among Medical and Therapeutic Personnel. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(9), 4985. <https://doi.org/10.3390/ijerph19094985>

Gurowiec, P. J., Ogińska-Bulik, N., Michalska, P., i Kędra, E. (2022). Secondary Traumatic Stress and Vicarious Post-Traumatic Growth among Medical and Therapeutic Personnel. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(9), 4985. <https://doi.org/10.3390/ijerph19094985>

Heszen, I. (2013). *Psychologia Stresu*. PWN.

Jaworowska, A., i Matczak, A. (2008). *Kwestionariusz Inteligencji Emocjonalnej (Podręcznik PTP, Wydanie II zmienione)*.

Jozefiaková, Kaščáková, Adamkovič, Hašto, i Tavel (2022). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.801812>

Kalaitzaki, A., Tamiolaki, A., i Tsouvelas, G. (2022). From vicarious traumatization to vicarious posttraumatic growth: A longitudinal study on Greek mental health professionals during the COVID-19 pandemic. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 14(4), 596–604. <https://doi.org/10.1037/tra0001078>



Kalaitzaki, A., Theodoratou, M., Tsouvelas, G., Tamiolaki, A., i Konstantakopoulos, G. (2024). Coping profiles and their association with vicarious post-traumatic growth among nurses during the three waves of the COVID-19 pandemic. <https://doi.org/10.1111/jocn.1698>

Kaniasty, K. (2018). Wsparcie społeczne i stres traumatyczny na różnych etapach cyklu życia katastrofy. *Kwartalnik Pedagogiczny*, 63(3), 43–57. <https://doi.org/10.31828/kpd2602443806092018m000001>

Knopp, K. (2006). Rola inteligencji emocjonalnej w życiu. *Studia Psychologica*, (6), 221–235.

Kobylarczyk-Kaczmarek, M., i Ogińska-Bulik, N. (2023). Trauma u młodzieży. Konsekwencje i uwarunkowania. Difin.

Kweszko, T., de Barbaro, B., Izydorczyk, B., Mastalerz-Migas, A., Samochowiec, J., Szulc, A., Kowalska, A., Wachowska, K., i Gałęcki, P. (2023). The position statement of the Working Group on the diagnosis of the post-traumatic stress disorders in adults. *Psychiatria Polska*, 57(4), 681–704. DOI: <https://doi.org/10.12740/PP/158042>

Linley, P. A., i Joseph, S. (2007). Therapy Work and Therapists' Positive and Negative Well-Being. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 26(3), 385–403. <https://doi.org/10.1521/jscp.2007.26.3.385>

Lis-Turlejska, M. (2002). Stres Traumatyczny występowanie następstwa terapia. Wydawnictwo Akademickie „Żak”.

Lis-Turlejska, M. (2005). Traumatyczne zdarzenia i ich skutki psychiczne. Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN.

Masten, A. S. (2021). 6 Resilience in Developmental Systems: Principles, Pathways, and Protective Processes in Research and Practice. <https://doi.org/10.1093/oso/9780190095888.003.0007>

Masten, A. S., i Cicchetti, D. (2016). Resilience in development: Progress and transformation. W: D. Cicchetti (red.), *Developmental psychopathology: Risk, resilience, and intervention* (s. 271–333). John Wiley and Sons Inc. <https://doi.org/10.1002/9781119125556.devpsy406>

Ogińska-Bulik, N. (2019). Negatywne skutki pracy związanej z pomaganiem osobom po doświadczeniach traumatycznych – zjawisko wtórnej traumatyzacji. *Sztuka Leczenia*, (2), 39–47.

Ogińska-Bulik, N., Gurowiec, P. J., Michalska, P., i Kędra, E. (2021). Prevalence and predictors of secondary traumatic stress symptoms in health care professionals working with



trauma victims: A cross-sectional study. PLOS ONE, 16(2), e0247596.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0247596>

Ogińska-Bulik, N., i Juczyński, Z. (2008). Osobowość stres a zdrowie. Difin.

Ogińska-Bulik, N., i Juczyński, Z. (2008). Skala Pomiaru Prężności (SPP-25). Nowiny Psychologiczne, (3).

Ogińska-Bulik, N., i Juczyński, Z. (2010). Psychiatria, 7(4), 129–142.
https://pracownik.kul.pl/files/153117/public/ptgi_opis_metody.pdf

Ogińska-Bulik, N., i Juczyński, Z. (2012). Prężność jako wyznacznik pozytywnych i negatywnych konsekwencji doświadczonej sytuacji traumatycznej. Polskie Forum Psychologiczne, 17(2), 395–410. <https://repozytorium.ukw.edu.pl/bitstream/handle/item/1066>

Ogińska-Bulik, N., i Juczyński, Z. (2020). Kiedy trauma innych staje się własną. PWN.

Ogińska-Bulik, N., i Juczyński, Z. (2021). Personal resources and vicarious posttraumatic growth in professionals working with trauma victims. Current Issues in Personality Psychology, 9(4), 312–323. <https://doi.org/10.5114/cipp.2021.112335>

Ogińska-Bulik, N., i Kobylarczyk, M. (2018). Związek między prężnością a potraumatycznym wzrostem w grupie ratowników medycznych – mediacyjna rola inteligencji emocjonalnej. Postępy Psychiatrii i Neurologii, 27(3), 190–201.
<https://doi.org/10.5114/ppn.2018.78713>

Ogińska-Bulik, N., i Kobylarczyk, M. (2018). Związek między prężnością a potraumatycznym wzrostem w grupie ratowników medycznych – mediacyjna rola inteligencji emocjonalnej. Postępy Psychiatrii i Neurologii, 27(3), 190–201.
<https://doi.org/10.5114/ppn.2018.78713>

Ogińska-Bulik, N., i Michalska, P. (2021). Pośrednia ekspozycja na trauma a wtórny stress traumatyczny wśród profesjonalistek: mediacyjna rola empatii i poznawczego przetwarzania traumy. Psychiatria Polska, 55(6), 1255–1269.
<https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/107319>

Ogińska-Bulik, N., i Michalska, P. (2024). Psychiatria Polska, 58(1), 42–43.
<https://doi.org/10.12740/PP/162930>

Sadowska, M., i Brachowicz, M. (2008). Struktura inteligencji emocjonalnej. W: P. Francuz i W. Otrębski (red.), Studia z psychologii w KUL (Tom 15). Wydawnictwo KUL.

Schutte, N. S., Malouff, J. M., Hall, L. E., Haggerty, D. J., Cooper, J. T., Golden, C. J., i Dornheim, L. (1998). Development and validation of a measure of emotional intelligence. Personality and Individual Differences, 167–177.



Shiri, S., Wexler, I.D., Alkalay, Y., Meiner, Z., Kreitler, S. (2008). Positive Psychological Impact of Treating Victims of Politically Motivated Violence among Hospital-Based Health Care Providers. *Psychother Psychosom* (2008) 77 (5): 315–318.
<https://doi.org/10.1159/000142524>

Siuta, J. (2005). *Słownik psychologii*. Zielona Sowa.

Strycharczyk, D., i Clough, P. (2017). *Prężność psychiczna: strategie i narzędzia rozwoju*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO). (2019). ICD-11: Międzynarodowa klasyfikacja chorób i problemów zdrowotnych. Wyd. 11. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>

Tedeschi, R. G., i Calhoun, L. G. (1996). PTGI. <https://doi.org/10.1002/jts.2490090305>

Tedeschi, R. G., i Calhoun, L. G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9(3), 455–471.
<https://doi.org/10.1002/jts.2490090307>

Tedeschi, R. G., i Calhoun, L. G. (2017). PTGI-X. <https://doi.org/10.1002/jts.22155>

Van der Kolk, B. (2018). *Strach ucieleśniony*. Czarna Owca.

Weathers, F., Litz, B., Keane, T., Palmieri, P., Marx, B., i Schnurr, P. (2013). The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5). PTSD: National Center for PTSD. <https://www.ptsd.va.gov>

Westphal, M., i Bonanno, G. A. (2007). Posttraumatic Growth and Resilience to Trauma: Different Sides of the Same Coin or Different Coins? <https://doi.org/10.1111/j.1464-0597.2007.00298.x>

Yazici, H., Özdemir, M. (2022). Predictors of Secondary Traumatic Stress in Mental Health Professionals: Trauma History, Self-Compassion, Emotional Intelligence. *Journal of Rational-Emotive&Cognitive-Behavior Therapy*. 41 (1), 162–175.
<https://doi.org/10.1007/s10942-022-00458-y>

Zawadzki, B., i Strelau, J. (2008). Zaburzenia pourazowe jako następstwo kataklizmu. *Nauka*, (2), 47–55.

Zimbardo, G., Johnson, L., i McCann, V. (2017). *Psychologia. Kluczowe koncepcje*. Tom 2: Motywacja i uczenie się. PWN.

Zimbardo, G., Johnson, L., i McCann, V. (2017). *Psychologia. Kluczowe koncepcje*. Tom 5: Człowiek i jego środowisko. PWN.

Spis tabel

Tabela 1 Statystyka opisowa dla wtórnego zespołu stresu pourazowego.....	53
Tabela 2 Statystyka opisowa dla potraumatycznego rozwoju.....	54
Tabela 3 Statystyka opisowa dla inteligencji emocjonalnej.....	54



Tabela 4 Statystyka opisowa dla poczucia prężności.....	55
Tabela 5 Analiza różnic międzygrupowych wyników dla STS -wiek.....	57
Tabela 6 Analiza różnic międzygrupowych wyników dla VPTG – wiek.....	57
Tabela 7 Analiza różnic międzygrupowych wyników dla wtórnego STS – płęć.....	59
Tabela 8 Analiza różnic międzygrupowych wyników dla VPTG – płęć.....	59
Tabela 9 Analiza różnic międzygrupowych wyników dla STS - miejsce zamieszkania.....	60
Tabela 10 Analiza różnic międzygrupowych wyników dla VPTG - miejsce zamieszkania.....	61
Tabela 11 Analiza różnic międzygrupowych wyników dla STS – staż.....	62
Tabela 12 Analiza różnic międzygrupowych wyników dla VPTG – staż.....	62
Tabela 13 Zależność pomiędzy inteligencją emocjonalną a STS.....	67
Tabela 14 Zależność pomiędzy inteligencją emocjonalną a VPTG.....	68
Tabela 15 Zależność pomiędzy prężnością psychiczną a STS.....	69
Tabela 16 Zależność pomiędzy prężnością psychiczną a VPTG.....	70
Tabela 17 Statystyki dopasowania modeli regresji dla zmiennej zależnej – IWST.....	71
Tabela 18 Współczynnik regresji dla relacji IE i IWST.....	71
Tabela 19 Statystyki dopasowania modeli regresji dla zmiennej zależnej – IWST.....	72
Tabela 20 Współczynnik regresji dla relacji SPP-25 i IWST.....	72
Spis rysunków	
Rysunek 1 Zrewidowany model PTG Tadeschi i inni.....	18
Rysunek 2a Model transmisji traumy Figley’a część 1.....	21
Rysunek 2b Model transmisji traumy Figley’a część 2.....	21
Rysunek 3 Model odporności na zmęczenie współczuciem Figley’a i Ludick.....	22
Rysunek 4 Model stresu współczucia i zmęczenia współczuciem Figley’a.....	25
Spis wykresów	
Wykres 1 podział ze względu na płęć.....	47
Wykres 2 podział ze względu na wykształcenie.....	48
Wykres 3 podział ze względu na miejsce zamieszkania.....	48
Wykres 4 staż w infoliniach pomocowych.....	49
Wykres 5 liczba miejsc świadczonego wsparcia.....	49
Wykres 6 częstotliwość udzielanego wsparcia.....	50
Wykres 7 poziom wtórnego stresu pourazowego wśród interwencji kryzysowych na infoliniach pomocowych.....	56
Wykres 8 Poziom zdolności do wykorzystania emocji do wspomaganiania myślenia i działania wśród interwencji kryzysowych na infoliniach pomocowych w ujęciu %.....	63
Wykres 9 Poziom zdolności do rozpoznawania emocji wśród interwencji kryzysowych na infoliniach pomocowych w ujęciu %.....	64



Wykres 10 Poziom inteligencji emocjonalnej ogólnie wśród interwencji kryzysowych na infoliniach pomocowych w ujęciu %.....65

Wykres 11 Poziom prężności psychicznej w ujęciu % wśród interwencji kryzysowych na infoliniach pomocowych.....66

