Rozwojowe zmiany po doświadczeniach traumatycznych na misjach wojskowych. Doniesienie z badań

Development changes after traumatic experiences on military missions. Report from research

Maciej Załuski
Zakład Psychologii Zdrowia
Collegium Medicum UJ

Wprowadzenie

W grupie krytycznych wydarzeń życiowych, wydarzeń emocjonalnie znaczących, wyodrębniających się z toku codzienności oraz wymuszających zmianę w dotychczasowym funkcjonowaniu człowieka (Adamczak, 1992), szczególne miejsce zajmują zdarzenia skrajnie urazowe. Zawierają one doświadczenie śmierci lub grożą uczestnikom poważnym zranieniem, rozbiciem ich psychicznej spójności (DSM-IV, 1994). Zdarzeniem traumatycznym może być katastrofa naturalna i technologiczna, wypadek komunikacyjny, akt przemocy fizycznej i seksualnej, działania wojenne, ale także zdiagnozowanie u człowieka choroby terminalnej o złym rokowaniu, kojarzącej się z niepełnosprawnością lub chronicznym bólem. Od 60 do 90% osób doświadczyło w swoim życiu podobnych zdarzeń (Bryant i Harvey, 2003). Zdarzenie traumatyczne oddziaływuje na człowieka skutkiem swojej charakterystyki, nagłością i niezwykłością, groźbą utraty poczucia kontroli, powodując rozległe zmiany w szeregu obszarów życia (Tedeschi i Calhoun, 1995). Wśród czynników sytuacyjnych determinujących pojawienie się objawów stresu pourazowego wymienia się: intensywność oraz ilość bodźców awersyjnych, czas ekspozycji na bodźce oraz powtarzalność sytuacji (Figley, 1995; Grevin, 1996). Zdaniem Charlesa Carvera (1998; O'Leary i Ickovics, 1995) reakcja człowieka na krytyczne wydarzenie życiowe przebiegać może według czterech wzorców. Pierwszy wzorzec - po zajściu zdarzenia sprawność funkcjonowania człowieka obniża się stopniowo, a następnie utrzymuje na poziomie gwarantującym jego przeżycie (*survival with impairment*). Wzorzec drugi - sprawność funkcjonowania człowieka najpierw obniża się, a następnie stopniowo rośnie osiągając poziom sprzed zdarzenia

(*recovery*). Wzorzec trzeci opisuje reakcję całkowitej utraty sprawności funkcjonowania i poddanie się człowieka wpływowi sytuacji (*submitting*). Czwarty wzorzec polega na stopniowym wzroście poziomu funkcjonowania człowieka nawet powyżej poziomu sprzed zdarzenia (*thriving*).

Trwałe uszkodzenie zdolności adaptacyjnych człowieka lub pojawienie się patologicznych sposobów adaptacji do następstw zdarzenia spotyka się na szczęście rzadko. W USA szacuje się, że objawy zespołu zaburzeń stresowych pourazowych (PTSD) występują u 1–3 % osób w całej populacji (Everly, 1995) lub 8% (Kessler i inni, 1995). Nasilenie występowania zaburzeń PTSD w populacji Polskiej zawiera się w przedziale: od ok. 55% (pacjenci psychiatryczni) do 2,6 % (policjanci w związku z pełnioną służbą) (Lis-Turlejska, 2002; Lis-Turlejska i Kaczmarczyk, 2005). W większości wypadków ludzie wracają do swojego wcześniejszego poziomu funkcjonowania bez specjalistycznej pomocy lekarskiej lub psychologicznej (Shakespeare-Finch i inni, 2003). Aldwin, Sutton i Lachman przeprowadzili cykl badań w grupie studentów, których celem było poznanie wszelkich długofalowych następstw poważnie stresujących wydarzeń życiowych. Brak jakichkolwiek następstw zgłosiło 10% badanych osób. 20% zgłosiło wyłącznie pozytywne, trwałe efekty. Wśród nich wymieniano: wzrost poczucia kontroli, poczucie silniejszego wsparcia społecznego, nabycie nowych umiejętności radzenia sobie oraz zmiany w życiu duchowym. Około 15% studentów poinformowało o wyłącznie negatywnych, trwałych następstwach zdarzeń wliczając w to: wzrost poczucia bezbronności oraz obecność negatywnych dolegliwości fizycznych i psychicznych. Pozostałe 55% badanych zgłosiło obecność zarówno pozytywnych jak i negatywnych następstw (Aldwin i inni, 1996; Aldwin i Levenson, 2004).

Do grup zawodowych szczególnie narażonych na kontakt ze zdarzeniami traumatycznymi należą pracownicy służb emergencyjnych: ratownicy medyczni, pracownicy oddziałów ratunkowych, strażacy, policjanci oraz żołnierze. Osoby zatrudnione w wymienionych zawodach wykonując swoje obowiązki służbowe są jednocześnie mimowolnymi świadkami zdarzenia. Dodatkowo, będąc np. policjantem kryminalnym, drogowym lub żołnierzem odbywającym misję wojskową, pracownik znaleźć się może w sytuacji zagrożenia własnego życia lub zdrowia. Doświadczenia zdobyte w trakcie takich sytuacji mogą rodzić zjawisko nazywane traumą związaną z wykonywaną pracą (*work-related trauma*). Ta sama osoba narażona jest na oddziaływanie bodźców traumatycznych, będąc jednocześnie mimowolnym świadkiem zdarzenia, potencjalną jego ofiarą oraz ratownikiem. W efekcie człowiek doświadczać może zarówno stresu indywidualnego, jak i wtórnej wiktymizacji (*second traumatization syndrome* - STS) oraz „zmęczenia współczuciem" (Figley, 1995; Dunning i Silva, 1980, McCammon, Durham, Jackson oraz Williamson, 1988; Dudek, 2003, Shakespeare-Finch i inni, 2003). Praca człowieka w powtarzających się sytuacjach, nawet o niskim nasileniu czynników traumatyzujących, jaką wykonują np. ratownicy medyczni lub żołnierze w trakcie misji wojskowych, rodzić może efekt tzw. traumatyzacji kumulacyjnej (Hetherington,

2004). Nawet przebywanie w pozornie bezpiecznych warunkach, jakie zapewnia żołnierzowi będącemu na misji baza wojskowa, naraża go na stres oczekiwania oraz kontakt z informacjami zawierającymi treści urazowe. Objawy zespołu zaburzeń stresowych pourazowych rozpoznawane były zarówno u żołnierzy poszkodowanych w wyniku zestrzelenia śmigłowca – uczestników tylko jednej akcji wojskowej, jak i u tych, którzy wielokrotnie uczestniczyli w konwojach nie doznając uszczerbku na zdrowiu fizycznym.

Pozytywne zmiany wywołane traumą

Naukowe badania pozytywnych następstw krytycznych wydarzeń życiowych trwają już blisko 31 lat (Bulman i Wortman, 1977; Affleck, Tennen, oraz Gerstman, 1985; Burt i Katz, 1987; Yalom, Lieberman, 1991; Schaefer i Moos, 1992; Aldwin, 1994; O'Leary i Ickovics, 1995; Tedeschi i Calhoun, 1995; Affleck i Tennen, 1996; Park, Cohen i Murch, 1996; Echterling, 1997; McMillen i Fisher, 1998; Abraido-Lanza, 1998; Antoni i inni, 2001; Frazier, Conlon oraz Glaser, 2001; Tomich i Helgeson, 2002; Joseph i Williams, 2005; Zoellner i Mearcker, 2006; Butler, 2007). Do roku 2004 w literaturze światowej ukazało się 40 artykułów traktujących o zjawisku pozytywnych zmian zachodzących u człowieka skutkiem zetknięcia się ze zdarzeniem traumatycznym (*posttraumatic growth*) oraz zjawiskach pokrewnych określanych terminami: znajdowanie korzyści (*benefit finding*), rozkwit (*thriving*), *perception of benefit* (spostrzeganie korzyści), *positive adjustment* (pozytywne przystosowanie) i *positive adaptation* (pozytywna adaptacja) (Linley i Joseph, 2004). W latach: 2007–2008, według bazy danych PILOT (National Center for PTSD), na świecie opublikowano 53 prace traktujące o rozwoju po traumie. W badaniach tych używano zazwyczaj jedno z sześciu narzędzi pomiarowych dostarczających danych ilościowych (skale) i jedno z dziesięciu narzędzi dostarczających danych jakościowych (ustrukturowany wywiad). Powstało ponad dziesięć modeli służących wyjaśnianiu mechanizmów zmian (Bulman, 2004; Zoellner i Mearceker, 2006; Joseph i Linley, 2006).

Pojęcie rozwoju po traumie (*posttraumatic growth*) rozumiane jest najczęściej dwojako. Jako specyficzny sposób radzenia sobie człowieka z następstwami urazu lub jako efekt wpływu zdarzenia i zastosowanego sposobu radzenia sobie. W 1988 roku Shelley Taylor i Jonathon Brown opublikowali artykuł będący podsumowaniem prowadzonych od trzech lat badań nad zagadnieniem adaptacji pacjentów onkologicznych do choroby. Taylor, tworząc powszechnie znaną teorię adaptacji poznawczej, wprowadziła pojęcie pozytywnych iluzji - błędnych percepcji w ocenie siebie i świata, stosowanych jako sposób radzenia sobie z trudną rzeczywistością. Zachowanie poczucia dobrostanu mimo choroby ułatwia człowiekowi spostrzeganie siebie jako osoby kompetentnej i efektywnej, nawet, jeśli odwołuje się on wówczas do cokolwiek złudnych przekonań. Podobnie Affleck i Tennen (1996) utożsamiają rozwój po traumie z przemyślanym sposobem radzenia sobie człowieka polegającym na tworzeniu i wykorzystywaniu przekonań na temat korzyści obecnych w doświadczanej sytuacji. Antoni (Carver i Antoni, 2004) pisze

o rozwoju jako sposobie radzenia sobie człowieka polegającym na podejmowaniu działań celem znajdowania korzyści (*finding benefit*) w trudnej sytuacji, w jakiej się znalazł. Affleck i Tennen (1996) definiują znajdowanie korzyści: *benefit finding, benefit conclusions* jako przekonanie człowieka na temat korzyści osiągniętych w zetknięciu się z przeciwnościami życiowymi. *Benefit reminding* oznacza przypominanie sobie korzyści - strategia radzenia sobie z problemem polegająca np. na tworzeniu adaptacyjnych przekonań na temat pozytywnych konsekwencji zdarzenia lub też na przypominaniu sobie przyjemnych chwil ze swego dotychczasowego życia. O'Leary (1998) definiuje zmiany rozwojowe jako dynamiczny proces „efektywnej mobilizacji zasobów indywidualnych i społecznych w odpowiedzi na ryzyko lub zagrożenie, prowadzący człowieka do pozytywnych następstw umysłowych i fizykalistycznych jak i pozytywnych następstw społecznych" (s. 428). Aldwin, Sutton oraz Lechman (1996) stwierdzają: „zindywidualizowany sposób radzenia sobie człowieka z problemem skutkować może utrzymaniem homeostazy lub cofnięciem się do wcześniejszego poziomu wprawy oraz objawów. Może, jednak również kończyć się trwałymi konsekwencjami, które, zakładamy, że będą pozytywne lub negatywne, albo, co najbardziej prawdopodobne, będą kombinacją obu rodzajów" (s. 842).

Richard Tedeschi i Lawrence Calhoun odmiennie rozumieją zjawisko rozwoju skutkiem traumy (1995). Autorzy utożsamiają rozwój z występowaniem u człowieka pozytywnej zmiany psychologicznej powstałej w wyniku zmagania się z następstwami zdarzenia traumatycznego. Rozwój zachodzi wówczas, gdy u człowieka następują zmiany w sposobie widzenia, skutkiem których zyskuje on głębsze rozumienie siebie i świata. Pogłębienie rozumienia pozwala człowiekowi zmienić swoje zachowanie, tak, że staje się on bardziej efektywny w zmaganiu się z kolejnymi kryzysami, podejmuje działania wcześniej pomijane, nie sprawdzane lub dostarczające wcześniej nie osiąganych nagród. Doświadczona utrata jest przez człowieka dewaluowana lub przekształcana w większą wartość, dostępną aktualnie lub w przyszłości. Wspomniane zmiany wynikają z cierpienia towarzyszącego zmaganiu się człowieka z wyzwaniami spowodowanymi zdarzeniem oraz – zdaniem Tedeschi i Calhoun - prawdopodobnie jedynie z powodu zajścia zdarzenia (op. cit., s. 87). Mechanizm zmian rozwojowych związany jest bezpośrednio z procesami poznawczego przepracowywania informacji odnoszących się do zdarzenia, odbudowy schematów poznawczych, poszukiwania sensu zdarzenia i jego znaczenia dla dalszego życia człowieka (Janoff-Bulman, 1989a, 1989b). Podobnie, Joseph i Williams utożsamiają rozwój ze zmianami w systemie poznawczym człowieka służącymi przystosowywaniu posiadanej wiedzy do realności wywołanej zdarzeniem. Efektem procesów akomodacji jest powstanie schematów zawierających „nowe i bardziej pozytywne założenia dotyczące świata" (Joseph, Williams, 2005, s. 434). Podsumowaniem obu podejść jest propozycja Helgeson, Reynolds i Tomich (2006) – autorki definiują rozwój jako „odnoszący się do różnorodnych procesów, spośród których niektóre są aktualnymi zmianami w życiu człowieka, inne

sposobami radzenia sobie, jeszcze inne poznawczymi manipulacjami, a wszystkie przejawami działającego u człowieka mechanizmu uwydatniania celem łagodzenia dystresu" (s. 812).

Za realnością zmian rozwojowych opowiedział się niemiecki psycholog Hansjörg Znoj (1999). W swoich badaniach starał się określić postać zależności pomiędzy nasileniem objawów stresu a ilością pozytywnych zmian. Badacz uzyskał wyniki świadczące o zależności krzywoliniowej: „im więcej objawów stresu wywołanego zdarzeniem, tym więcej rozwoju, gdy człowiek zdrowieje z objawów. Jednak osoby bardzo owładnięte objawami powinny doświadczać przeciętnego poziomu rozwoju, osoby o wysokim poziomie objawów po zdarzeniu, ale aktualnie ich nie doświadczające powinny prezentować wysoki poziom rozwoju, zaś osoby doświadczające zdarzenia bez objawów psychologicznych stresu powinny ujawniać niski poziom rozwoju" (s. 4). Podobnie sądzą Suzanne Lechner, Charles Carver i Michael Antoni (2006). Analizując wyniki swych dotychczasowych badań zaobserwowali występowanie krzywoliniowej zależności pomiędzy zdolnością człowieka do znajdowania korzyści w chorobie, a lepszym przystosowaniem się do niej. Zdaniem autorów, gdy choroba staje się dla człowieka źródłem kryzysu wzrasta stres i negatywne emocje, ale i pojawiać się mogą korzyści. „Bez poczucia kryzysu, nie byłoby powodów zarówno do odczuwania stresu, jak i poszukiwania korzyści" (Lechner, Carver i Antoni, s. 838). W modelach rozwoju po urazie Schaefer i Moosa, Aldwin, O'Leary i Ickovics oraz Tedeschiego i Calhouna przyjęto, iż pozytywne zmiany rozwojowe dokonują się na wymiarze ciągłym, ale niezależnym od wymiaru opisującego nasilenie klinicznych objawów stresu pourazowego (*posttraumatic growth*) nie jest tym samym, co wzrost dobrostanu lub spadek dystresu" (Zoellner i Maercker, 2006, s. 629).

Nancy Hogan i Lee Schmidt (2002) są autorkami modelu opisującego relacje występujące pomiędzy rozpaczą i poczuciem oddzielenia zachodzące u rodzica po stracie dziecka, a występowaniem oznak pozytywnych zmian rozwojowych. W modelu tym rozpacz zapoczątkowuje pojawianie się objawów intruzji i unikania, tworząc tzw. oś objawów stresu. Równolegle rodzi się oś wsparcia społecznego (modulowanego poziomem unikania), która prowadzi do zmian rozwojowych. W badaniach autorek predykatorami zmian rozwojowych były zarówno smutek jak i wsparcie społeczne (smutek korelował negatywnie, wsparcie pozytywnie). Z drugiej strony Stephen Joseph i Alex Linley (2004), w artykule podsumowującym dotychczasową wiedzę na temat predykatorów rozwoju, wymieniają obecność wsparcia społecznego wśród czynników niezwiązanych z oznakami pozytywnych zmian rozwojowych.

Najczęściej stosowanymi narzędziami do pomiaru ilościowego zjawiska rozwoju po traumie są: *The Stress-Related Growth Scale* (S-RGS) Crystala Parka, Lawrence'a Cohena i Renee Murch (1996), *The Post Traumatic Growth Inventory* (PTGI) Richarda. G. Tedeschi i Lawrence'a G. Calhoun (1995), *Perceived Benefit Scales* Curtis McMillen i Rachel Fisher (1998), *Thriving Scale*, Any Abraido-

Lanza, (1998), *Benefit Finnding Scales* Michaela Antoni (2001) oraz *Benefit-Finding Scales* Patricji L. Tomich i Vicki S. Helgeson (2002).

Podstawowy zarzut formułowany pod adresem procedury ilościowego pomiaru zmian po ekspozycji na zdarzenie urazowe dotyczy wiarygodności uzyskiwanych wyników. Problem nie wynika z niedoskonałości narzędzi pomiarowych, lecz z wpływu czynników emocjonalno-motywacyjnych na ocenę deklarowanych zmian. Zwracają na to uwagę m.in. Cathy McFarland i Celeste Alvaro (2000). Autorki dowodzą, że pozytywne zmiany w obszarze JA następujące po wystąpieniu poważnych stresorów życiowych są w dużej części iluzoryczne i związane z celowym samo-wzmacnianiem (*self-enhancementmotivation*).Wzbogacenie obrazu siebie po zadziałaniu stresora jest funkcją naruszenia obrazu dotychczasowego skutkiem zdarzenia, a osoby dostrzegają poprawę drogą pomniejszania cech posiadanych przed urazem. Pozytywne zmiany w zachowaniu dostrzegane przez ofiary zdarzenia nie są dostrzegane przez ich bliskich, ich ilość rośnie w niewyjaśniony sposób wraz ze wzrostem stopniem zagrożenia. Zdaniem Tanji Zoellner i Andreasa Mearckera (2006) badanie oznak rozwoju pourazowego jest *de facto* poznawaniem subiektywnych opinii osób badanych i stąd właściwym jest używanie określenia: „subiektywne wyobrażenie rozwoju po urazie" (*self-perceived post-traumatic growth*). Prace Steve'a Powella, Richarda Tedeschiego i Lawrence'a Calhouna (2003) ukazały wpływ zmiennej kulturowej na strukturę czynnikową skali *Posttraumatic Growth Inventory* a Sharon Smith i Sarah Cook (2004) w konkluzji własnych badań napisały: „rezultaty badań ukazują wnioski przeciwne wobec uzyskanych w innych badaniach: doniesienia traktujące o rozwoju mogą być raczej niedoszacowane niż zawyżane... Aby kontynuować badania na temat wpływu strategii pomiaru należy lepiej poznać metody badania rozwoju pourazowego (op. cit. s. 357).

Badania różnych autorów nie pozwoliły dotąd jednoznacznie opisać rodzaj relacji pomiędzy liczbą zmian rozwojowych po traumie a nasileniem objawów PTSD. Ścierają się poglądy traktujące oba zjawiska jako wymiary niezależne lub zależne o związkach krzywoliniowych. Brak jest wyraźnych oznak obecności procesów przetwarzania materiału traumatycznego – kluczowego mechanizmu rozwoju według Tedeschiego i Calhouna.

Przeprowadzone badania

Opisane w artykule badania przeprowadzone zostały w grupie żołnierzy zawodowych pełniących obowiązki służbowe w krajach objętych konfliktami zbrojnymi i działaniami terrorystycznymi. Ich celem było znalezienie odpowiedzi na następujące pytania:

1. Czy istnieje związek pomiędzy ekspozycją człowieka na zdarzenie skrajnie urazowe, a występowaniem pozytywnych zmian rozwojowych?
2. Czy doświadczenie sytuacji traumatycznej skutkujące pojawieniem się zaburzeń adaptacyjnych (objawy ostrego PTSD) może być katalizatorem występowania pozytywnych zmian rozwojowych?

3. Jakie jest nasilenie oraz struktura pozytywnych zmian rozwojowych?
4. Jaka jest relacja pomiędzy obecnością objawów negatywnych (lęk, PTSD), a oznakami występowania pozytywnych zmian rozwojowych?

Metodologia badań. Opis grupy badawczej

Populację badaną stanowili żołnierze zawodowi, w liczbie 90 osób, podzieleni na trzy równe grupy: jedną kontrolną i dwie zasadnicze. Grupę kontrolną utworzono z osób o których wiadomo było, że nie uczestniczyli w misjach wojskowych oraz u których w przeciągu ostatniego roku nie rozpoznano zespołu PTSD. Do pierwszej grupy zasadniczej dobierano osoby - uczestników misji wojskowych, u których po powrocie z misji nie rozpoznano obecności objawów zespołu PTSD. Do drugiej grupy zasadniczej dobierano osoby będące na misjach oraz u których po powrocie z misji lekarzy psychiatrzy rozpoznali objawy zespołu PTSD. W przypadku doboru osób do tej grupy starano się kontrolować upływ czasu od chwili postawienia diagnozy do rozpoczęcia badania, tak, aby badaniem objęto przede wszystkim tych żołnierzy, u których zdiagnozowano objawy ostrego PTSD (czyli w chwili badania objawy już ustąpiły). We wszystkich grupach przeważali mężczyźni, żyjący w związkach partnerskich, mieszkający w miastach, posiadający wyższe wykształcenie oraz pracujący zawodowo w chwili badania. Wszyscy badani należący do grup zasadniczych zadeklarowali przeżycie w trakcie pełnionych misji wojskowych zdarzenia skrajnie urazowego. Także sześć osób z grupy kontrolnej zgłosiło obecność takiego zdarzenia, choć jego miejscem nie była misja.

Tab. 1

Grupę kontrolną (K) utworzyli żołnierze zawodowi pracujący w administracji i nigdy niebędący na misji wojskowej. Wszyscy byli aktualnie czynni zawodowo. W tej grupie badanych najwięcej osób posiadało wyższe wykształcenie.

Tab. 2

Pierwszą grupę zasadniczą (M) utworzyli żołnierze przebywający na jednej lub kilku misjach wojskowych narażeni w trakcie pełnionych czynności wojskowych na obecność zdarzeń traumatycznych (zgodnie z definicją DSM-IV). Wszyscy badani byli aktualnie czynni zawodowo.

Tab. 3

Drugą grupę zasadniczą stanowili żołnierze, uczestniczący w misji wojskowej, narażeni na traumatyczne zdarzenia, u których, po powrocie do kraju, lekarze psychiatrzy rozpoznali obecność objawów zespołu zaburzeń stresowych pourazowych (PTSD). W tej grupie najwięcej osób posiadało staż pracy z przedziału: 11–20 lat, a sześciu badanych nie było czynnych zawodowo w chwili badania. W porównaniu z pierwszą grupą zasadniczą osoby należące do drugiej grupy w przeważającej większości brali udział w jednej misji wojskowej (tabela nr 4), której miejscem był przede wszystkim Irak.

W pierwszej grupie zasadniczej przeważały osoby, które powróciły z misji w okresie od miesiąca do pół roku przed badaniem; w drugiej grupie przeważały osoby, których powrót z misji miał miejsce ponad pół roku przed badaniem (odpowiednio: 23 i 29 osób).

Tab. 4

Tab. 5

Na podstawie danych z literatury oraz rozmów z żołnierzami stworzono listę jedenastu zdarzeń, których zajście mogło być czynnikiem wyzwalającym stres pourazowy. Zdarzeniem najczęściej zgłaszanym w obu grupach było przebywanie w sytuacji grożącej utratą życia i zdrowia własnego oraz kolegów. Grupy różniły się rozpowszechnieniem zgłoszonych zdarzeń oraz ich rodzajem. Więcej osób z drugiej grupy zasadniczej (PTSD) zgłosiło bycie świadkiem śmierci kolegi, widok dzieci wśród ofiar działań zbrojnych, znalezienie się we wrogim tłumie oraz użycie broni.

Użyte narzędzia badawcze

W badaniu użyto własnoręcznie stworzonej ankiety w dwóch wersjach: dla osób przebywających na misjach (wersja A) oraz niebędących na misjach (wersja B). Obie wersje posiadały część wspólną dotyczącą danych demograficznych oraz część o odmiennej treści adresowaną do wybranej grupy. Wersja A zawierała pytania służące do uzyskania informacji o: ilości misji, ich miejscu, czasie, jaki upłynął od powrotu do kraju, obecności w trakcie misji zdarzeń skrajnie urazowych (według kryteriów DSM-IV), rodzaju zdarzenia, potrzebie dzielenia się zdobytymi doświadczeniami oraz osobach, z którymi te doświadczenia omawiano. Wersja B zawierała pytanie o obecność zdarzenia traumatycznego w dotychczasowym życiu respondenta.

Do pomiaru poziomu lęku zastosowano kwestionariusz samooceny STAI (Spielberger, Gorsuch, Lushene), w wersji zgodnej z normalizacją przeprowadzoną w roku 1998 dla żołnierzy starszych służbą (Wrześniewski, Sosnowski i Matusik, 2002). Pomiar występowania objawów zaburzeń stresowych pourazowych przeprowadzono za pomocą kwestionariusza PTSD – wersja kliniczna (PTSD–K1) autorstwa: Zawadzki, Strelau, Oniszczenko i Sobolewski. Do pomiaru pozytywnych zmian rozwojowych zastosowano skalę *The Stress–Related Growth Scale* (Park, Cohen i Murch, 1996), oraz *The Post Traumatic Growth Inventory* (Tedeschi i Calhoun, 1995).

Skala *The Stress–Related Growth Scale* (S-RGS) służy do oceny zmian w obszarze trzech sfer funkcjonowania człowieka, których obecność jest wiązana z zajściem zdarzenia krytycznego. Osoba badana ocenia na trzypunktowej skali („wcale", „trochę", „w dużym stopniu") na ile opisana zmiana może być uznana jako „rezultat zajścia najbardziej stresującego zdarzenia w przeciągu ostatniego roku". Skala składa się z 50 pozycji, z których: 15 służy do oceny pozytywnych zmian w obszarze relacji społecznych, 19 - oceny zmian w zasobach osobistych, w tym filozofii życiowej, a 16 - zmian w zakresie umiejętności zaradczych. Dotychczas przeprowadzane analizy statystyczne nie doprowadziły do wyodrębnienia struktury czynnikowej skali i z tego powodu dostarcza ona

jedynie wyniku w postaci ogólnej. Narzędzie to nie posiada polskiej wersji narodowej.

Skala *The Post Traumatic Growth Inventory* (PTGI) służy do badania pozytywnych zmian rozwojowych w 5 dziedzinach: pojawienie się nowych możliwości życiowych, pozytywne zmiany w relacjach społecznych, wzrost siły osobistej, większe docenianie wartości życia oraz przemiana w życiu religijnym. Osoba badana ocenia na 6-stopniowej skali „stopień, w jakim przeżyty przez ciebie kryzys spowodował zmiany w przekonaniach dotyczących ciebie i twojego życia". Skala składa się z 21 stwierdzeń, a przeprowadzona analiza czynnikowa pozwala na wyrażanie wyników zarówno w postaci czynnikowej (5-dziedzin odpowiada 5 czynnikom), jak i ogólnej. Narzędzie to również nie posiada polskiej wersji narodowej.

Hipotezy badawcze

Postawiono następujące hipotezy badawcze:

1. o pozytywnym związku pomiędzy ekspozycją człowieka na zdarzenie skrajnie urazowe, a występowaniem oznak zmian rozwojowych
2. o pozytywnym związku pomiędzy obecnością objawów zaburzeń adaptacyjnych skutkiem zdarzenia traumatycznego, a występowaniem oznak zmian rozwojowych
3. o niezależności występowania oznak zmian rozwojowych i objawów negatywnych (PTSD, lęk)
4. o pozytywnym związku pomiędzy ilością udzielanego wsparcia, a występowaniem oznak zmian rozwojowych.

Operacjonalizacja zmiennych

Jako pierwszą zmienną zależną przyjęto obecność pozytywnych zmian rozwojowych, których wskaźnikami były: ogólny wynik uzyskany przez osoby badane za pomocą skali S-RGS, wynik ogólny oraz wyniki cząstkowe uzyskane za pomocą skali PTGI. Jako drugą zmienną zależną przyjęto obecność objawów zaburzeń stresowych pourazowych oraz zaburzeń lękowych. Wskaźnikami zmiennej były: rozpoznanie psychiatryczne, wyniki uzyskane za pomocą skali PTSD-K1 oraz kwestionariusza STAI.

Jako zmienną niezależną główną przyjęto ekspozycję na zdarzenie skrajnie urazowe związane z pobytem na misji i zoperacjonalizowano w postaci wydzielenia grup badawczych: grupy kontrolnej (osoby nie będące na misji) i grup zasadniczych (osoby będące na misji oraz osoby ze zdiagnozowanym PTSD). Jako zmienne niezależne dodatkowe przyjęto: czas, jaki upłynął od powrotu z misji, ilość misji, nasilenie i rodzaj zdarzeń potencjalnie urazowych, obecność objawów negatywnych w trakcie badania oraz zakres udzielonego wsparcia wyrażony ilością osób, z którymi badani omawiali przeżycia z misji.

Wyniki

Ocenę rzetelności narzędzi zastosowanych do pomiaru zmiennej pierwszej zależnej dokonano za pomocą wyliczenia współczynnika Alfa. Dla skali S-RGS uzyskano wynik: Alfa = ,980376, dla skali PTGI: Alfa = ,987949.

Tab. 6

Tab. 7

Wartości należy uznać za wysokie. Pierwsza hipoteza uzyskała potwierdzenie. Wyniki ukazały związek pomiędzy ekspozycją człowieka na zdarzenie skrajnie urazowe (pobyt na misji wojskowej), a deklarowaną obecnością zmian rozwojowych. Różnice międzygrupowe osiągnęły poziom statystycznej istotności: w przypadku skali S-RGS test Kruskala-Wallisa przyjął wartość: $H(2, N = 90)=31.87$ $p = .000$, w przypadku skali PTGI: test Kruskala-Wallisa przyjął wartość : $H (2, N = 90) = 30.42$ $p = .000$.

Tab. 8

Kolejna tabela obrazuje najczęstsze obszary deklarowanych zmian rozwojowych z uwzględnieniem podziału na grupy.

Tab. 9

Nasilenie deklarowanych zmian zgłoszonych przez osoby badane z grup zasadniczych (M i PTSD) było wyraźnie wyższe od zgłoszonych przez grupę osób nie wyjeżdżających na misję (K). Różnice uwidoczniły się w wynikach obu użytych skal. Jednocześnie, w przypadku skali PTGI różnice dotyczyły zarówno wyniku ogólnego, jak i wszystkich pięciu wyników cząstkowych.

Hipoteza druga. Uzyskano potwierdzenie związku pomiędzy obecnością objawów zaburzeń adaptacyjnych skutkiem zdarzenia traumatycznego, a występowaniem oznak zmian rozwojowych. Zgodnie z wynikami przedstawionymi w tabeli nr 9 osoby z grupy „PTSD" osiągnęły wyniki wyższe od osób z grupy „M" zarówno ogólne, jak i w przypadku skali PTGI, cząstkowe.

Hipoteza trzecia została potwierdzona. Nie stwierdzono występowania związku pomiędzy nasileniem objawów negatywnych w trakcie badania, a deklarowanymi pozytywnymi zmianami rozwojowymi. W grupie „PTSD" u pięciu badanych w chwili badania można było rozpoznać obecność klinicznych objawów zaburzeń PTSD, u czterech osób wyniki nie pozwalały w sposób przekonujący rozpoznać objawy lub im zaprzeczyć. Pięć osób z tej grupy ujawniło wartość 7-stena w pomiarze lęku jako stanu, jedna wartość 8-stena i jedna 10-stena. Osiem osób z grupy PTSD ujawniło wartość 7-stena w pomiarze lęku jako cechy, jedna osoba 8-stena i jedna 10-stena. Wartości uzyskane przez badanych z obu grup zasadniczych w pomiarze nasilenia objawów PTSD w chwili badania oraz objawów lęku przedstawia poniższa tabela.

Tab. 10

Hipoteza czwarta została potwierdzona. Ilość udzielonego wsparcia wiązała się pozytywnie z nasileniem oznak zmian rozwojowych, choć jedynie mierzonych za pomocą skali PTGI. Współczynnik korelacji przyjął wartość $r=.33$, z prawdopodobieństwem $<.05$.

Dyskusja wyników

Badanie potwierdziło przypuszczenie, że kontakt człowieka ze zdarzeniem skrajnie urazowym może działać katalizu-

jąco na proces doskonalenia posiadanych umiejętności, pojawianie się nowych oraz zmiany o charakterze rozwoju osobowego. Uzyskano wyniki podobne do pochodzących z innych badań. Shakespeare-Finch i in. (2003) badając grupę ratowników medycznych uzyskała średni wynik w skali PTGI u rekrutów po 18 miesiącach służby 2.02 (SD= 1.24), natomiast u pracowników z wieloletnim stażem pracy 2.33 (SD= 1.02). W badaniach Tedeschiego i Calhouna z zespołem (2003) nad ofiarami działań wojennych w Sarajewie średnia wartość w skali PTGI wyniosła 1.70 (SD= .86).

Potwierdziła się również hipoteza, iż doświadczenie sytuacji traumatycznej w sposób bardzo nasilony (ostra postać PTSD) może prowadzić do większej ilości pozytywnych zmian rozwojowych, zgodnie z sugestią Hansjörga Znoja.

Zaobserwowano współwystępowanie objawów negatywnych i pozytywnych, pomiędzy którymi nie stwierdzono związków. Salomon i Dekel (2007) w badaniach przeprowadzonych na grupie 103 żołnierzy uwięzionych w trakcie działań wojennych w roku 1974 uzyskały silne wyniki potwierdzające współwystępowanie objawów zaburzeń stresowych pourazowych (PTSD) i deklarowanych zmian rozwojowych mierzonych za pomocą skali PTGI. 23 % uwięzionych żołnierzy ujawniało objawy spełniające kryteria rozpoznania PTSD, a jednocześnie deklarowało występowanie znaczących zmian we wszystkich obszarach mierzonych skalą PTGI. Najwięcej zmian badani zgłosili w obszarach: docenienia wartości życia (M= 3.13; SD= .89), siły osobistej (M= 2.75; SD= .80), relacji z innymi ludźmi (2.35; SD= .69) oraz wyborów życiowych (M= 2.27; SD= .78). W badaniach Salomon i Dekel pomiędzy poziomem nasilenia objawów PTSD a ilością deklarowanych zmian rozwojowych zarysowała się zależność u-kształtna. Na podobne zależności zwracają również uwagę Lechner, Carver i Antoni (2006) w przypadku pacjentów onkologicznych. W badaniach Schnurr, Rosenberg i Friedman (1993) odkryto zmiany w wynikach testu MMPI uzyskanych przez mężczyzn w wieku średnim jako efekt związany z ich uczestnictwem w działaniach bojowych. Autorzy stwierdzili jednocześnie, że szczególnie korzystne zmiany w wynikach MMPI wystąpiły u osób, które były wystawione na ekspozycję pola walki w sposób przeciętny, w porównaniu do tych, których ekspozycja była skrajnie nasilona lub nie było jej wcale. Maguen i in. (2006) badając predyktory zmian rozwojowych u weteranów wojny w Zatoce Perskiej w roku 1991 uzyskał wynik średni PTGI= 2.54 oraz wyniki cząstkowe w kolejności: docenienie wartości życia (M= 3. 44; SD= 1.35), siła osobista (M= 2.86; SD= 1.44), wybory życiowe (M= 2.41, SD= 1.46) i relacje z innymi ludźmi (M= 2.20, SD= 1.51). Większą obecność deklarowanych zmian rozwojowych w grupie zasadniczej PTSD tłumaczyć może również większa odległość czasowa momentu badania od zajścia ostatniego zdarzenia. Uważa się, że krystalizowanie się niektórych zmian rozwojowych, np. w obszarze filozofii życiowej wymaga zdecydowanie dłuższego okresu czasu (Joseph i Linley, 2006).

Badanie podkreśliło szczególną wartość wsparcia społecznego jako sposobu radzenia sobie z następstwami traumy. Na jego rolę zwraca uwagę m.in. Hansajörg Znoj

(1999) w modelu żalu po stracie oraz Hogan i Schmidt (2002) w Modelu Żalu i Rozwoju Osobowego. Zdaniem tych ostatnich rozpacz po utracie bliskiego jest predyktorem pojawiania się u człowieka objawów stresu pourazowego (intruzja i unikanie), natomiast wsparcie społeczne jest predyktorem wzrostu pourazowego.

Analiza związku pomiędzy rozpoznaniem u żołnierza po zakończeniu misji wojskowej objawów PTSD, a rodzajem czynnika urazogennego, na który był narażony, potwierdziła dane znane z literatury (Hetherington, 2004). Czynnikiem najbardziej urazowym okazała się obecność wśród ofiar dzieci oraz widok uszkodzonych ciał ludzkich (patrz: tabela nr 11 i rysunek 1).

Tab. nr 11
Rys. 1

Zaobserwowano występowanie silnej pozytywnej korelacji pomiędzy nasileniem objawów PTSD a: lękiem jako stan (.61) i jako cecha osobowa (.51) oraz upływem czasu od chwili powrotu do kraju (.38), co jest zrozumiałe i potwierdza wiedzę o składowych i dynamice objawów pourazowych. Może wskazywać również na utrzymywanie się objawów klinicznych lęku jako zaburzenia wtórnego wobec PTSD lub postać zaburzenia PTSD o niepełnym obrazie.

Wnioski

Zastosowana procedura badawcza nie pozwalała wyjaśnić, czy zaobserwowane zmiany są trwałe oraz czy mają walor rzeczywistych zmian czy też tylko deklaracji. W tym względzie pomocnym mogło być dokonanie ponownego pomiaru oraz uzyskanie informacji od osób bliskich badanym oraz ich znajomych. Jeżeli przyjąć, że deklarowane zmiany ujawniają wciąż trwający proces radzenia sobie człowieka z następstwami urazowych sytuacji, wówczas ich obecność należy traktować jako przejaw strategii radzenia sobie poprzez stosowanie mechanizmów uwydatniania celem redukcji stresu (Helgeson, Reynolds i Tomich, 2006). Wskazywać na to może deklarowany przez osoby badane wzrost poczucia siły osobistej. Projekt przeprowadzony został na zbyt małej próbie i stąd nie udało się skontrolować wpływu wszystkich zmiennych. Na przykład nie można było wydzielić z grupy PTSD podgrupy osób zgłaszających obecność objawów negatywnych. Uśrednienie wyników w tej grupie mogło zniekształcić obraz relacji: zmiany negatywne a zmiany pozytywne.

Zasadniczym celem projektu było przyłączenie się do badań od wielu lat prowadzonych na cały świecie. Sprawdzono użyteczność narzędzi wywodzących się z kręgu kultury anglosaskiej uzyskując podobne wyniki. Fakt ten rodzi istotne wnioski także z punktu widzenia praktyki pomagania ofiarom traumy, jak i działań prewencyjnych. Jak stwierdził Charles Carver: „jeśli zrozumiemy dlaczego niektórzy ludzie 'rozkwitają' (*thrive*) i będziemy w stanie uczyć tych zdolności innych ludzi, korzyść dla narodowego systemu opieki zdrowotnej będzie ogromna" (1998, s. 246). Pomoc ofiarom traumy z uwzględnieniem wiedzy o zjawisku rozwoju po urazie nie jest nową ani alternatywną techniką terapii. Jest to przede wszystkim koncentracja na poznawczym opracowywaniu traumy, po-

stępująca od omawiania intruzyjnych myśli i obrazów, poprzez przepracowywania i rewizję narracji życiowych w stronę odkrycia nowej wiedzy o życiu i o sobie (Calhoun, Tedeschi, 2006). Celem terapii jest uczenie jak radzić sobie z objawami, a nie jak ich unikać lub je usuwać. Zdrowienie człowieka zakłada pojawianie się nowych sposobów rozumienia czyniąc je integralnie związanymi z ustępowaniem objawów. Dostrzeganie pozytywnych następstw niekorzystnych zdarzeń uzupełnia obraz sposobów reagowania osoby ocalonej, a osobie pomagającej dostarcza dodatkowej wiedzy o obszarach powolnych zmian w procesie zdrowienia po urazie. Dane pochodzące z obszaru psychoonkologii (badania m.in.: Antoni, Helgeson i Tomich, Mcmillan) wskazują na ochronną funkcję koncentracji pacjenta na korzystnych doświadczeniach związanych z chorobą w procesie adaptacji. Podobny związek zaobserwowano w przypadku ofiar gwałtów (Frazier i inni, 2001).

Streszczenie

W literaturze traktującej o kryzysach traumatycznych stosunkowo mało miejsca poświęca się obecności pozytywnych zmian człowieka, szerzej pisząc o negatywnych, patologicznych następstwach stresu urazowego. Tymczasem istnieją dane świadczące o występowaniu u człowieka zmian korzystnych, zazwyczaj w postaci wzrostu poczucia kontroli, poczucia silniejszego wsparcia społecznego, nabycia nowych umiejętności radzenia sobie oraz zmian w życiu duchowym. Wymienione zmiany określa się pojęciem: rozwoju po urazie (*posttraumatic growth* - PTG) lub znajdowaniem korzyści (*benefit finding*), rozkwitaniem (*thriving*) oraz szeregiem innych. Istnieje szereg koncepcji wyjaśniających mechanizmy i funkcje pozytywnych zmian pourazowych, które zazwyczaj rozumie się jako specyficzny sposób radzenia sobie człowieka z następstwami urazu lub jako efekt wpływu zdarzenia i zastosowanego sposobu radzenia sobie. Do grup zawodowych szczególnie narażonych na kontakt ze zdarzeniami traumatycznym należą pracownicy służb emergencyjnych: ratownicy medyczni, pracownicy oddziałów ratunkowych, strażacy, policjanci drogowi oraz żołnierze odbywający służbę na misjach pokojowych. W badaniach przeprowadzonych w 90-osobowej grupie żołnierzy, spośród których 60 uczestniczyło w misjach wojskowych, zastosowano dwa najczęściej używane narzędzia pomiaru ilościowego: *The Stress-Related Growth Scale* (S-GS) oraz *The Post Traumatic Growth Inventory* (PTGI). Uzyskano wyniki spójne z badaniami innych autorów, a potwierdzające fakt współwystępowania pozytywnych i negatywnych następstw traumy.

Słowa kluczowe: rozwój po urazie traumatycznym, znajdowanie korzyści w zdarzeniu urazowym, zaburzenia stresowe pourazowe, inwentarz rozwoju po urazie traumatycznym

Summary

In the literature dealing with traumatic crises relatively little space is devoted to the presence of positive changes in human being, whereas the broader space is devoted to the negative, pathological consequences

of stress injury. However, there is evidence of the presence of favorable changes in human being, usually in the form of an increase in sense of control, a sense of stronger social support, acquisition of new skills to cope with various problems and changes in the spiritual life. These changes are described as the concept of posttraumatic growth (PTG) or benefit finding, thriving and a number of others. There are a number of concepts explaining the mechanisms and functions of positive posttraumatic changes which are usually understood as a specific way of dealing with the consequences of injury or as a result of the impact of event and the applied way of coping with it. To occupational groups particularly exposed to the contact with the traumatic events belong 'emergency services' workers such as: medical lifeguards, rescue troop workers, firefighters, road policemen and soldiers serving on peacekeeping missions. In a study conducted in ninety-member group of soldiers, sixty of whom took part in military missions, two most-used tool for quantitative measurement have been used: The Stress-Related Growth Scale (S-RGS) and The Post Traumatic Growth Inventory (PTGI). The results obtained have been consistent with studies conducted by other authors and proved the fact of coexistence of positive and negative consequences of trauma.

Keywords: posttraumatic growth, finding of benefits in the traumatic event, posttraumatic stress disorder, The Post Traumatic Growth Inventory (PTGI)

Bibliografia

1. Abraído-Lanza A.F., Guier C., Colón R.M. (1998). Psychological thriving. Among Latinas with chronic illness. Journal of Social Issues, 54. 405–424.
2. Adamczak M. (1992). Krytyczne wydarzenia życiowe i radzenie sobie z nimi – wybrane zagadnienia. [W:] B. Waligóra (red.), Elementy psychologii klinicznej. T. II. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
3. Aldwin C.M. (1994). Stress, coping, and development: An integrative perspective. New York: Guilford.
4. Aldwin C.M., Levenson M.R. (2004). Postraumatic Growth: A developmental perspective. Psychological Inquiry, 15/1, 19-21.
5. Aldwin C.M., Sutton K. J., Lehman M. (1996). The development of coping resources in adulthood. Journal of Personality, 64, 837–871.
6. Affleck G., Tennen H. (1996). Construing benefits from adversity: adaptational significance and dispositional underpinnings. Journal of Personality, 64, 899-922.
7. Affleck G., Tennen H., Gerstman K. (1985). Cognitive adaptations to high-risk infants: the search for mastery, meaning, and protection from future harm. American Journal of Mental Dificiency, 89, 653-656.
8. Antoni M.H., Lehman J.M., Kilbourn K.M., Boyers A.E., Culver J.L., Alfieri S.M., et. al. (2001). Cognitive-behavioral stress management intervention decreases the prevalance of depression and enhances benefit finding among women under

treatment for early-stage breast cancer. Health Psychology, 20, 20-32.
9. Bryant, R.A., Harley A.G. (2003). Zespół ostrego stresu. Warszawa: PWN.
10. Bulman R. J., Wortman C.B. (1977). Attributions of blame and coping in the 'real world': Severe accident victims react to their lot. Journal of Personality & Social Psychology, 35, 351-363.
11. Bulman J.R. (1989a). Assumptive worlds and the stress of traumatic events: Applications of the schema construct. Social Cognition, 7, 113-136.
12. Bulman J.R. (1989b). The benefits of illusions, the threat of disillusionment, and the limitations of inaccuracy. Journal of Social and Clinical Psychology, 8, 158-175.
13. Bulman R.J. (2004). Posttraumatic growth: three explanatory models. Psychological Inquiry, 15, 30–34.
14. Burt M.R., Katz B.L. (1987). Dimensions of recovery from rape. Journal of Interpersonal Violence, 2, 57–81.
15. Butler L.D. (2007). Growing pains: commentary on the field of posttraumatic growth and Hobfoll and colleagues' recent contributions to it. Applied Psychology: An International Review, 56, 367-378.
16. Calhoun L.G., Tedeschi R.G. (2006). Handbook of posttraumatic growth. London: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
17. Carver Ch. S. (1998). Resilience and thriving: issues, models, and likages. Journal of Social Issues, 54, 245-266.
18. Carver Ch.S., Antoni M.H. (2004). Finding benefit in breast cancer during the year after diagnosis predicts better adjustment 5 to 8 years after diagnosis. Health Psychology, 23, 595–598.
19. DSM – IV Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Four Edition (1994). Washington: American Psychiatric Association.
20. Dudek B. (2003). Zaburzenie po stresie traumatycznym. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
21. Dunning C., Silva M. (1980). Disaster-induced trauma in rescue workers. Victimology: An International Journal, 5, 287-297.
22. Echterling L.G. (1997). Hidden wounds, hidden healing of disaster. The Virginia Disaster Stress Intervention Site, 1-13.
23. Figley Ch. (1995). Compassion fatigue: coping with secondary stress in those who treat the traumatised. New York: Brunner/Mazel.
24. Grevin F. (1996). Posttraumatic stress disorder, ego defense mechanisms, and empathy among urban paramedics. Psychological Reports, 79, 483-495.
25. Elder G.H. Jr., Clipp E.C. (1989). Combat experiences and emotional health: Impairment and resilience in later life. Journal of Personality, 57, 311–341.
26. Everly G.S. Jr. (1995). Innovations in disaster and trauma psychology: Applications in emergency services and disaster response. Ellicott City: Chevron.
27. Frazier P., Conlon A., Glaser T. (2001). Positive and negative life changes following sexual assault. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69, 1048–1055.
28. Helgeson V.S., Reynolds K.A., Tomich P.A. (2006). Meta-analityc review of benefit finding and growth. Journal of

Counsulting & Clinical Psychology, 74, 797–816.

29. Hetherington A. (2004). Wsparcie psychologiczne w służbach ratowniczych. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
30. Hogan N.S., Schmidt L.A. (2002). Testing the grif to personal growth model using structural equation modeling. Death Studies, 26, 615–634.
31. Joseph S., Williams R. (2005). Understanding posttraumatic stress: theory, reflections, context and future. Behavioral and Cognitive Psychotherapy, 33, 423–441.
32. Joseph S., Linley P.A. (2006). Growth following adversity: Theoretical perspectives and implications for clinical practice. Clinical Psychology Review, 26, 1041–1053.
33. Kessler R.C., Sonnega A., Bromet E., Huges M., Nelson C.B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comobidity Survey. Archives of General Psychiatry, 52, 1048-1060.
34. Linley P.A., Joseph S. (2004). Positive change following trauma and adversity: A review. Journal of Traumatic Stress, 17, 11-21.
35. Lis-Turlejska M. (2002). Stres traumatyczny. Występowanie, następstwa, terapia. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „Żak".
36. Lis-Turlejska,M., Kaczmarczyk E.(2005). Występowanie PTSD w próbach klinicznych i nie klinicznych w Polsce. Zeszyty Interwencji Kryzysowej, 8, 73-84.
37. Lechner S.C., Carver Ch.S., Antoni M.H. (2006) Curvilinear associations between benefit finding and psychosocial adjustment to breast cancer. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74, 828-840.
38. Maguen S., Vogt D.S., King L.A., King D.W., Brett L.T. (2006). Posttraumatic growth among gulf war I veterans: The predictive role of deployment – related experiences and background characteristics. Journal of Loss and Trauma, 11, 373–388.
39. McCammon, Durham, T.W., Allison E.J., Williamson J.E. (1988). Emergency workers' cognitive appraisal and coping with traumatic events. Journal of Traumatic Stress, 3, 353-357.
40. McFarland C., Alvaro C. (2000). The impact of motivation on temporal comparisons: Coping with traumatic events by perceiving personal growth. Journal of Personality and Social Psychology, 79, 327–343.
41. McMillen J.C., Fisher R.H. (1998). The perceived benefit scales: Measuring perceived positive life changes after negative events. Social Work Research, 22, 173−187.
42. O'Leary V.E. (1998). Strenght in the face of adversity: individual and social thriving – Thriving: broadening the paradigm beyond illness to health. Journal of Social Issues, 54, 425-446.
43. O'Leary V.E., Ickovics J.R. (1995). Resilience and thriving in response to challenge: An opportunity for a paradigm shift in women's health. Journal of Social Issues, 54, 245-266.
44. Park C.L., Cohen L.H., Murch, R. (1996). Assessment and prediction of stress-re-

lated growth. Journal of Personality, 64, 71−105.
45. Powell S., Tedeshi R.G., Calhoun L.G., Rosner R., Butollo W. (2003). Posttraumatic growth after war: A study with former refugees and displaced people in Sarajevo. Journal of Clinical Psychology, 59, 71-83.
46. Salomon Z., Dekel R. (2007). Posttraumatic Stress Disorder and posttraumatic growth among Israeli ex-POWs. Journal of Traumatic Stress, 20, 303–312.
47. Shakespeare-Finch J.E., Smith S.G., Gow K.M., Embelton G., Baird L. (2003). The prevalence of post-traumatic growth in emergency ambulance personnel. Traumatology, 9, 1, 58–70.
48. Schaefer J.A., Moos R.H. (1992). Life crises and personal growth. [W:] Carpenter B.N. (red.), Personal coping: Theory, research and application. Westport: Praeger, 149−170.
49. Schnurr P., Friedman M.J., Rosenberg S.D. (1993). Premilitary MMPI scores as predictors of combat-related PTSD symptoms. American Journal of Psychiatry, 150, 479–483.
50. Smith S.G., Cook S.L. (2004). Are reports of posttraumatic growth positively biased? Journal of Traumatic Stress, 4, 353-358.
51. Taylor S.E., Brow, J.D. (1988). Illusion and well-being: A social psychological perspective on mental health. Psychological Bulletin, 103, 193—210.
52. Tedeschi R.G., Calhoun L.G. (1995). Trauma and transformation: Growing in the aftermath of suffering. Thousand Oaks: Sage Publications.
53. Tedeschi R.G., Calhoun L.G., Powell S., Rosner R., Butollo W. (2003). Posttraumatic growth after war: A Study with former refugees and displaced people in Sarajevo. Journal of Clinical Psychology, 59, 71–83.
54. Tomich P., Helgeson V.S. (2002). Five years later: A Comparison of breast cancer survivors with healthy women. Psychoonkology, 11, 1-15.
55. Yalom I.D., Lieberman M.A. (1991). Bereavement and heightened existential awareness. Psychiatry, 54, 334−345.
56. Wrześniewski K., Sosnowski T., Matysik D. (2002) Inwentarz Stanu i Cechy Lęku STAI. Polska adaptacja STAI. Podręcznik. Warszawa: Polskie Towarzystwo Psychologiczne.
57. Znoj H. (1999). European and American perspectives on posttraumatic growth: A model of personal growth. Life challenges and transformation following loss and physical handicap. Annual Convention of the American Psychological Association.
58. Zoellner T., Maercker A. (2006). Posttraumatic growth in clinical psychology – A critical review and introduction of a two component model. Clinical Psychology Review, 26, 626-653.

Adres do korespondencji

Dr n. hum. Maciej Załuski
Zakład Psychologii Zdrowia
Collegium Medicum UJ
maciej.zaluski@uj.edu.pl

Tabela nr 1. Charakterystyka grupy kontrolnej (K)

płeć	wiek	stan cywilny	ilość dzieci	zam.	wykształcenie	staż pracy
żeńska 1	21-24 1	kawaler/	brak 2	miasto 27	średnie 9	do 10 lat 12
męska 29	25-30 11	panna 6	jedno 11	wieś 3	wyższe 21	11-20 13
	31-44 14	w związku 22	dwoje 5			21-30 4
	45-64 4	rozw. 2	troje 2			31-40 1

źródło: badania własne

Tabela nr 2. Charakterystyka pierwszej grupy zasadniczej (M)

płeć	wiek	stan cywilny	ilość dzieci	zam.	wykształcenie	staż pracy
żeńska 1	21-24 1	kawaler/	brak 4	miasto 27	średnie 11	do 10 lat 12
męska 29	25-30 9	panna 10	jedno 10	wieś 3	wyższe 19	11-20 9
	31-44 16	w związku 20	dwoje 4			21-30 8
	45-64 4	rozw. 0	troje 1			31-40 1
			czworo 1			

źródło: badania własne

Tabela nr 3. Charakterystyka drugiej grupy zasadniczej (PTSD)

płeć	wiek	stan cywilny	ilość dzieci	zam.	wykształcenie	staż pracy
żeńska 2	21-24 0	kawaler/	brak 8	miasto 28	średnie 14	do 10 lat 6
męska 28	25-30 5	panna 4	jedno 12	wieś 2	wyższe 16	11-20 19
	31-44 21	w związku 21	dwoje 2			21-30 4
	45-64 4	rozw. 5	troje 0			31-40 1

źródło: badania własne

Tabela nr 4. Ilość misji oraz miejsce, w których przebywały osoby badane należące do grup zasadniczych

Ilość misji	pierwsza grupa zasadnicza (M)	druga grupa zasadnicza (PTSD)
jedna	11	22
dwie	14	7
trzy	3	1
cztery	1	0
pięć	0	0
sześć	1	0
Miejsce misji		
Irak	18	29
Afganistan	11	1
Bośnia i Hercegowina	1	0

źródło: badania własne

Tabela nr 5. Rozkład wyboru zdarzeń urazogennych obecnych na misjach wojskowych dokonanego przez osoby badane należące do dwóch grup zasadniczych

Rodzaj zdarzenia	pierwsza grupa zasadnicza (M)	druga grupa zasadnicza (PTSD)
zagrożenie życia i zdrowia własnego	23	17
zranienie, uszczerbek na zdrowiu własnym	5	5
zagrożenie życia i zdrowia kolegi	19	16
zranienie, uszczerbek na zdrowiu kolegi	5	3
śmierć kolegi	5	8
obecność dzieci wśród ofiar	1	9
makabryczne widoki	7	15
sięgnięcie po broń	9	9
użycie broni	7	9
znalezienie się we wrogim tłumie	4	9
wstrząsające informacje od współpracowników	0	1
Łącznie:	85	101

źródło: badania własne. Uwaga: wybór wielokrotny

Tabela nr 6. Statystyki opisowe dla każdej z podskal skali PTGI

Zmienna	Liczba podskal	Wartość średnia dla każdej podskali	SD
Posttraumatic Growth Inventory	21	2.38	1.39
I nowe wybory życiowe	5	2.31	1.46
II relacje z innymi ludźmi	7	2.25	1.33
III siła osobowa	4	2.56	1.59
IV docenienie wartości życia	3	2.77	1.69
V zmiany w religijności	2	2.01	1.41

źródło: badania własne. Uwaga: zastosowano następującą skalę: 1 – nie doświadczyłem zmiany, 2 –zmiana w bardzo niewielkim stopniu, 3 – w małym stopniu, 4 – w średnim stopniu, 5 – w dużym stopniu, 6 – w bardzo dużym stopniu.

Tabela nr 7. Charakterystyka rzetelności skali PTGI z uwzględnieniem pięciu oryginalnych czynników

	Liczba podskal	M	SD	Alfa
Posttraumatic Growth Inventory	21	2.38	1.39	.98
I nowe wybory życiowe	5	2.31	1.46	.95
II relacje z innymi ludźmi	7	2.25	1.33	.94
III siła osobowa	4	2.56	1.59	.92
IV docenienie wartości życia	3	2.77	1.69	.89
V zmiany w religijności	2	2.01	1.41	.87

źródło: badania własne

Tabela nr 8. Średnie uzyskane przez osoby badane skalami S-RGS i PTGI z rozbiciem na grupy

	Grupa kontrolna		Grupa „M"		Grupa „PTSD"	
	M	SD	M	SD	M	SD
S-RGS	10.9	23.4	45.3	23.6	51.3	29.9
Zakres rang min-maks	0 - 73		0 - 96		0 - 100	
PTGI	30.0	20.83	54.8	25.7	65.2	29.1
Zakres rang min-maks	21 – 97		21 - 111		21 – 121	

źródło: badania własne

Tabela nr 9. Średnie wartości pomiaru zmian rozwojowych w pięciu obszarach badanych skalą PTGI oraz wartość wsp. korelacji rang Spearmena badającego istotność wpływu zmiennej grupowej

Obszary zmian	Grupa kontrolna	Grupa „M"	Grupa „PTSD"	R
Wybory życiowe	1.48	2.4	3.06	.47
Relacje społeczne	1.32	2.51	2.95	.58
Siła osobista	1.50	2.90	3.27	.51
Docenienie wartości życia	1.33	3.13	3.60	.52
Przemiana duchowa	1.20	2.15	2.65	.50

źródło: badania własne. Wartości wsp. korelacji są istotne z p<.005

Tabela nr 10. Statystki opisowe zmiennej PTSD i STAI cecha oraz stan z rozbiciem na dwie grupy badanych oraz wartość współczynnika korelacji pomiędzy wymienionymi zmiennymi a wynikiem ogólnym w skali PTGI

	PTSD		STAI cecha		STAI stan	
Grupa „M"	54.8	25.7	3.03	1.90	2.63	1.88
Grupa „PTSD"	65.2	29.1	4.7	2.32	4.63	2.22
PTGI	.18		.13		.14	

źródło: badania własne. Uwaga: wartości współczynnika korelacji są nie istotne na poziomie p <.05

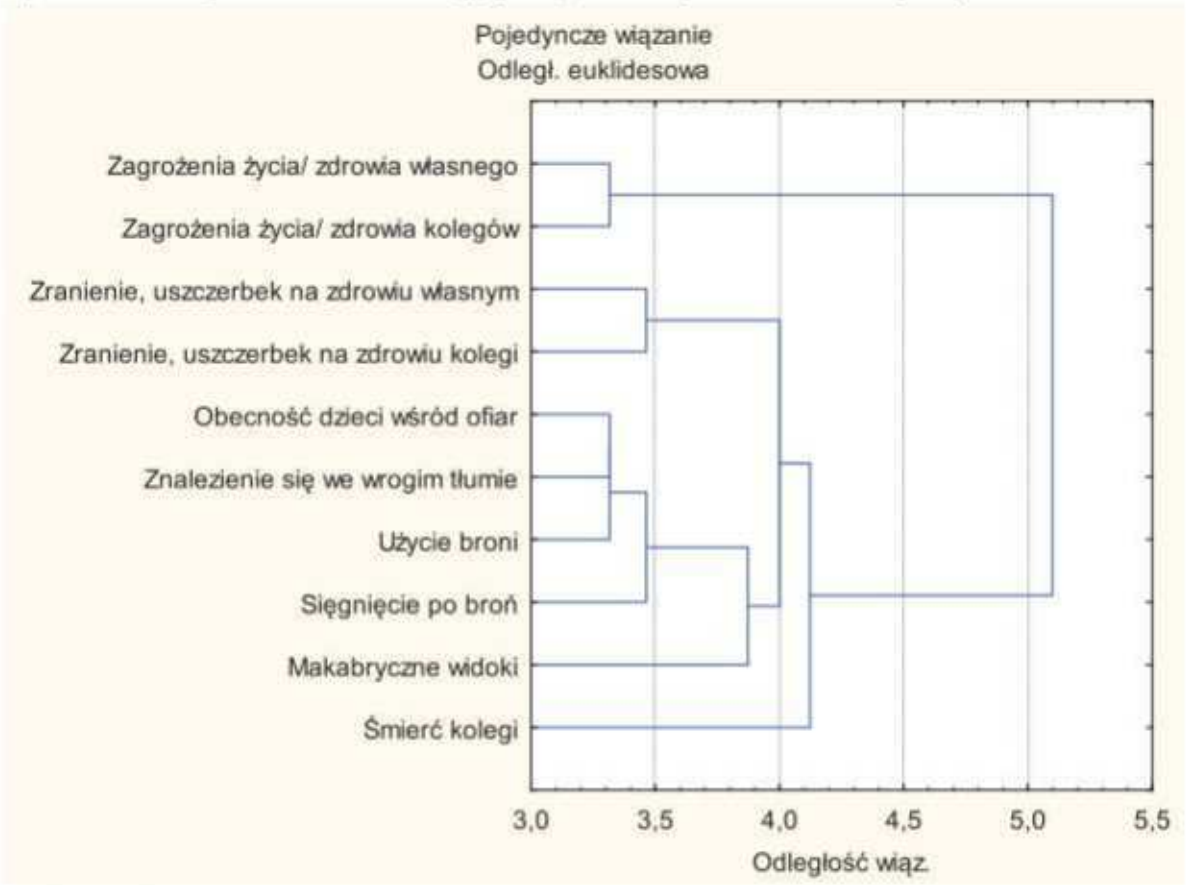
Tabela nr 11. Współczynniki korelacji pomiędzy nasileniem i rodzajem zdarzeń urazowych a objawami zaburzeń PTSD oraz zaburzeń lękowych u osób badanych z grup zasadniczych

Zdarzenia urazogenne	PTSD	STAI cecha	STAI stan
zagrożenie życia własnego	nie ist.	nie ist.	nie ist.
zranienie, uszczerbek na zdrowiu własnym	.24	nie ist.	nie ist.
zagrożenie życia kolegi	nie ist.	nie ist.	nie ist.
zranienie, uszczerbek na zdrowiu kolegi	nie ist.	-.28 *	nie ist.
śmierć kolegi	nie ist.	nie ist.	nie ist.

obecność dzieci wśród ofiar	.45 *	.22	.33 *
makabryczne widoki	.33*	.21	.24
sięgnięcie po broń	nie ist.	nie ist.	.23
użycie broni	.22	.25	.30 *
znalezienie się we wrogim tłumie	nie ist.	nie ist.	.21
suma	.38 *	nie ist.	.26 *

źródło: badania własne. Zaznaczone korelacje są istotne z p<.05

Rysunek 1. Diagram drzewa ukazujący skupienia czynników traumatycznych



źródło: badania własne