

Nina Ogińska-Bulik
Instytut Psychologii Uniwersytetu Łódzkiego

Negatywne i pozytywne skutki doświadczanych zdarzeń traumatycznych u żołnierzy uczestniczących w misjach wojskowych — rola zasobów osobistych

Negative and positive effects of experienced traumatic events among soldiers participating in military missions — the role of personal resources

Abstract

Introduction: The aim of the study was to determine the role of personal resources, such as optimism and sense of self-efficacy in the occurrence of the negative (post-traumatic stress symptoms) and positive (posttraumatic growth) effects of experienced trauma in a group of soldiers, participating in military missions. The study also had to check whether there is a link between the negative and positive consequences of experienced traumatic events.

Material and methods: The results of 80 soldiers who have experienced traumatic events in relating with their participation in military missions were analyzed. The range of age of the participants was 22–48 years ($M = 33.86$, $SD = 6.18$). Polish versions of the Impact of Event Scale — Revised and the Posttraumatic Growth Inventory were used to assess the negative and positive effects of experienced event. Optimism was assessed by Life Orientation Test and sense of self-efficacy by Generalized Self-Efficacy Scale.

Results: Sense of self-efficacy was appeared the resource negatively associated with severity of PTSD symptoms. Optimism and self-efficacy are not associated with posttraumatic growth.

Conclusions: Formation of sense of self-efficacy may protect against the development of the negative consequences of experienced trauma.

Psychiatry 2016; 13, 3: 123–132

Key words: PTSD symptoms, posttraumatic growth, optimism, sense of self-efficacy, soldiers, military missions

Wstęp

Ekspozycja na zdarzenia traumatyczne i ich konsekwencje u żołnierzy

Żołnierze uczestniczący w działaniach wojennych, jak i przebywający na misjach wojskowych są narażeni na doświadczanie wielu stresorów, w tym również tych o charakterze traumatycznym. Z badań przeprowadzo-

nych wśród żołnierzy amerykańskich uczestniczących w działaniach w Iraku i Afganistanie wynika, że do najczęstszych wydarzeń o charakterze traumatycznym należą: bycie zaatakowanym, ostrzeliwanym, wciągniętym w zasadzkę, strzelanie do kogoś, odpowiedzialność za śmierć innych, widok martwych ciał lub ich części, bycie rannym [1]. Należy także podkreślić, że wymienione sytuacje mają charakter powtarzający się, co może prowadzić do wielokrotnej traumatyzacji.

Najbardziej dotkliwe są konsekwencje wynikające z bezpośredniego narażenia zdrowia i życia żołnierzy, obserwowanie śmierci kolegów, widok ofiar oraz pono-

Adres do korespondencji:

Nina Ogińska-Bulik,
Instytut Psychologii Uniwersytetu Łódzkiego,
e-mail: noginska@uni.lodz.pl

szonych szkód materialnych. Tego typu zdarzenia często prowadzą do rozwoju zaburzeń po stresie traumatycznym (PTSD, *posttraumatic stress disorder*).

Objawy zaburzeń po stresie traumatycznym pojawiają się w następstwie doświadczenia przez osobę zdarzenia związanego z zagrożeniem życia, poważnym uszkodzeniem ciała lub zagrożeniem fizycznej integralności swojej lub innych, czemu towarzyszy intensywny lęk, poczucie bezradności lub zgroza [2]. Najczęściej objawy PTSD są spowodowane do intruzji, pobudzenia i unikania. Nowa klasyfikacja DSM-V [3] uwzględnia także negatywne zmiany w funkcjonowaniu poznawczym i nastroju, które rozpoczęły się lub pogorszyły po wystąpieniu zdarzenia traumatycznego.

Występowanie PTSD rozpoznano u 18% weteranów wojny w Iraku i 11,5% weteranów wojny w Afganistanie [1]. Ryzyko wystąpienia PTSD wyraźnie wzrasta w przypadku bezpośredniego zagrożenia zdrowia czy życia. Z badań wynika, że wśród żołnierzy, którzy brali udział w wymianie ognia, kryteria diagnostyczne PTSD spełniało 12,7%, a u tych, którzy nie brali udziału w takich działaniach, odsetek ten wyniósł 4,5% [1]. Koren i wsp. [4] wskazują, że ranni żołnierze są siedmiokrotnie bardziej narażeni na wystąpienie PTSD w porównaniu z żołnierzami, którzy nie odnieśli żadnych obrażeń.

Na większą skalę zjawiska zwracają uwagę Groth i wsp. [5], którzy przeprowadzili badania wśród żołnierzy wojsk lądowych Brytyjskich Sił Zbrojnych, byłych uczestników misji pokojowych w Iraku lub Afganistanie. Wynika z nich, że PTSD rozpoznano aż u 56% badanych, a do najczęściej wymienianych zdarzeń traumatycznych należały: strzelanie do kogoś lub kierowanie ognia w czyjąś stronę, bycie ostrzeliwanym, branie udziału i/lub bycie świadkiem wypadku będącego przyczyną poważnego obrażenia lub śmierci, widok martwych lub ciężko rannych żołnierzy. Co więcej, u większości badanych (72%) miała miejsce wcześniejsza traumatyzacja.

Podatność na traumę mogą zwiększać doświadczane przez żołnierzy stresory dnia codziennego, związane z sytuacjami walki, które można podzielić na fizyczne, poznawcze, emocjonalne i społeczne [6]. Wśród stresorów fizycznych wymienia się zbyt wysoką (lub niską) temperaturę otoczenia, brak klimatyzacji, nadmierną wilgotność, odwodnienie, zapylenie powietrza, deprywację snu, wysoki poziom hałasu czy nieprzyjemne zapachy. Do najczęstszych stresorów poznawczych należą brak lub nadmiar informacji (czasami sprzecznych), niezgodność lub nieoczekiwane zmiany misji, konflikty lojalności. Stresory emocjonalne obejmują: strach przed śmiercią, wyjazdem na patrole, utratę honoru, zawiedzenie współtowarzyszy, poczucie bezradności i bezsilności oraz poczucie wstydu czy winy w przypadku niewywiązania się z powierzonego zadania. W skład stresorów spo-

tecznych wchodzi rozłąka z rodziną, brak prywatności i przestrzeni osobistej.

Polscy żołnierze uczestniczyli w wielu misjach pokojowych w Iraku i Afganistanie. Do ich zadań należało między innymi utrzymywanie porządku na najważniejszych trasach komunikacyjnych, poszukiwanie uzbrojenia, ładunków wybuchowych, a także ukrywających się rebeliantów. Realizacja tego typu zadań, w wielu przypadkach, wiązała się z narażeniem żołnierzy na zagrożenie ich zdrowia lub życia, co zwiększa prawdopodobieństwo wystąpienia różnego rodzaju zaburzeń, w tym dotyczących życia psychicznego.

Z dostępnych danych wynika, że 3 na 1000 żołnierzy Polskich Sił Zbrojnych uczestniczących w misjach pokojowych ewakuuje się do kraju ze względu na doznawane zaburzenia psychiczne [7]. Trudno jest jednak dokładnie określić, jaki odsetek żołnierzy uczestniczących w tego typu misjach cierpi na PTSD. Wynika to między innymi ze stosowania różnych kryteriów diagnostycznych, różnych metod pomiaru, a także z faktu, że objawy tego zespołu mogą się pojawić w odroczonej formie. Ogólnie szacuje się, że PTSD może występować u co dziesiątego uczestnika misji pokojowych.

Z danych Ministerstwa Obrony Narodowej Rzeczypospolitej Polskiej wynika, że w trakcie pierwszej zmiany polskiego kontyngentu w Iraku, obejmującego 2500 żołnierzy, PTSD zdiagnozowano u 7, w czasie drugiej (również ok. 2500 żołnierzy) u 23, a w trakcie trzeciej (2400 żołnierzy) zaledwie u 4. Ogółem PTSD zdiagnozowano u 1,6% żołnierzy [8]. Wyniki badań przeprowadzonych przez Departament Wychowania i Obronności [9] wskazały, że w grupie żołnierzy uczestniczących w misjach pokojowych, którzy reprezentowali zarówno siły lądowe, powietrzne i morskie, PTSD zdiagnozowano u 3,1%.

Prowadzone w ostatnich latach badania nad stresem traumatycznym dostarczyły danych wskazujących, że doświadczanie lub bycie świadkiem zagrażających zdrowiu lub życiu zdarzeń może się również wiązać z pojawianiem się pozytywnych zmian, w zakresie funkcjonowania psychospołecznego jednostki. Wskazuje na to zjawisko potraumatycznego wzrostu/rozwoju (PTG, *posttraumatic growth*), oznaczające występowanie zespołu zmian, obejmujących zmiany w sposobie widzenia siebie i świata, które mogą się pojawić w następstwie podjęcia prób poradzenia sobie z doświadczonym zdarzeniem traumatycznym. Są to zmiany w percepcji siebie, relacjach z innymi i docenianiu życia [10–14]. To pogłębione rozumienie siebie i świata pozwala człowiekowi na bardziej efektywne radzenie sobie z kolejnymi kryzysami. Mechanizm występujących zmian wzrostowych jest efektem angażowania procesów poznawczego przetwarzania traumy, odbudowy zniszczonych/zmienionych

schematów poznawczych, poszukiwania sensu zdarzenia i jego znaczenia dla dalszego życia jednostki.

Potraumatyczny wzrost jest czymś więcej niż tylko powrotem do stanu równowagi po doświadczonym przeżyciu traumatycznym. Zjawisko to wskazuje, że jednostka w wyniku przeżytej sytuacji przechodzi pewnego rodzaju transformację i uzyskuje wyższy niż przed traumą poziom funkcjonowania. Pozytywne zmiany po traumie są traktowane jako efekt skutecznego radzenia sobie z nią. Nie wyklucza to jednak występowania negatywnych skutków doświadczonej traumy. Co więcej, ich pojawienie się, między innymi w postaci objawów PTSD, wydaje się wręcz konieczne w przystosowaniu się do nowych okoliczności. Oznacza to, że jednostki doświadczające wzrostu mogą jednocześnie przejawiać stan dystresu i obniżonego poczucia dobrostanu.

Występowanie pozytywnych zmian potraumatycznych u żołnierzy uczestniczących w działaniach wojennych wykazano w wielu badaniach [15–18]. Wyniki polskich, bardzo nielicznych, potwierdzają występowanie pozytywnych zmian potraumatycznych u żołnierzy uczestniczących w misjach pokojowych [7, 19]. Co więcej, wyniki wielu badań wskazują na współwystępowanie objawów PTSD i PTG. Z danych izraelskich [18] wynika, że 23% uczestniczących w badaniu więzionych żołnierzy ujawniło objawy spełniające kryteria PTSD i jednocześnie deklarowało występowanie pozytywnych zmian we wszystkich obszarach wzrostu po traumie, mierzonych za pomocą *Posttraumatic Growth Inventory*. Najwięcej zmian odnosiło się do doceniania życia.

Rola zasobów osobistych w występowaniu negatywnych i pozytywnych zmian potraumatycznych

Obecność zdarzenia traumatycznego nie jest jedynym warunkiem wystąpienia, tak negatywnych, jak i pozytywnych następstw doświadczonej traumy. Na ich pojawienie się wpływają także indywidualne właściwości jednostki (tzw. osobowość przedtraumatyczna), w tym posiadane przez nią zasoby osobiste.

Na znaczenie zasobów osobistych jako czynników chroniących przed rozwojem PTSD wskazuje między innymi Dudek [20]. Z kolei ich rolę jako czynników sprzyjających występowaniu pozytywnych zmian akcentuje model wzrostu po traumie [10, 11]. Do zasobów osobistych, które mają znaczenie dla ponoszonych konsekwencji doświadczonej traumy, zarówno negatywnych, jak i pozytywnych należy między innymi optymizm życiowy, określane też mianem dyspozycyjnego optymizmu i poczucie własnej skuteczności [14]. Dyspozycyjny optymizm wyraża zgeneralizowane oczekiwania pozytywnych wydarzeń w przyszłości oraz przekonanie, że

wydarzenia niepomyślnie będą zdarzały się sporadycznie lub wcale. Poczucie własnej skuteczności (samoskuteczności, kompetencji) dotyczy przekonania człowieka, że jest zdolny do podjęcia określonej czynności i wytrwałości w osiągnięciu zamierzonego celu w określonej sytuacji. Obydwa wymienione zasoby, a szczególnie poczucie własnej skuteczności, wpływają na wiele aspektów ludzkiego zachowania, w tym na sposoby radzenia sobie ze stresem, a zwłaszcza dobór strategii, długotrwałość podejmowanych wysiłków, stopień zaangażowania w proces radzenia sobie. Mogą więc także chronić przed rozwojem PTSD i sprzyjać występowaniu potraumatycznego wzrostu.

Celem podjętych badań było ustalenie roli zasobów osobistych, takich jak dyspozycyjny optymizm i poczucie własnej skuteczności w występowaniu negatywnych i pozytywnych skutków zdarzeń o charakterze traumatycznym u żołnierzy uczestniczących w misjach wojskowych. Wskaźnikiem negatywnych konsekwencji były objawy stresu pourazowego, zaś pozytywnych — potraumatyczny wzrost. Przyjęty model badań nawiązuje do opracowanego przez Tedeschiego i Calhouna [10, 11] modelu potraumatycznego wzrostu, zgodnie z którym posiadane przed doświadczonymi zdarzeniami właściwości jednostki leżą u podstaw procesu pojawiania się zmian potraumatycznych. Postawiono następujące pytania badawcze:

- Czy i w jakim stopniu u badanych żołnierzy występują objawy stresu pourazowego?
- Czy i jakiego rodzaju pozytywne zmiany po traumie dostrzegają u siebie badani?
- Czy wiek, staż służby wojskowej, stan cywilny oraz czas, który upłynął od ostatniego zdarzenia, są powiązane z poziomem negatywnych i pozytywnych skutków doświadczonych zdarzeń traumatycznych?
- Czy optymizm i poczucie własnej skuteczności wiążą się z nasileniem objawów PTSD i PTG?
- Który z analizowanych zasobów osobistych pozwala na przewidywanie objawów PTSD i PTG?

Materiał i metody

Badania przeprowadzono w grupie 100 zawodowych żołnierzy, którzy uczestniczyli w misjach pokojowych w Iraku i Afganistanie. Odbływały się one po powrocie z misji, w jednostkach wojskowych, znajdujących się na terenie centralnej Polski, za zgodą przełożonych i miały charakter anonimowy i dobrowolny¹. Przed przystąpieniem do wypełniania kwestionariuszy żołnierze proszeni byli o odpowiedź na pytanie, czy, w związku

¹Badania zostały przeprowadzone w ramach seminarium magisterskiego.

z pełnią misję, doświadczyli zdarzenia, które wiązało się z zagrożeniem życia własnego lub śmiercią innych osób. Spośród badanych zdecydowana większość, tj. 80 osób, co stanowi 80% badanych, przyznała, że przeżyła takie wydarzenie. Wyniki tych osób włączono do dalszej analizy. Wiek badanych mieścił się w zakresie 22–48 lat (M [mean] = 33,86, SD [standard deviation] = 6,18). Staż pracy w wojsku wynosił 1–30 lat (M = 10,15, SD = 6,33). W związku małżeńskim/partnerskim pozostawało 49 (61,3%), a w stanie wolnym 31 (38,7%) badanych. Do oceny negatywnych skutków doświadczanych zdarzeń traumatycznych wykorzystano Skalę Wpływu Zdarzeń, a pozytywnych — Inwentarz Potraumatycznego Rozwoju. Poziom optymizmu oceniano za pomocą Testu Orientacji Życiowej, a poczucia własnej skuteczności Uogólnioną Skalę Własnej Skuteczności.

Skala Wpływu Zdarzeń jest polską adaptacją zrewidowanej wersji *Impact of Event Scale* (IES), autorstwa Weissa i Marmara, opracowaną przez Juczyńskiego i Ogińską-Bulik [21]. Zawiera ona 22 twierdzenia (np. „Gdy tylko przypomniałem sobie to zdarzenie, wracały emocje”) i uwzględnia trzy 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. Zgodnie z instrukcją, osoba badana najpierw opisuje negatywne wydarzenie życiowe (w tym przypadku było to zdarzenie związane z pełnią misję), a następnie dokonuje oceny objawów, posługując się pięciostopniową skalą typu Likerta (0–4). Skala służy do ustalenia aktualnego, subiektywnego poczucia dyskomfortu związanego z zaistniałymi negatywnymi wydarzeniami. Narzędzie charakteryzuje się dobrymi parametrami psychometrycznymi (wskaźnik *alfa* Cronbacha = 0,75). Inwentarz Potraumatycznego Rozwoju (PTGI, *Posttraumatic Growth Inventory*), którego autorami są Tedeschi i Calhoun, został zaadaptowany do warunków polskich przez Ogińską-Bulik i Juczyńskiego [19]. Narzędzie składa się z 21 stwierdzeń i opisujących różne pozytywne zmiany zaistniałe w wyniku doświadczonego wydarzenia traumatycznego (np. „Zmieniłem/am swoje priorytety odnośnie tego, co jest w życiu ważne”), do których osoba badana ustosunkowuje się, wybierając odpowiedzi od *nie doświadczyłem tej zmiany* (0 pkt) do *doświadczyłem tej zmiany w bardzo dużym stopniu* (5 pkt). Im wyższa punktacja tym wyższe nasilenie pozytywnych zmian. Inwentarz Potraumatycznego Rozwoju zawiera również pytanie o czas, który upłynął od doświadczonego zdarzenia. W polskiej wersji inwentarz mierzy 4 czynniki składające się na wzrost po traumie. Są to: zmiany w percepcji siebie, zmiany w relacjach z innymi, większe

docenianie życia i zmiany duchowe. Wynik ogólny jest sumą czterech wymienionych czynników. Narzędzie uzyskało satysfakcjonujące właściwości psychometryczne. Wskaźnik *alfa* Cronbacha wynosi 0,93 (dla poszczególnych czynników od 0,63 do 0,87) i jest nieco wyższy niż dla wersji oryginalnej. Służący do pomiaru optymizmu Test Orientacji Życiowej jest polską adaptacją *Life Orientation Scale* — LOT-R (autorstwa Scheiera, Carvera i Bridgesa) przeprowadzoną przez Poprawę i Juczyńskiego [22]. Narzędzie służy do pomiaru dyspozycyjnego optymizmu, który wyraża zgeneralizowane oczekiwania pozytywnych zdarzeń. Zawiera 10 stwierdzeń, spośród których 6 ma wartość diagnostyczną, pozostałe 4 służą jako pozycje buforowe. Każda z pozycji podlega ocenie w pięciostopniowej skali, od 0 — zdecydowanie nie odnosi się do mnie do 4 — zdecydowanie odnosi się do mnie. Ogólny wynik testu jest sumą ocen 6 stwierdzeń. Im wyższy wynik, tym wyższy poziom optymizmu. Narzędzie posiada satysfakcjonujące właściwości psychometryczne (wskaźnik *alfa* Cronbacha = 0,76).

Skala Uogólnionej Własnej Skuteczności (GSES, *Generalized Self Efficacy Scale*), której autorami są Schwarzer i Jerusalem, w polskiej adaptacji Juczyńskiego [22], mierzy stopień przekonania jednostki o skuteczności radzenia sobie z trudnymi sytuacjami i przeszkodami. Składa się z 10 stwierdzeń, które wchodzi w skład jednego czynnika. Na każde pytanie osoba badana odpowiada wybierając jedną z czterech możliwych odpowiedzi: nie (1 punkt), raczej nie (2 punkty), raczej tak (3 punkty) tak (4 punkty). Suma punktów daje ogólny wskaźnik poczucia własnej skuteczności, który mieści się w granicach od 10 do 40. Im wyższy wynik, tym większe poczucie własnej skuteczności. Wartości psychometryczne polskiej wersji skali są zadowalające (wskaźnik *alfa* Cronbacha = 0,85).

W badaniach wykorzystano także ankietę, zawierającą pytania o doświadczenie zdarzenia traumatycznego w związku z pełnią misję, wiek, staż pracy w wojsku oraz stan cywilny.

Wyniki

Rozkłady uzyskanych wyników mają charakter zbliżony do normalnego, dlatego też w analizach wykorzystano testy parametryczne. Do ustalenia różnic między średnimi zastosowano test *t*-Studenta. Związek między zmiennymi ustalono za pomocą współczynników korelacji Pearsona. Sprawdzone również, za pomocą analizy regresji, który z analizowanych zasobów (zmiennie objaśniające) pełni predykcyjną rolę dla objawów PTSD oraz PTG, traktowanych jako zmiennie objaśniane. Obliczenia statystyczne wykonano za pomocą programu Statistica.

W pierwszym kroku analizy danych obliczono średnie uwzględnionych w badaniu zmiennych (tab. 1). Uzyskana średnia objawów składających się na PTSD w analizowanej

Tabela 1. Poziom analizowanych zmiennych**Table 1.** The level of analyzed variables

Analizowane zmienne	M	SD
Objawy PTSD — ogółem	25,19	18,60
Cz. 1. Intruzja	8,68	6,97
Cz. 2. Pobudzenie	7,14	6,14
Cz. 3. Unikanie	9,36	7,05
PTG — ogółem	45,44	23,70
Cz. 1. Zmiany w percepcji siebie	18,79	11,01
Cz. 2. Zmiany w relacjach z innymi	15,70	8,15
Cz. 3. Docenianie życia	7,44	3,98
Cz. 4. Zmiany duchowe	3,51	2,92
Optymizm życiowy	16,02	3,73
Poczucie własnej skuteczności	32,20	4,88

M (mean) — średnia; SD (standard deviation) — odchylenie standardowe; PTSD (posttraumatic stress disorder) — zaburzenia po stresie traumatycznym; PTG (posttraumatic growth) — potraumatyczny wzrost/rozwoj

grupie żołnierzy wskazuje na ich niskie nasilenie. Zgodnie z przyjętymi dla Skali Wpływu Zdarzeń kryteriami [21] większość badanych (73,5%) uzyskała niskie wyniki (poniżej 34 punktów), pozostali (26,5%) charakteryzują się umiarkowanym i wysokim nasileniem objawów PTSD. Przeprowadzono także bardziej szczegółową analizę polegającą na sprawdzeniu różnic w nasileniu poszczególnych czynników składających się na PTSD. W tym celu obliczono średnie wyniki każdego z czynników Skali Wpływu Zdarzeń, dzieląc uzyskane wyniki przez liczbę przypadających na nie stwierdzeń. Badani żołnierze uzyskali najwyższe wyniki w zakresie unikania ($M = 1,34$) i okazały się one istotnie wyższe od pobudzenia ($M = 1,02$, $p < 0,05$).

Uzyskany przez badanych żołnierzy średni wynik potraumatycznego wzrostu odpowiada wartości 4 stena, jest więc wynikiem niskim. Uwzględniając opracowane kryteria [19], niskie wyniki w IPR uzyskało 61,2%, przeciętne — 25% i wysokie — 13,8% badanych. Wyższe nasilenie pozytywnych zmian uzyskali badani w zakresie doceniania życia ($M = 2,48$) niż w sferze duchowej ($M = 1,75$, $p < 0,01$) i percepcji siebie ($M = 2,08$, $p < 0,05$). W odniesieniu do negatywnych i pozytywnych skutków doświadczonych zdarzeń traumatycznych uwzględniono także znaczenie zmiennych socjodemograficznych, takich jak wiek, staż pracy, stan cywilny oraz czas, który upłynął od ostatniego zdarzenia traumatycznego.

Wiek nie wiąże się z nasileniem PTSD ($r = -0,01$) i jego czynnikami, ani z poziomem PTG ($r = 0,12$) i jego wymiarami. Podobnie staż pracy w wojsku nie jest powiązany z nasileniem PTSD ($r = -0,02$) ani z żadnym z jego czynników. Wiąże się natomiast — choć słabo — z ogólnym wskaźnikiem PTG ($r = 0,24$, $p < 0,05$),

jak i dwoma jego czynnikami, tj. zmianami w percepcji siebie ($r = 0,22$, $p < 0,05$) oraz zmianami w relacjach z innymi ($r = 0,30$, $p < 0,01$).

Stan cywilny nie różnicuje nasilenia PTSD (pozostający w związku małżeńskim/partnerskim: $M = 25,86$, $SD = 18,22$, osoby stanu wolnego: $M = 24,13$, $SD = 19,45$, $t = 0,40$) ani żadnego z czynników. Nie różnicuje także nasilenia PTG (1. $M = 48,39$, $SD = 22,97$, 2. $M = 40,77$, $SD = 24,43$, $t = 1,41$) i jego wymiarów.

Czas od ostatniego wydarzenia traumatycznego także nie różnicuje nasilenia PTSD (krótszy, tj. do 2 lat: $M = 28,87$, $SD = 16,13$, dłuższy, tj. powyżej 2 lat: $M = 21,68$, $SD = 16,16$, $t = 1,74$). Nie różnicuje także poziomu wzrostu po traumie (1. $M = 43,41$, $SD = 27,46$, 2. $M = 47,36$, $SD = 19,63$, $t = 0,74$).

Poziom optymizmu badanych żołnierzy odpowiada wartości 5 stena. Jest więc wynikiem przeciętnym. Natomiast poczucie własnej skuteczności jest wysokie, uzyskany przez badanych średni wynik odpowiada 7 stenowi [22]. W kolejnym kroku analizy danych sprawdzono czy istnieje związek między posiadanymi zasobami a nasileniem negatywnych i pozytywnych następstw doświadczonych zdarzeń traumatycznych. Uzyskane współczynniki korelacji zamieszczono w tabeli 2.

Zasobem istotnie powiązany z nasileniem ogólnego wyniku PTSD, jak i poszczególnych objawów okazało się poczucie własnej skuteczności. Uzyskane współczynniki korelacji mają charakter ujemny i wskazują, że im jest ono wyższe tym niższe jest nasilenie objawów PTSD. Dyspozycyjny optymizm okazał się negatywnie skorelowany jedynie z jednym z objawów PTSD, tj. intruzją. Żaden z analizowanych zasobów nie wykazuje związku

Tabela 2. Współczynniki korelacji między zasobami osobistymi a objawami PTSD i PTG**Table 2.** Correlation coefficients between personal resources and PTSD symptoms and PTG

	Dyspozycyjny optymizm	Poczucie własnej skuteczności
Objawy PTSD — ogółem	-0,15	-0,47***
Cz. 1. Intruzja	-0,23*	-0,50***
Cz. 2. Pobudzenie	-0,16	-0,46***
Cz. 3. Unikanie	-0,05	-0,33**
PTG — ogółem	0,16	-0,07
Cz. 1. Zmiany w percepcji siebie	0,15	0,01
Cz. 2. Zmiany w relacjach z innymi	0,16	-0,06
Cz. 3. Docenianie życia	0,05	-0,21
Cz. 4. Zmiany duchowe	0,24*	-0,11

*** $p < 0,001$; ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$; PTSD (*posttraumatic stress disorder*) — zaburzenia po stresie traumatycznym; PTG (*posttraumatic growth*) — potraumatyczny wzrost/rozwój

Tabela 3. Predyktory PTSD (wynik ogólny)**Table 3.** Predictors of PTSD (total score)

Predyktory	Beta	Błąd Beta	B	Błąd B	t	p
Poczucie własnej skuteczności	-0,46	0,10	-1,77	0,38	-4,65	0,001
Wartość stała			82,36	12,43	6,62	0,001

$R = 0,46$; $R^2 = 0,22$; Beta — standaryzowany współczynnik regresji; B — niestandaryzowany współczynnik regresji; t — wartość testu t; p — poziom istotności; R — współczynnik korelacji; R^2 — współczynnik determinacji; PTSD (*posttraumatic stress disorder*) — zaburzenia po stresie traumatycznym

Tabela 4. Współczynniki korelacji między objawami PTSD i PTG**Table 4.** Correlation coefficients between PTSD symptoms and PTG

	PTSD — ogółem	Intruzja	Pobudzenie	Unikanie
PTG — ogółem	0,40***	0,40***	0,36***	0,34**
Cz. 1. Zmiany w percepcji siebie	0,34**	0,32**	0,30**	0,30**
Cz. 2. Zmiany w relacjach z innymi	0,33**	0,36***	0,29**	0,26*
Cz. 3. Docenianie życia	0,49***	0,46***	0,46***	0,44***
Cz. 4. Zmiany duchowe	0,36***	0,36***	0,36***	0,29**

*** $p < 0,001$; ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$; PTSD (*posttraumatic stress disorder*) — zaburzenia po stresie traumatycznym; PTG (*posttraumatic growth*) — potraumatyczny wzrost/rozwój

z potraumatycznym wzrostem. Jedyna istotna korelacja, o charakterze dodatnim dotyczy optymizmu i zmian w sferze duchowej.

Sprawdzono również, który z zasobów pełni predykcyjną rolę dla ponoszonych konsekwencji zdarzeń traumatycznych. W tym celu przeprowadzono analizę regresji (wersja krokowa postępująca). Poszukiwano predyktorów, zarówno dla wyników ogólnych, jak i poszczególnych czynników, zarówno PTSD, jak i PTG. Uzyskane wyniki przedstawiono w tabeli 3. Poczucie własnej skuteczności okazało się predyktorem

ogólnego wyniku PTSD, wyjaśniając 22% wariacji zmiennej zależnej. Ujemny znak wskaźnika Beta oznacza, że im niższe poczucie własnej skuteczności tym wyższe nasilenie objawów PTSD. Zasób ten okazał się także predyktorem wszystkich objawów wchodzących w skład PTSD, wyjaśniając 26% intruzji ($Beta = -0,50$, $R^2 = 0,26$), 21% pobudzenia ($Beta = -0,46$, $R^2 = 0,21$) i 11% unikania ($Beta = -0,38$, $R^2 = 0,11$).

Sprawdzono także, czy występuje związek między nasileniem objawów PTSD a poziomem PTG. Uzyskane współczynniki korelacji przedstawiono w tabeli 4.

Objawy PTSD są dodatnio powiązane z PTG. Istotne korelacje dotyczą wszystkich czynników wchodzących w skład Skali Wpływu Zdarzeń oraz Inwentarza Potraumatycznego Rozwoju. Najsilniejsze korelacje PTSD z PTG dotyczą zmian w zakresie doceniania życia. Z kolei dla PTG najwyższe wartości współczynników korelacji odnoszą się do intruzji.

Dyskusja

Badani żołnierze — uczestnicy misji pokojowych w Iraku i Afganistanie doświadczyli zarówno negatywnych, jak pozytywnych następstw doznanych zdarzeń traumatycznych. Co najmniej umiarkowany poziom tych objawów ujawniło 26% spośród badanych, a pozostali, czyli prawie $\frac{3}{4}$ ogółu badanych wykazali niski ich poziom. Istotnie wyższe nasilenie tych objawów dotyczyło unikania niż pobudzenia. Odsetek żołnierzy z umiarkowanym i wysokim nasileniem objawów PTSD jest niższy niż wśród przedstawicieli innych grup zawodowych narażonych na zdarzenia traumatyczne w związku z wykonywaną pracą. Dla przykładu w grupie pracowników służb ratowniczych, obejmujących strażaków, policjantów i ratowników medycznych, którzy przyznali się do przeżycia zdarzeń traumatycznych, wynosił on 43% [14].

Warto dodać, że odsetek żołnierzy z umiarkowanym i wysokim nasileniem objawów PTSD jest zdecydowanie niższy niż u osób, które doświadczyły innych rodzajów traumy. Na przykład w grupie kobiet, które doznały przemocy w rodzinie, odsetek badanych z co najmniej umiarkowanym poziomem PTSD wynosił 90% [23].

Niski poziom PTSD sugeruje, że badani żołnierze nie ponoszą silnych negatywnych konsekwencji narażenia na zdarzenia traumatyczne. Może to również świadczyć o ich dużej odporności psychicznej oraz umiejętnościach radzenia sobie z takimi sytuacjami. Należy jednak podkreślić, że niski poziom objawów PTSD może także wynikać z faktu, że niektórzy żołnierze nie przyznają się do przeżywania problemów psychicznych. Nie bez znaczenia jest także przygotowanie psychiczne żołnierzy do udziału w misjach wojskowych. W roku 2010 został opracowany program osłony psychologicznej uczestników misji poza granicami państwa i ich rodzin [9], co może się przekładać na mniejszą liczbę żołnierzy wykazujących objawy PTSD. Należy jednak zaznaczyć, że stosunkowo niskie nasilenie objawów tego zespołu ujawniane przez żołnierzy uczestniczących w misjach pokojowych nie oznacza braku występowania u nich innych problemów psychicznych, określanych ogólnie zaburzeniami adaptacyjnymi, czy zespołem wyczerpania walką [24].

Badanych żołnierzy charakteryzuje ogólnie niski poziom wzrostu po traumie. Zaledwie 14% spośród badanych

uznało, że poziom pozytywnych zmian jest wysoki, a nieco ponad 61%, że niski (pozostali wykazali przeciętny poziom PTG). Najwyższy poziom pozytywnych zmian potraumatycznych dotyczy doceniania życia.

Uzyskany przez badanych żołnierzy wynik w zakresie PTG nie odbiega w sposób znaczący od danych uzyskanych w badaniach normalizacyjnych [19], w których wykazano, że żołnierze uczestniczący w misjach pokojowych poza granicami kraju charakteryzują się jednym z najniższych wskaźników wzrostu po traumie.

Niskie nasilenie pozytywnych zmian potraumatycznych może wynikać z pełnionej roli zawodowej, w którą wpisana jest ekspozycja na zdarzenia traumatyczne. Żołnierze wyjeżdżający na misje są przygotowani na ich wystąpienie i, jak można sądzić, dobrze sobie z nimi radzą. Świadczą o tym niskie wyniki w zakresie PTSD oraz wysoki poziom poczucia własnej skuteczności.

Niskie nasilenie PTSD i PTG u uczestniczących w misjach wojskowych żołnierzy może sugerować, że doświadczane przez nich zdarzenia o charakterze traumatycznym nie stanowią na tyle silnego wyzwania, żeby aktywować procesy poznawczego przetwarzania traumy, traktowanych jako mechanizmy leżące u podłoża występowania zarówno negatywnych, jak i pozytywnych następstw doznanej traumy.

Spśród analizowanych zasobów jedynie poczucie własnej skuteczności okazało się istotnie powiązane z objawami PTSD. Jego wysoki poziom zmniejsza nasilenie PTSD oraz wszystkich jego objawów. Istotna rola poczucia własnej skuteczności może wynikać z jednej strony ze skłonności ludzi charakteryzujących się wysokim poziomem tego zasobu do stosowania skuteczniejszych sposobów radzenia sobie, a z drugiej z jego powiązań z innymi zasobami zaangażowanymi w sytuacje stresowe. Ponadto im silniejsze są przekonania dotyczące własnej skuteczności, tym wyższe cele stawia sobie jednostka i tym silniejsze jest jej zaangażowanie w podjętą aktywność, co może przyczynić się do zmniejszenia objawów PTSD.

Optymizm jest zasobem słabo skorelowanym, zarówno z negatywnymi, jak i pozytywnymi następstwami doświadczonych zdarzeń traumatycznych. Okazał się on powiązany, choć słabo z intruzją (ujemnie) i pozytywnymi zmianami w sferze duchowej (dodatnio). Ochronną rolę optymizmu w zapobieganiu objawów PTSD wykazano także w badaniach ratowników medycznych [25].

Słaby związek posiadanych przez człowieka zasobów osobistych z występowaniem pozytywnych zmian nie pozostaje w zgodzie z założeniami twórców koncepcji potraumatycznego wzrostu [10, 11], według których właściwości osoby, posiadane przed ekspozycją na zda-

rzenie traumatyczne, mają istotne znaczenie dla występowania PTG. Właściwości te, jak zakładają badacze, wpływają na podejmowane przez jednostkę strategie radzenia sobie z doświadczanymi zdarzeniami, na uruchamianie przez nią procesy poznawcze, związane z przepracowaniem traumy, a także odgrywają istotną rolę w poszukiwaniu i korzystaniu ze wsparcia społecznego.

Uzyskane wyniki badań sugerują, że na ponoszone przez badanych żołnierzy skutki zdarzeń traumatycznych mogą wpływać inne zasoby niż optymizm i poczucie własnej skuteczności. Takimi zasobami wydają się być między innymi duchowość, traktowana jako istotna dla człowieka wartość, która nadaje ludzkiemu życiu sens i znaczenie, poczucie koherencji czy prężność psychiczna [13, 14].

Być może jest też tak, że to nie tyle zasoby jednostki, ile raczej inne czynniki determinują poziom PTSD i PTG. Można tu wskazać na rolę strategii radzenia sobie z traumą, jak również procesów przetwarzania poznawczego, w tym ruminacji. Niektórzy badacze [14, 26] podkreślają, że znaczenie zasobów osobistych w procesie pojawiania się pozytywnych zmian potraumatycznych jest ograniczone. Zdają się one pełnić ważniejszą rolę w zapobieganiu negatywnych skutków doświadczonej traumy, co częściowo znalazło swoje potwierdzenie w wynikach badanych żołnierzy. Należy także zwrócić uwagę, że ekspozycja na zdarzenia traumatyczne, zwłaszcza jeśli ma miejsce dość często, może prowadzić do wyczerpywania się zasobów jednostki, na co wskazuje model zachowania zasobów Hobfolla [27]. Zagadnienie to wymagałoby jednak dalszych badań.

Nie można zapominać, że na pojawianie się negatywnych i pozytywnych skutków doświadczonych zdarzeń mają także wpływ czynniki związane z samą traumą, jak na przykład jej intensywność oraz stopień zagrożenia dla zdrowia i życia jednostki.

Wyniki przeprowadzonych badań wskazały na występowanie dodatniego związku między negatywnymi a pozytywnymi następstwami doświadczonych zdarzeń traumatycznych. Istotne korelacje dotyczyły wszystkich czynników wchodzących w skład PTSD i PTG. Oznacza to, że wraz ze wzrostem nasilenia PTSD wzrasta poziom PTG. Uzyskane wyniki są w znacznym stopniu zgodne z danymi prezentowanymi w literaturze [18] i potwierdzają, że warunkiem koniecznym wystąpienia pozytywnych zmian po traumie jest wcześniejsze doświadczenie jej negatywnych następstw. Uzyskany dodatni związek między PTSD a PTG wydaje się tym bardziej interesujący, iż u badanych żołnierzy

uzyskano niskie nasilenie, zarówno negatywnych, jak pozytywnych skutków doświadczonych zdarzeń traumatycznych. Z kolei w przypadku innych zdarzeń traumatycznych, które wiązały się z wyższym nasileniem tych objawów, zwłaszcza negatywnych, jak na przykład w grupie osób zakażonych wirusem HIV nie zanotowano istotnych korelacji między PTSD a PTG [28]. Sugeruje to, że prawdopodobieństwo występowania związku między negatywnymi a pozytywnymi następstwami doświadczonej traumy jest większe w sytuacji niskiego ich poziomu.

Uzyskane wyniki badań oraz dane dostępne w literaturze wskazują na złożony obraz zależności między posiadanymi zasobami osobistymi a występowaniem PTSD i PTG oraz między negatywnymi a pozytywnymi następstwami doświadczonych zdarzeń traumatycznych. Ustalenie roli zasobów w ponoszeniu konsekwencji doznanej traumy wymaga więc dalszych badań, w których powinno się uwzględnić także inne czynniki wpływające na poziom zmian potraumatycznych. Dotyczy to szczególnie wykorzystywanych strategii radzenia sobie oraz procesów przetwarzania poznawczego, w tym zdolności do ruminowania i zmiany posiadanych schematów poznawczych.

Na zakończenie należy wspomnieć o ograniczeniach przeprowadzonych badań. Oceny negatywnych i pozytywnych skutków traumy dokonywano za pomocą samoopisu. Nie można więc wykluczyć wpływu zmiennej aprobaty społecznej, tj. chęci prezentowania się badanych w lepszym świetle, co wiązałoby się przede wszystkim z zaniżaniem nasilenia występujących objawów PTSD. W przypadku negatywnych skutków doświadczanych zdarzeń traumatycznych badano jedynie objawy stresu pourazowego; nie była to kliniczna diagnoza PTSD. W badaniach nie analizowano rodzaju doświadczonych zdarzeń traumatycznych. Nie uwzględniono także liczby pełnionych misji. Ponadto, badania miały charakter przekrojowy, co nie pozwala w sposób jednoznaczny na orzekanie o występowaniu związków przyczynowo-skutkowych. Pomimo wymienionych ograniczeń należy podkreślić znaczenie przeprowadzonych badań i uzyskanych wyników. Wnoszą one nowe treści w obszar zagadnień dotyczących konsekwencji doświadczanych zdarzeń traumatycznych, a ponadto mogą być wykorzystane w praktyce. W terapii PTSD, jak również w promowaniu wzrostu po traumie, powinno się uwzględniać znaczenie zasobów osobistych jednostki, a przede wszystkim kształtowanie i rozwijanie poczucia własnej skuteczności.

Wnioski

Uzyskane wyniki pozwalają na sformułowanie następujących wniosków:

1. Żołnierze uczestniczący w misjach wojskowych są narażeni na zdarzenia traumatyczne w związku z pełnieniem obowiązków służbowych i ujawniają zarówno negatywne, jak i pozytywne skutki tych zdarzeń.
2. Poczucie własnej skuteczności chroni żołnierzy przed rozwojem PTSD.
3. Zasoby osobiste nie wiążą się z potraumatycznym wzrostem, choć wysoki poziom optymizmu jest dodatnio powiązany z występowaniem pozytywnych zmian w sferze duchowej.
4. Występowanie objawów PTSD jest dodatnio powiązane z PTG.

Streszczenie

Wstęp: Celem podjętych badań było ustalenie roli takich zasobów osobistych, jak optymizm i poczucie własnej skuteczności w występowaniu negatywnych (objawy stresu traumatycznego) i pozytywnych (potraumatyczny wzrost) skutków doświadczanych zdarzeń traumatycznych u żołnierzy uczestniczących w misjach wojskowych. Podjęte badania miały także na celu sprawdzenie, czy istnieje związek między negatywnymi a pozytywnymi następstwami doświadczonych zdarzeń traumatycznych.

Materiał i metody: Analizie poddano wyniki 80 żołnierzy, którzy doświadczyli zdarzeń traumatycznych w związku z ich udziałem w misjach wojskowych. Wiek badanych mieścił się w zakresie 22–48 lat ($M = 33,86$, $SD = 6,18$). Do oceny negatywnych skutków doświadczanych zdarzeń wykorzystano Skalę Wpływu Zdarzeń, a pozytywnych — Inwentarz Potraumatycznego Rozwoju. Optymizm oceniano za pomocą Testu Orientacji Życiowej, a poczucie własnej skuteczności Uogólnioną Skalą Własnej Skuteczności.

Wyniki: Zasobem negatywnie powiązany z nasileniem objawów PTSD okazało się poczucie własnej skuteczności. Optymizm oraz poczucie własnej skuteczności nie wiążą się z potraumatycznym wzrostem.

Wnioski: Kształtowanie poczucia własnej skuteczności może chronić przed rozwojem negatywnych następstw doświadczanej traumy.

Psychiatria 2016; 13, 3: 123–132

Słowa kluczowe: objawy PTSD, potraumatyczny wzrost, optymizm, poczucie własnej skuteczności, żołnierze, misje wojskowe

Piśmiennictwo:

1. Hoge C.W., Castro C.A., Messer S.C., Mc Gurk D., Cotting D.I., Koffman R.L. Combat duty in Iraq and Afghanistan, mental health problems, and barriers to care. *N. Engl. J. Med.* 2004; 351: 13–22.
2. APA — American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders — (DSM-IV-R). Washington, DC 2000.
3. APA — American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-V). <http://dx.doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596> 2013.
4. Koren D., Hilel Y., Idar N., Hemel D., Klein E.M. Radzenie sobie ze stresem bojowym: Wzajemne oddziaływanie między walką, fizycznym uszkodzeniem ciała i urazem psychicznym. W: Ch.R. Figley, W. Nash (red.). Stres bojowy. Teorie, badania, profilaktyka i terapia. PWN Warszawa, Wojskowy Instytut Medyczny 2010; 141–159.
5. Groth J., Waszyńska K., Zyszczyk B. Czynniki ryzyka rozwoju zespołu stresu pourazowego u żołnierzy uczestniczących w misjach pokojowych. *Studia Edukacyjne* 2013; 26: 297–316.
6. Nash W.P. Stresory wojny. W: Figley Ch. R., Nash W. (red.). Stres bojowy. Teorie, badania, profilaktyka i terapia. PWN. Wojskowy Instytut Medyczny, Warszawa 2010; 15–38.
7. Załuski M. Rozwojowe zmiany po doświadczeniach na misjach wojskowych. *Doniesienie z badań. Sztuka Leczenia* 2008; 3–4, 95–115.
8. Karasek M. PTSD u 34 żołnierzy. http://www.bbc.co.uk/polish/domestic/story/2004/10/041012_ptsd_polish_soldiers.shtml 2004.
9. Gumińska A., Szymańska J., Tworus R. Stres bojowy. Najtrudniejsze przed nami. *Polska Zbrojna* 2014; 4: 12–20.
10. Tedeschi R.G., Calhoun L.G. The post-traumatic growth inventory: measuring the positive legacy of trauma. *J Trauma Stress* 1996; 9: 455–471.
11. Tedeschi R.G., Calhoun L.G. Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychol. Inq.* 2004; 15: 1–8.
12. 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.
13. Ogińska-Bulik N. Pozytywne skutki doświadczeń traumatycznych czyli kiedy łzy zamieniają się w perły. Wyd. Difin, Warszawa 2013.
14. Ogińska-Bulik N. Dwa oblicza traumy — negatywne i pozytywne skutki zdarzeń traumatycznych u pracowników służb ratowniczych. Wyd. Difin, Warszawa 2015.
15. Kimhi S., Eshel Y., Zysberg L., Hantman S. Postwar winners and losses in the long run: Determinants of war relates stress symptoms and posttraumatic growth. *Community Ment. Health J.* 2009; 46: 10–19.
16. Maguen S., Vogt D.S., King L.A., King D.W., Litz B.T. Posttraumatic growth among gulf war I veterans. The predictive role of deployment-related experiences and background characteristics. *J. Loss Trauma* 2006; 11: 373–388.
17. Powell S., Rosner R., Butollo W., Tedeschi R.G., Calhoun L.G. Posttraumatic growth after war: a study with former refugees and displaced people in Sarajevo. *J. Clin. Psychol.* 2003; 59: 71–83.
18. Solomon Z., Dekel R. Posttraumatic stress disorder and posttraumatic growth among Israeli ex-POWs. *J Trauma Stress* 2007; 20: 303–312.

19. Ogińska-Bulik N., Juczyński Z. Rozwój potraumatyczny — charakterystyka i pomiar. *Psychiatria* 2010; 7: 129–142.
20. Dudek B. Zaburzenie po stresie traumatycznym. GWP, Gdańsk 2003.
21. Juczyński Z., Ogińska-Bulik N. Pomiar zaburzeń po stresie traumatycznym — polska wersja Zrewidowanej Skali Wpływu Zdarzeń. *Psychiatria* 2009; 6: 15–25.
22. Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych PTP, Warszawa 2009.
23. Ogińska-Bulik N. Ruminacje a negatywne i pozytywne skutki traumy u kobiet doświadczających przemocy w rodzinie. *Roczniki Psychologiczne* 2016; 4 (w druku).
24. Gruszczyński W., Florkowski A., Gruszczyński B., Wysokiński A. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych u żołnierzy w czasie misji pokojowych i działaniach wojennych. *Polski Merkuriusz Lekarski* 2008; 25: 55–58.
25. Ogińska-Bulik N. Zasoby osobiste jako wyznaczniki negatywnych i pozytywnych skutków zdarzeń traumatycznych u ratowników medycznych. *Med. Prakt.* 2016 (w druku).
26. Prati G., Pietrantonio L. Optimism, social support and coping strategies contributing to posttraumatic growth: a meta-analysis. *J. Loss Trauma* 2009; 14: 364–388.
27. Hobfoll S.E. Stres, kultura, społeczność. GWP, Gdańsk 2006.
28. Ogińska-Bulik N. Ruminacje a negatywne i pozytywne skutki traumy u zakażonych HIV. *Psychiatria* 2016; 13: 8–16.