

Nina Ogińska-Bulik¹, Zygfried Juczyński²

¹Zakład Psychologii Zdrowia Instytutu Psychologii Uniwersytetu Łódzkiego

²Wyższa Szkoła Edukacji Zdrowotnej i Nauk Społecznych w Łodzi

Konsekwencje doświadczanych negatywnych wydarzeń życiowych — objawy stresu pourazowego i potraumatyczny wzrost

Consequences of experienced negative life events — posttraumatic stress disorder symptoms and posttraumatic growth

Abstract

Introduction. People experience various negative life events, which may result both negative (posttraumatic stress disorder [PTSD]) and positive (posttraumatic growth [PTG]) outcomes. Growth and distress seem to be two separate independent dimensions of the traumatic events, so they may coexist. The purpose of the study was to assess what consequences occur people who experienced negative life event and to investigate the relationship between PTSD and PTG.

Materials and methods. The study group comprised of 63 cardiological patients, who experienced surgery of heart transplantation, implantation of by-pass or artificial heart valve. 58.7% were men, 41.3% women. The mean age was 51.2 (SD = 8.02). The Impact of Event Scale — Revised (IES-R) and the Posttraumatic Growth Inventory (PTGI) were used in the study.

Results. All persons participating in the study experienced positive changes following trauma event; 30% on a high level. However 52% of them also revealed PTSD symptoms, which positively correlate with better relations to others, increased appreciation of life and spiritual changes.

Conclusions. Revealed associations between PTSD and PTG contribute to the understanding the mechanisms of experiencing negative life events and indicate that PTG represents both coping effort coexisting with distress and outcome of coping success.

Psychiatry 2012; 9, 1: 1–10

key words: negative life events, consequences, posttraumatic stress disorder, posttraumatic growth

Wstęp

Każdy człowiek doświadcza w swoim życiu różnych negatywnych wydarzeń. Niektóre z nich mają charakter ekstremalny i traumatyczny. Do takich sytu-

acji zalicza się między innymi katastrofy naturalne lub spowodowane przez człowieka, doświadczenia związane z klęskami żywiołowymi, aktami terrorystycznymi, wojną, przestępstwami seksualnymi, pozbawieniem wolności, chorobą zagrażającą życiu. Co prawda, ocena tych zdarzeń ma charakter subiektywny, lecz ich występowanie jest powszechne. Wyniki badań amerykańskich wskazują, że co najmniej 60% mężczyzn i ponad 50% kobiet doświadczyło

Adres do korespondencji:

prof. dr hab. n. hum. Nina Ogińska-Bulik
Zakład Psychologii Zdrowia Instytutu Psychologii
Uniwersytetu Łódzkiego
ul. Smugowa 10/12, 91–433 Łódź
tel.: 42 665 55 12, faks: 42 665 55 83
e-mail: noginska@uni.lodz.pl

w swoim życiu co najmniej jednego wydarzenia traumatycznego [1]. Z badań przeprowadzonych w Polsce w grupie studentów 7 warszawskich wyższych uczelni wynika, że 75,6% badanych przeżyło co najmniej 1 takie doświadczenie, a 16,5% relacjonowało 4 lub więcej takich wydarzeń [1].

Przeżycie wydarzenia, które ma charakter traumatyczny, z reguły pociąga za sobą negatywne skutki, przede wszystkim w sferze psychicznej. Pojawiają się negatywne emocje, poczucie przerażenia czy wręcz udziału w horrorze. Może wystąpić poczucie odrętwienia, zagubienia, szoku, wycofania [2]. Jednym z poważniejszych skutków doświadczenia wydarzenia traumatycznego jest tak zwany zespół stresu pourazowego (PTSD, *posttraumatic stress disorder*), traktowany jako opóźniona i/lub przedłużona reakcja na silnie stresujące wydarzenia, które wiążą się z zagrożeniem życia bądź poważnym zranieniem, zagrożeniem fizycznej integralności. Dla tego zespołu charakterystyczne są przede wszystkim powracające obrazy, sny, myśli związane z przeżytym wydarzeniem (intruzja), próby unikania myślenia o sytuacji i emocjach z nią związanych (unikanie) czy przejawianie wzбудzonej czujności, lęku, zniecierpliwienia, trudności w koncentracji uwagi, określane jako pobudzenie.

Kryteria PTSD zawarte w międzynarodowych klasyfikacjach chorób i zaburzeń psychicznych (*International Classification Diseases 10* [ICD-10] oraz *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV* [DSM-IV]) zostały przedstawione w licznych publikacjach [1–4]. Wyniki badań przeprowadzonych w reprezentatywnej grupie wybranej losowo w Stanach Zjednoczonych wykazały, że PTSD występuje u 10% kobiet i 5% mężczyzn [5]. Z badań polskich wynika, że zaburzenie stresowe pourazowe występuje w naszym kraju częściej niż w innych i dotyczy 10–16% populacji dorosłych [3].

Negatywne przeżycia emocjonalne wpływają na układ sercowo-naczyniowy i rozwój jego schorzeń, między innymi choroby niedokrwiennej serca, nadciśnienia tętniczego, a także na występowanie nagłej śmierci sercowej [6]. Sama choroba stanowiąca poważne zagrożenie życia może być źródłem silnego dystresu przejawiającego się w objawach charakterystycznych dla PTSD.

U wielu osób, niezależnie od wieku, doświadczenie traumatyczne może prowadzić do pozytywnych zmian w zakresie własnego funkcjonowania, czyli do zjawiska określanego mianem potraumatycznego wzrostu/rozwoju (PTG, *posttraumatic growth*). Odnosi się ono do opisu pozytywnych zmian, które pojawiają się

w wyniku podejmowanych prób poradzenia sobie z następstwami traumatycznych wydarzeń [7, 8]. Obejmują one zmiany w percepcji siebie, w relacjach interpersonalnych i w filozofii życiowej. W efekcie uporania się z traumą jednostka może mieć poczucie bycia lepszą osobą, zwiększyć przekonanie o własnej skuteczności, przejawiać większe zaufanie do siebie i do własnych możliwości. Osoba, która poradziła sobie z traumą, może bardziej cenić relacje z innymi, wykazywać większą skłonność do otwierania się przed innymi, być bardziej empatyczna. Ludzie doświadczający PTG w wyniku przeżytych sytuacji traumatycznych często przewartościowują swoje życie. Zaczynają w większym stopniu przywiązywać wagę do drobnych codziennych wydarzeń, pomniejszając znaczenie ważnych spraw życiowych. Doświadczanie traumy może także zaowocować zmianami w przekonaniach egzystencjalnych (religijnych) jednostki.

Tedeschi i Calhoun [7] zakładają, że wzrost zachodzi w sytuacji, gdy u człowieka następują zmiany w sposobie widzenia siebie i świata, polegające na ich głębszym rozumieniu i nadaniu znaczenia. W efekcie doświadczona strata, poprzez doznanie cierpienia, zostaje przekształcona w istotną dla człowieka wartość. Co więcej, to pogłębione rozumienie siebie i otaczającej rzeczywistości pozwala człowiekowi na bardziej skuteczne radzenie sobie z przeciwnościami losu w przyszłości. Mechanizm zmian rozwojowych po wydarzeniu traumatycznym związany jest bezpośrednio z procesami poznawczego przepracowania informacji dotyczących doświadczonej sytuacji, odbudowy schematów poznawczych, poszukiwania sensu wydarzenia i jego znaczenia dla dalszego funkcjonowania człowieka [7, 8]. Potraumatyczny rozwój jest czymś więcej niż tylko powrotem do stanu równowagi po doświadczonym przeżyciu traumatycznym. Zjawisko to wskazuje, że jednostka w wyniku traumy przechodzi pewnego rodzaju transformację i uzyskuje wyższy niż przed traumą poziom funkcjonowania, wyrażający się między innymi w wyższym poczuciu dobrostanu czy większej świadomości życiowej. Potraumatyczny wzrost nie oznacza także, że samo przeżycie traumy jest czymś dobrym, pożądanym czy koniecznym dla rozwoju czy dokonania zmiany. Jest on efektem nie tyle przeżytej traumy, co podejmowanych w jej wyniku strategii zaradczych [8].

Istotne znaczenie w wystąpieniu PTG przypisuje się intensywności doświadczonego wydarzenia. Im bardziej intensywna trauma, tym większa szansa na wystąpienie pozytywnych zmian w wyniku jej doświadczenia [9, 10]. Niektórzy autorzy [11, 12] podkreślają jednak, że jest to raczej zależność krzywoliniowa, co

oznacza, że wydarzenie o małej, ale i skrajnie dużej intensywności, nie sprzyja pojawieniu się PTG. Natomiast trauma o umiarkowanej i wysokiej sile zwiększa prawdopodobieństwo jej przepracowania, a w konsekwencji wystąpienia pozytywnych zmian w postaci PTG zwłaszcza w zakresie większego doceniania życia.

Proces PTG nie wyklucza więc występowania stanu dystresu i obniżenia poczucia dyskomfortu. Doświadczenia PTG i psychicznego dystresu stanowią zasadniczo odrębne wymiary [8]. Może to oznaczać, że jednostki doświadczające wzrostu mogą jednocześnie przejawiać stan dystresu i obniżonego poczucia dobrostanu. Zdają się to potwierdzać wyniki badań przeprowadzonych przez Helgeson i wsp. [13] wskazujące na pozytywny związek PTG z niektórymi objawami PTSD, czyli intruzją i unikaniem negatywnych myśli, związanych z doświadczonym wydarzeniem traumatycznym. Dodatnia zależność między dystresem a wzrostem została ujawniona w badaniach po ataku bombowym w Oklahoma City [14], a także w badaniach wśród kobiet z rakiem piersi [15]. W badaniach obejmujących ofiary wypadków drogowych [16] uzyskano dodatnie korelacje między wszystkimi objawami PTSD a PTG, przejawiającym się w większym docenianiu życia i zmianach duchowych. Podobne zależności ujawniono w badaniach japońskich studentów doświadczających różnych rodzajów traumy [17], a także wśród jeńców wojennych w Izraelu [18]. Pozytywną zależność między obecnością zaburzeń adaptacyjnych, będących skutkiem doświadczania traumatycznego, a występowaniem oznak rozwojowych stwierdzono u żołnierzy uczestniczących w misjach wojskowych [19] oraz ofiar ataku terrorystycznego [20].

Jednak niektóre dane nie potwierdzają związku między dystresem a PTG [21]. Również wcześniejsze badania prowadzone wśród izraelskich jeńców wojennych [22] nie wykazały związku między objawami PTSD a PTG, choć pokazały, że obydwa rodzaje konsekwencji mogą się pojawiać u tych samych osób jednocześnie. Dostępne są także badania dowodzące negatywnej zależności między dystresem a PTG [23]. Przedstawione wyniki badań wskazują więc na niejednoznaczną zależność między objawami patologii a możliwymi pozytywnymi zmianami składającymi się na PTG, co uzasadnia potrzebę dalszych badań w tym obszarze.

Materiał i metody

Celem podjętych badań było ustalenie, jakie konsekwencje, zarówno negatywne, jak i pozytywne, wynikają z doświadczania negatywnych wydarzeń życiowych oraz czy występuje między nimi związek. Za wskaźnik negatywnych skutków doświadczanego

wydarzenia życiowego przyjęto występowanie objawów PTSD, pozytywnych zaś — czerpanie korzyści z traumy, czyli PTG. Badania miały na celu uzyskanie odpowiedzi na następujące pytania:

- czy doświadczone wydarzenie pociągnęło za sobą występowanie negatywnych i pozytywnych konsekwencji, a jeśli tak, to w jakim stopniu i czego one dotyczyły?
- czy płeć i wiek oraz czas, jaki upłynął od wydarzenia, wiążą się z jego konsekwencjami?
- czy poziom objawów stresu potraumatycznego wiąże się z nasileniem zmian pozytywnych?
- czy objawy stresu potraumatycznego pozwalają na przewidywanie wystąpienia pozytywnych zmian po przeżytym wydarzeniu?

Badaniami objęto 80 osób, pacjentów poradni kardiologicznej, którzy doświadczyli operacji kardiologicznej (transplantacja serca, wszczepienie bypasów lub sztucznej zastawki), traktowanej jako negatywne zdarzenie życiowe. Do ostatecznej analizy włączono 63 osoby, które posiadały kompletne wyniki badań — 58,7% badanych stanowili mężczyźni, 41,3% kobiety. Średnia wieku wynosiła 51,2 roku (SD = 8,02). Najmłodsza osoba miała 40 lat, najstarsza — 73. W badaniach zastosowano dwa narzędzia pomiarowe, oparte na samoopisie — Skalę Wpływu Zdarzeń oraz Inwentarz Rozwoju Potraumatycznego.

Skala Wpływu Zdarzeń jest polską adaptacją zrewidowanej wersji *Impact of Event Scale* (IES) autorstwa Weissa i Marmara [24]. Polska wersja [25], podobnie jak oryginalna, zawiera 22 twierdzenia i uwzględnia 3 wymiary PTSD: 1. intruzję, wyrażającą powracające obrazy, sny, myśli lub wrażenia percepcyjne związane z traumą; 2. pobudzenie, charakteryzujące się wzmożoną czujnością, lękiem, zniecierpliwieniem, trudnościami w koncentracji uwagi oraz 3. unikanie, przejawiające się wysiłkami pozbycia się myśli, emocji lub rozmów związanych z traumą. Osoba badana najpierw opisywała negatywne wydarzenie życiowe (w tym przypadku była to operacja kardiologiczna), a następnie dokonywała oceny objawów, posługując się 5-stopniową skalą typu Likerta (0–4). Skala służy do ustalenia aktualnego, subiektywnego poczucia dyskomfortu związanego z zaistniałym specyficznym zdarzeniem. Narzędzie charakteryzuje się satysfakcjonującymi właściwościami psychometrycznymi. Zgodność wewnętrzną, oceniona na podstawie współczynnika α Cronbacha, wynosi 0,92 dla całej skali (dla intruzji, pobudzenia i unikania — odpowiednio: 0,89, 0,85 oraz 0,78). Dwukrotne badanie 25-osobowej grupy strażaków w odstępie 14 dni dało zadowalające wyniki stałości — 0,75 dla całej skali (0,79, 0,76 i 0,68 dla poszczególnych wymiarów).

Tabela 1. Średnie i standardowe odchylenia objawów PTSD i PTG**Table 1.** The means and standard deviations of PTSD and PTG

Zmienne	M	SD	Minimalne	Maksymalne
PTSD — ogółem	44,62	18,26	3	78
Intruzja	17,73	8,03	1	32
Pobudzenie	14,13	6,77	0	26
Unikanie	12,76	6,49	0	27
PTG — ogółem	60,73	19,03	17	99
Zmiany w percepcji siebie	24,46	9,00	7	42
Zmiany w relacjach z innymi	21,41	7,75	0	35
Większe docenianie życia	10,41	3,64	1	15
Zmiany duchowe	4,44	2,82	0	10

PTSD (posttraumatic stress disorder) — zespół stresu pourazowego; PTG (posttraumatic growth) — potraumatycznego wzrostu; M — średnia; SD — odchylenie standardowe

Inwentarz Potraumatycznego Rozwoju jest polską adaptacją *Posttraumatic Growth Inventory*, której autorami są Tedeschi i Calhoun [7]. Narzędzie zostało zaadaptowane do warunków polskich przez Ogińską-Bulik i Juczyńskiego [26]. Inwentarz zawiera 21 stwierdzeń. Osoba badana, biorąc pod uwagę doświadczoną operację kardiochirurgiczną (według instrukcji Inwentarza Potraumatycznego Rozwoju osoba badana najpierw zaznacza wydarzenie, które w istotny sposób zmieniło jej życie) wskazywała czas, jaki upłynął od przeżytego wydarzenia (6 mies.–1 rok, 1–2 lata, 2–5 lat, > 5 lat), a następnie stopień zmian, których doświadczyła w wyniku przeżytego wydarzenia. Badany, udzielając odpowiedzi, posługuje się skalą 6-stopniową: od 0 (nie doświadczyłem tej zmiany w wyniku kryzysu) do 5 (doświadczyłem tej zmiany w bardzo dużym stopniu). W polskiej wersji inwentarz ocenia 4 aspekty. Są to: zmiany w percepcji siebie, obejmujące nowe możliwości i poczucie osobistej siły, zmiany w relacjach z innymi, większe docenianie życia oraz zmiany duchowe. Inwentarz charakteryzuje się satysfakcjonującymi właściwościami psychometrycznymi. Rzetelność — oceniana za pomocą współczynnika α Cronbacha — jest wysoka (0,93). Stabilność bezwzględna, mierzona za pomocą testu-retestu (po 2 mies.) wynosi 0,74.

Wyniki

Pozytywne i negatywne konsekwencje doświadczonych wydarzeń życiowych

W pierwszym kroku analizy danych ustalono, jakie skutki — zarówno te negatywne (w postaci objawów PTSD), jak i pozytywne (przejawiające się w PTG)

— związane z negatywnym wydarzeniem, jakim był zabieg kardiochirurgiczny, pojawiły się u badanych osób. Wyznaczone średnie symptomów PTSD oraz PTG zaprezentowano w tabeli 1.

Uzyskane przez badanych wyniki w zakresie nasilenia symptomów PTSD są wyższe w stosunku do danych z badań normalizacyjnych [25], a także badań osób doświadczających wydarzeń traumatycznych w związku z wykonywaną pracą [27]. Przyjmując za wartość graniczną dla całej skali wynik 33 (lub 1,5 pkt, gdy oblicza się średnią wyników całej skali), 70% badanych wykazuje symptomy PTSD. Jednak przy bardziej restrykcyjnym podejściu, uzasadnionym obowiązującymi kryteriami rozpoznawania PTSD, diagnozę PTSD można by podejrzewać tylko u tych osób, które uzyskują wyniki powyżej wartości przeciętnej (> 1,5) w każdym z trzech wymiarów. Taki wynik uzyskało aż 52% badanych. W polskich badaniach normalizacyjnych podobny wynik uzyskały kobiety po mastektomii — 51% [25].

Uzyskana średnia w zakresie PTGI jest zbliżona do wartości uzyskanej w badaniach normalizacyjnych (61,62; SD = 19,3) [26]. Zgodnie z normami, nieco ponad 25% badanych charakteryzuje niskie nasilenie pozytywnych zmian po traumie, ponad 44% — przeciętne i 30% — wysokie. Bardziej szczegółowa analiza danych oparta na wartościach średnich (suma każdego czynnika dzielona przez liczbę twierdzeń) wskazuje, że najwięcej pozytywnych zmian zaobserwowano w zakresie doceniania życia i relacji z innymi, najmniej zaś w sferze duchowej (por. tab. 2). Zmiany duchowe okazały się istotnie mniejsze ($p < 0,001$),

Tabela 2. Średnie wartości czynników PTG**Table 2.** The means of particular factors of posttraumatic growth

	M	SD	Minimalne	Maksymalne
Zmiany w percepcji siebie	2,72	1,00	0,78	4,67
Zmiany w relacjach z innymi	3,06	1,11	0,00	5,00
Większe docenianie życia	3,47	1,21	0,33	5,00
Zmiany duchowe	2,22	1,41	0,00	5,00

PTG (posttraumatic growth) — potraumatyczny wzrost; M — średnia; SD — odchylenie standardowe

Tabela 3. Nasilenie objawów PTSD i PTG w zależności od czasu, jaki upłynął od zajścia wydarzenia**Table 3.** The level of PTSD and PTG in dependent of time lapsed since event occurred

	Czas wystąpienia zdarzenia					
	≤ 5 lat		> 5 lat		t	p
	M	SD	M	SD		
PTSD — ogółem	42,00	15,89	47,50	20,44	−1,20	NS
Intruzja	16,33	8,34	19,27	7,52	−1,46	NS
Pobudzenie	13,61	5,49	14,70	8,00	−0,64	NS
Unikanie	12,06	5,41	13,53	7,51	−0,90	NS
PTG — ogółem	55,42	19,17	66,57	17,36	−2,41	0,02
Zmiany w percepcji siebie	23,18	8,90	25,87	9,04	−1,19	NS
Zmiany w relacjach z innymi	19,15	7,56	23,90	7,27	−2,53	0,01
Większe docenianie życia	9,42	3,87	11,50	3,08	−2,34	0,02
Zmiany duchowe	3,67	2,55	5,30	2,89	−2,38	0,02

PTSD (posttraumatic stress disorder) — zespół stresu pourazowego; PTG (posttraumatic growth) — potraumatyczny wzrost; M — średnia; SD — odchylenie standardowe; NS — nieistotne statystycznie; t — wartość testu „t” Studenta

w porównaniu ze zmianami w pozostałych wymiarach, zwłaszcza zaś w relacjach z innymi i w zakresie doceniania życia.

Konsekwencje doświadczonej traumy a płeć i wiek oraz czas wystąpienia zdarzenia

Celem przeprowadzonych analiz było także ustalenie, czy czas, jaki upłynął od pojawienia się negatywnego wydarzenia życiowego, wiąże się z jego konsekwencjami. Ponadto sprawdzono, czy płeć i wiek różnicują nasilenie objawów PTSD i pozytywnych zmian po przeżytym wydarzeniu. Wyniki przedstawiono w tabelach 3–5. Oprócz wyników średnich w tabelach podano istotność różnic ustaloną na podstawie testu t, po wcześniejszym sprawdzeniu jednorodności wariancji wyników (test F).

Uwzględniając kategorie czasu podane w instrukcji Inwentarza Potraumatycznego Rozwoju, prawie 48% badanych podało, że wydarzenie traumatyczne zmie-

niające ich życie miało miejsce więcej niż 5 lat temu, u 29% od 6 miesięcy do roku, u 12% — 1–2 lat, u 11% zaś — 2–5 lat. Na podstawie rozkładu liczebności podzielono badanych na 2 grupy (por. tab. 3), 1. — u których wydarzenie zmieniające ich życie wystąpiło do 5 lat (n = 33), 2 — u których wydarzenie zmieniające ich życie wystąpiło powyżej 5 lat (n = 30).

Czas, jaki upłynął od negatywnego zdarzenia, nie różnicuje nasilenia objawów PTSD, wiąże się natomiast z poziomem pozytywnych zmian po traumie (p < 0,02). Wyższy wzrost, przejawiający się większym nasileniem zmian w relacjach z innymi, większym docenianiem życia i zmianami w sferze duchowej, wystąpił u osób, które doświadczyły negatywnego zdarzenia życiowego co najmniej 5 lat temu. Jedyńm czynnikiem nieróżnicującym istotnie wyróżnionych grup okazały się zmiany w percepcji siebie. W celu oceny wpływu wieku na zmiany potraumatyczne badanych podzielono na 2 grupy (uwzględ-

Tabela 4. Średnie nasilenie objawów PTSD i PTG w grupie mężczyzn i kobiet**Table 4.** The means of PTSD and PTG in a group of men and women

Zmienne	Mężczyźni (n = 37)		Kobiety (n = 26)		t	p
	M	SD	M	SD		
PTSD — ogółem	47,16	18,51	41,00	17,62	-1,327	NS
Intruzja	19,03	8,49	15,88	7,08	-1,546	NS
Pobudzenie	15,19	7,01	12,62	6,22	-1,501	NS
Unikanie	12,95	5,96	12,50	7,28	-0,267	NS
PTG — ogółem	59,62	18,53	62,31	19,98	0,548	NS
Zmiany w percepcji siebie	24,38	9,02	24,58	9,14	0,086	NS
Zmiany w relacjach z innymi	21,14	7,44	21,81	8,29	0,337	NS
Większe docenianie życia	9,76	3,82	11,35	3,22	1,732	NS
Zmiany duchowe	4,35	2,68	4,58	3,05	0,311	NS

Wyjaśnienie skrótów pod tabelą 3

Tabela 5. Średnie nasilenie objawów stresu pourazowego i potraumatycznego wzrostu w grupie osób młodszych i starszych**Table 5.** The means of PTSD and PTG in a group of younger and older

Zmienne	Osoby młodsze (N = 30)		Osoby starsze (N = 33)		t	p
	M	SD	M	SD		
PTSD — ogółem	41,9	18,00	47,09	18,42	-1,13	NS
Intruzja	2,11	1,04	2,31	0,98	-0,81	NS
Pobudzenie	1,87	0,98	2,16	0,95	-1,19	NS
Unikanie	1,71	0,82	1,93	1,02	-0,93	NS
PTG — ogółem	60,80	20,05	60,67	18,36	0,03	NS
Zmiany w percepcji siebie	25,73	9,48	23,30	8,52	1,07	NS
Zmiany w relacjach z innymi	20,83	7,47	21,94	8,07	-0,56	NS
Większe docenianie życia	10,17	3,82	10,64	3,52	-0,51	NS
Zmiany duchowe	4,07	2,66	4,79	2,94	-1,02	NS

Wyjaśnienie skrótów pod tabelą 3

niając średnią wieku) — młodszych (≤ 50 . rż.) i starszych (> 50 . rż.). W tabeli 4 podano średnie wyniki PTSD i PTG w zależności od płci, w tabeli 5 zaś — w zależności od wieku. Okazało się, że płeć ani wiek nie różnicują nasilenia symptomów PTSD ani pozytywnych zmian będących następstwem negatywnego wydarzenia życiowego, jakkolwiek widoczna tendencja potwierdza wyniki znane z innych badań. Objawy PTSD są nieco wyższe u mężczyzn oraz w starszej grupie. Z kolei nasilenie korzyści z traumy jest nieco większe u kobiet.

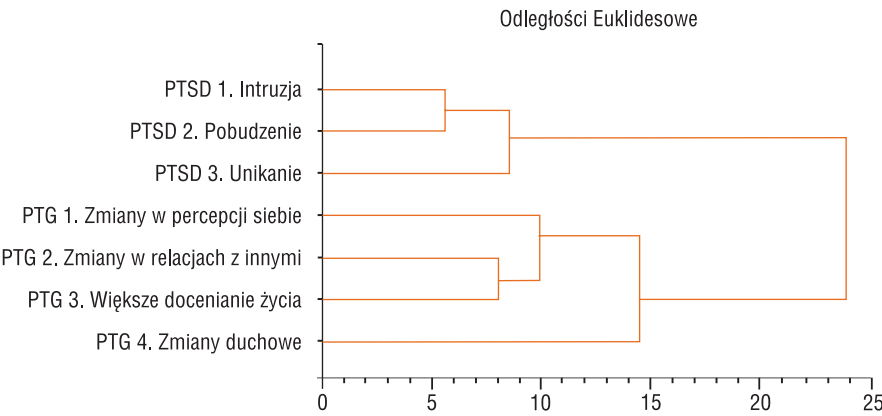
Zależności między nasileniem potraumatycznego stresu a potraumatycznym wzrostem

Zasadniczym celem przeprowadzonych badań było ustalenie zależności między nasileniem objawów PTSD a PTG. W tabeli 6 zamieszczono współczynniki korelacji (r Pearsona), zaznaczając zarazem istotność różnic. Ogólny wskaźnik Inwentarza Potraumatycznego Rozwoju oraz jego element składowy w postaci zmian w percepcji siebie nie korelują ani z ogólnym wynikiem PTSD, ani z jego trzema objawami. Natomiast ogólny wynik PTSD koreluje dodatnio ze zmianami w relacjach

Tabela 6. Współczynniki korelacji między nasileniem objawów PTSD i PTG
Table 6. Correlation coefficients between PTSD and PTG

	PTG — ogółem	Zmiany w percepcji siebie	Zmiany w relacjach	Docenianie życia	Zmiany duchowe
PTSD — ogółem	0,24	−0,01	0,33**	0,34**	0,26*
Intruzja	0,22	−0,01	0,26*	0,35**	0,32**
Pobudzenie	0,24	−0,00	0,36**	0,28*	0,25
Unikanie	0,15	−0,00	0,24	0,23	0,08

*0,05; **0,01



Rycina 1. Diagram drzewa 7 analizowanych objawów według metody Warda
Figure 1. The diagram for 7 analyzed symptoms — Ward’s method

z innymi, większym docenianiem życia i zmianami duchowymi. Z objawów PTSD jedynie unikanie nie wiąże się w sposób istotny z pozytywnymi zmianami po wydarzeniu traumatycznym, natomiast intruzja i pobudzenie korelują znacząco ze zmianami w relacjach z innymi, docenianiem życia i zmianami duchowymi. Oznacza to, że im silniej jednostka przeżywa objawy traumy w postaci powracających obrazów, snów i myśli związanych z doświadczonym wydarzeniem oraz im większe przejawia pobudzenie, charakteryzujące się wzmożoną czujnością, lękiem, zniecierpliwieniem, trudnościami w koncentracji uwagi, tym większe prawdopodobieństwo poprawy relacji z innymi, większe docenianie życia i zmiany w sferze duchowej. Wykorzystując metodę analizy skupień, sprawdzono wzajemne powiązania symptomów PTSD z pozytywnymi zmianami, składającymi się na PTG. Chodziło więc o ustalenie, na ile doświadczanie PTG i psychicznego dystresu stanowią powiązane (bądź zróżnicowane) ze sobą wymiary. Zamieszczony diagram prezentuje powiązania 3 objawów PTSD i 4 zmian zwią-

zanych ze wzrostem. Zastosowana metoda Warda wykorzystuje do oszacowania odległości między skupieniami podejście analizy wariancji. Innymi słowy, zmierza się do minimalizacji sumy kwadratów dowolnych dwóch skupień. Struktura objawów PTSD wskazuje na silne powiązanie intruzji z pobudzeniem. Z kolei w PTG zmiany związane z relacjami z innymi ściśle wiążą się z większym docenianiem życia, do których dochodzą zmiany w percepcji siebie, a dopiero na końcu (końcowe wiązania w analizie skupień) — zmiany duchowe. Obydwie grupy objawów stresu i pozytywnych zmian potraumatycznych prezentują więc dość zwartą strukturę. Można stwierdzić, że doświadczanie PTG i psychicznego dystresu stanowią zasadniczo odrębne wymiary.

Przewidywanie pozytywnych zmian na podstawie nasilenia objawów stresu potraumatycznego

Sprawdzono także, czy na podstawie objawów PTSD można przewidywać wystąpienie pozytywnych zmian

po traumie. Do tego celu wykorzystano analizę regresji (wersja krokowa, postępująca). Zmienną wyjaśnianą był PTG, natomiast objaśniającymi — poszczególne czynniki PTSD.

Przeprowadzona analiza wskazała, że jedynie czynnik pobudzenia pozwala na przewidywanie wystąpienia PTG, i to w stopniu nieznacznym, gdyż wyjaśnia zaledwie 6% wariancji zmienności ($R^2 = 0,06$; $F(1,61) = 3,59$ $p < 0,05$). Dodatni znak wskaźnika beta ($\beta = 0,24$) oznacza, że im wyższe nasilenie pobudzenia, charakteryzującego się wzmożoną czujnością, lękiem, zniecierpliwieniem, trudnościami w koncentracji uwagi, tym większe prawdopodobieństwo pojawienia się pozytywnych zmian w wyniku doznanego krytycznego wydarzenia życiowego.

Podsumowanie i wnioski

W badanej grupie osób negatywnym wydarzeniem życiowym, które zmieniło ich życie, była operacja chirurgiczna związana z transplantacją serca, wszczepieniem bypassów lub sztucznej zastawki serca. Dla prawie połowy (47,6%) wydarzenie to miało miejsce ponad 5 lat temu. Ponad połowa badanych (52%) doświadczyła objawów PTSD przejawiającego się w objawach intruzji, unikania i pobudzenia. Jest to wynik wysoki, dwukrotnie wyższy niż u ofiar wypadków drogowych [16] czy strażaków doświadczających wydarzeń traumatycznych w związku z wykonywaną pracą [27]. Tak wysokie nasilenie objawów PTSD może wiązać się między innymi z rodzajem doświadczonego wydarzenia krytycznego, jakim niewątpliwie jest operacja zagrażająca życiu.

Wszyscy badani potwierdzają jednak wystąpienie u siebie zmian pozytywnych w wyniku doświadczenia negatywnego wydarzenia życiowego. Wystąpiły one w różnym stopniu, u nieco ponad 25% w stopniu niskim, u ponad 44% — przeciętnym, a u 30% — w stopniu wysokim. Największe zmiany dotyczyły większego doceniania życia i poprawy relacji z innymi, najmniejsze — sfery duchowej. Wiek i płeć nie wiążą się z nasileniem objawów PTSD i poziomem pozytywnych zmian. Czynnikiem różnicującym nasilenie korzyści z traumy okazał się czas, jaki upłynął od zdarzenia krytycznego. Więcej zmian zanotowano u osób, u których wystąpiło ono w czasie bardziej odległym, czyli co najmniej 5 lat temu. Czas wystąpienia zdarzenia nie różnicuje natomiast nasilenia PTSD. Uzyskane wyniki badań potwierdziły, że negatywne i pozytywne skutki doświadczanych wydarzeń życiowych mogą ze sobą współwystępować, choć nie jest to silna zależność. Objawy PTSD w postaci intruzji i pobudzenia zdają się sprzyjać wystąpieniu pozytyw-

nych zmian przede wszystkim w zakresie relacji z innymi, większego doceniania życia oraz — choć w mniejszym stopniu — w sferze duchowej. Wśród objawów PTSD szczególną rolę dla czerpania korzyści z traumy zdaje się pełnić pobudzenie. Okazało się ono predyktorem pozytywnych zmian po traumie — choć wyjaśniającym zaledwie 6% wariancji wyników PTG. Oznacza to, że w im większym stopniu jednostka w wyniku doświadczonego wydarzenia krytycznego przejawia wzmożoną czujność, lęk, zniecierpliwienie, trudności w koncentracji uwagi, tym większe jest prawdopodobieństwo pojawienia się pozytywnych zmian po wydarzeniu traumatycznym. Objawy te przypuszczalnie sprzyjają przepracowaniu traumy, co zwiększa prawdopodobieństwo rozwoju PTG.

Warto jednak zauważyć, że inne badania wskazują przede wszystkim na rolę intruzji i unikania jako czynników sprzyjających pojawianiu się korzyści z traumy [13]. Oznacza to, że powracające obrazy, sny, myśli lub wrażenia percepcyjne związane z traumą oraz podejmowane wysiłki pozbycia się tych myśli, emocji, unikanie rozmów związanych z doświadczonego wydarzeniem sprzyjają przepracowaniu traumy i czerpaniu z niej korzyści.

Jak wyjaśnić współwystępowanie negatywnych i pozytywnych skutków związanych z przeżyciem krytycznego wydarzenia? Doświadczenia PTG i psychicznego dystresu, jak twierdzą Tedeschi i Calhoun [8], stanowią zasadniczo odrębne wymiary. Powoduje to, że jednostka znajdując korzyści w sytuacji traumatycznej, jednocześnie przeżywa objawy stresu, wynikające z negatywnego doświadczenia. Ich wystąpienie wydaje się wręcz konieczne w celu przystosowania się do nowych okoliczności. Natomiast samo czerpanie korzyści z traumy jest przejawem przystosowania i zdrowia psychicznego. Co więcej, skuteczne uporanie się z traumatycznym wydarzeniem przyczynia się do umocnienia poczucia własnej wartości czy wzrostu skuteczności i powoduje, że jednostka będzie lepiej radzić sobie z podobnymi sytuacjami w przyszłości. Służy więc umacnianiu odporności człowieka. Jak zauważa Janoff-Bulman [28], jednym z ważniejszych pozytywnych aspektów PTG jest tak zwana psychologiczna gotowość (*psychological preparedness*). Wyraża się ona w tym, że ludzie, którzy skutecznie poradzi sobie z wydarzeniem traumatycznym są lepiej przygotowani na przyszłe tragedie.

Uzyskane wyniki wnoszą nowe spostrzeżenia na temat związku między pozytywnymi i negatywnymi skutkami doświadczania krytycznych wydarzeń życiowych, ale należy je traktować z dużą ostrożnością. Wynika to z ograniczeń przeprowadzonych badań,

między innymi z niewielkiej liczebności badanych czy przekrojowego charakteru badań, co nie pozwala na orzekanie o związkach przyczynowo-skutkowych. Niezwykle ważne wydaje się poszukiwanie uwarunkowań zarówno występujących patologii, jakimi są objawy PTSD, jak i czerpania korzyści z wydarzenia traumatycznego. Wskazuje to na potrzebę dalszych badań w tym zakresie. Zakłada się, że u podłoża negatywnych i pozytywnych skutków doświadczanych krytycznych wydarzeń życiowych leżą różne mechanizmy (uwarunkowania). Schuettler i Boals [29] podkreślają, że istotną rolę dla wystąpienia PTSD odgrywają wisceralna reakcja na wydarzenie, negatywne perspek-

tywy oraz strategie radzenia sobie w postaci unikania, podczas gdy dla PTG — strategie skoncentrowane na problemie oraz pozytywne perspektywy. Z drugiej jednak strony można także doszukiwać się wspólnych uwarunkowań tych konsekwencji. Należą do nich zasoby osobiste, takie jak: poczucie koherencji, dyspozycyjny optymizm, poczucie własnej skuteczności, a także prężność. Zasoby te jednak wydają się odgrywać większą rolę w zapobieganiu objawów nieprzystosowania niż czerpaniu korzyści z traumy. Znaczenie strategii radzenia sobie i podmiotowych właściwości człowieka dla wystąpienia PTG zostało omówione w innych publikacjach [12, 30–32].

Streszczenie

Wstęp. Ludzie doświadczają różnych wydarzeń życiowych, których skutki mogą być zarówno negatywne (zespół stresu pourazowego [PTSD]), jak i pozytywne (potraumatyczny wzrost [PTG]). Wzrost i stan dystresu wydają się dwoma różnymi, niezależnymi wymiarami traumatycznego wydarzenia i mogą ze sobą współwystępować. Celem podjętych badań było ustalenie, jakich konsekwencji doświadczają ludzie w związku z przeżytym negatywnym wydarzeniem życiowym, oraz sprawdzenie zależności między objawami PTSD a PTG.

Materiał i metody. Badana grupa obejmowała 63 pacjentów kardiologicznych, którzy doświadczyli zabiegu chirurgicznego w postaci transplantacji serca, wszczepienia bypassów lub sztucznej zastawki serca. Mężczyźni stanowili 58,7%, kobiety 41,3% badanych. Średnia wieku badanych wynosiła 51,2 roku ($\pm 8,02$). W badaniach wykorzystano Zrewidowaną Skalę Wpływu Zdarzeń oraz Inwentarz Potraumatycznego Rozwoju.

Wyniki. Wszystkie uczestniczące w badaniu osoby doświadczyły w wyniku wydarzenia traumatycznego pozytywnych zmian, w tym 30% w stopniu wysokim. Jednak 52% spośród nich ujawniło także objawy PTSD, które korelują pozytywnie z korzyściami po traumie, przejawiającymi się lepszymi relacjami z innymi, większym docenianiem życia i zmianami w sferze duchowej.

Wnioski. Ujawnione zależności między objawami PTSD a PTG przyczyniają się do lepszego zrozumienia mechanizmów leżących u podłoża doświadczania negatywnych wydarzeń życiowych. Wskazują, że PTG odzwierciedla zarówno wysiłki w zakresie radzenia sobie, które mogą współwystępować ze stanem dystresu, jak i skuteczne poradzenie sobie z negatywnym wydarzeniem.

Psychiatria 2012; 9, 1: 1–10

słowa kluczowe: negatywne wydarzenia życiowe, konsekwencje, zespół stresu pourazowego, potraumatyczny wzrost

Piśmiennictwo

1. Lis-Turlejska M. Zdarzenia traumatyczne — sposoby definiowania, pomiar i rozpowszechnienie. W: Strelau J., Zawadzki B., Kaczmarek M. (red.). Konsekwencje psychiczne traumy. Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR, Warszawa 2009: 15–33.
2. Borys B. Sytuacje ekstremalne i ich wpływ na stan psychiczny człowieka. Psychiatr. 2004; 1: 97–105.
3. Lis-Turlejska M. Stres traumatyczny. Występowanie, następstwa, terapia. Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa 2002.
4. Dudek B. Zaburzenie po stresie traumatycznym. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2003.
5. Kessler R.C., Sonnega A., Bromet E., Hughes M., Nelson C.B. Posttraumatic stress disorders in the national comorbidity survey. Arch. Gen. Psychiatry 1995; 52: 1048–1060.
6. Żebrowski M., Krucka A., Lipiec P., Markuszewski L. Związek zespołu zaburzeń wywołanych stresem pourazowym (PTSD) z chorobami układu sercowo-naczyniowego. Forum Kard 2004, 9 (1): 27–30.
7. Tedeschi R.G., Calhoun L.G. The Post-Traumatic Growth Inventory: measuring the positive legacy of trauma. J. Trauma Stress 1996; 9 (3): 455–471.
8. Tedeschi R.G., Calhoun L.G. Podejście kliniczne do wzrostu po doświadczeniach traumatycznych. W: Linley P.A., Joseph S. (red.). Psychologia pozytywna w praktyce. PWN, Warszawa 2007: 230–248.

9. McMillen J.C., Smith E.M., Fisher R.H. Perceived benefit and mental health after three types of disaster. *J. Consul. Clin. Psychol.* 2001; 65 (5): 733–739.
10. Park L., Cohen L.H., Murch R. Assessment and prediction of stress-related growth. *J. Pers.* 1996; 64: 71–105.
11. Calhoun L.G., Tedeschi, R.G. Facilitating posttraumatic growth: a clinician's guide. Lawrence Erlbaum Associates, New Jersey 1999.
12. Linley P.A., Joseph S. Positive change following trauma and adversity: A review. *J. Trauma Stress* 2004; 17 (1): 11–21.
13. Helgeson V., Reynolds K., Tomich P. A meta-analytic review of benefit finding and growth. *J. Consul. Clin. Psychol.* 2006; 74 (5): 797–816.
14. Pergament K., Smith B., Koenig H., Perez L. Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors. *J. Sc. Stud. Rel.* 1998; 37 (4): 710–711.
15. Tomich P., Helgeson V. Is finding something good in the bad is always good? Benefit finding among women with breast cancer. *Health Psychol.* 2004; 23 (1): 16–23.
16. Nishi D., Matsuoka Y., Kim Y. Posttraumatic growth, posttraumatic stress disorder and resilience of motor vehicle accidents survivors. *Bio. Psycho. Social Med.* 2010, 4 <http://www.bpsmedicine.com/contents/4/1/7>.
17. Taku K., Calhoun L., Tedeschi R., Gil-Rivas V., Kilmer R., Cann A. Examining posttraumatic growth among Japanese university students. *Anx. Stress Coping*, 2007; 20 (4): 353–367.
18. Solomon Z., Dekel R. Posttraumatic stress disorder and posttraumatic growth among Israeli Ex-Pows. *J. Trauma Stress* 2007; 20 (3): 303–312.
19. Załuski M. Rozwojowe zmiany po doświadczeniach na misjach wojskowych. *Doniesienie z badań. Sztuka Lecz.* 2008; 3–4: 95–115.
20. Hobfoll S.E., Tracy M., Galea S. The impact of resources loss and traumatic growth on probable PTSD and depression following terrorist attack. *J. Trauma Stress* 2006; 19 (6): 867–878.
21. Hall B.J., Hobfoll S.E., Palmieri P. i wsp. The psychological impact of impending forced settler disengagement in Gaza: Trauma and posttraumatic growth. *J. Trauma Stress* 2008; 21 (1): 22–29.
22. Solomon Z., Waysman M., Neria Y. Positive and negative changes in the lives of Israeli former prisoners of war. *J. Soc. Clin. Psychol.* 1999; 18: 419–435.
23. Hageaars M., van Minnen A. Traumatic growth in exposure therapy for PTSD. *J. Trauma Stress* 2010; 23 (4): 504–508.
24. Weiss D., Marmar C. The Impact of Event Scale — Revised. W: Wilson J., Keane T. (red.). *Assessing psychological trauma and PTSD: A handbook for practitioners*. Guilford Press, New York 1997: 399–411.
25. Juczyński Z., Ogińska-Bulik N. Pomiar zaburzeń po stresie traumatycznym — polska wersja zrewidowanej Skali Wpływu Zdarzeń. *Psychiatr.* 2009; 6 (1): 15–25.
26. Ogińska-Bulik N., Juczyński Z. Rozwój potraumatyczny — charakterystyka i pomiar. *Psychiatr.* 2010; 7 (4): 129–142.
27. Ogińska-Bulik, Langer I. Osobowość typu D i strategie radzenia sobie ze stresem a nasilenie objawów PTSD w grupie strażaków. *Med. Pr.* 2007; 58 (4): 307–316.
28. Janoff-Bulman R. Posttraumatic growth: Three explanatory models. *Psychol. Inq.* 2004; 15: 3–34.
29. Schuettler D., Boals D. The path to posttraumatic growth versus posttraumatic stress disorder: Contribution of event centrality and coping. *J. Loss Trauma* 2011; 16 (2): 180–194.
30. Ogińska-Bulik N. Pozytywne zmiany w następstwie doświadczonej traumy — zjawisko potraumatycznego rozwoju W: Suchocka L., Sztembis R. (red.). *Człowiek i dzieło*. Wyd. KUL, Lublin 2010; 193–203.
31. Juczyński Z. Co daje człowiekowi siłę do zmagania się z cierpieniem. W: Suchocka L., Sztembis R. (red.). *Człowiek i dzieło*. Wydawnictwo KUL, Lublin 2010; 255–268.
32. Ogińska-Bulik N. Kiedy łzy zamieniają się w perły — czyli o korzyściach wynikających ze zmagania się z traumą. W: Ogińska-Bulik N., Miniszewska J. (red.). *Zdrowie w cyklu życia człowieka*. Wyd. UŁ, Łódź 2012; 39–57.