

Nina Ogińska-Bulik

Instytut Psychologii Uniwersytetu Łódzkiego

Negatywne i pozytywne zmiany potraumatyczne u kobiet, które doświadczyły przemocy domowej — rola poznawczego przetwarzania traumy

Negative and positive posttraumatic changes in women who have experienced domestic violence: the role of cognitive processing of trauma

Abstract

Introduction: Among the negative and positive consequences resulting from the experience of a traumatic event, cognitive trauma processing plays a special role. The study aimed to establish the relationship between cognitive processing, revealed in a form of cognitive strategies of coping with trauma and negative and positive posttraumatic changes in women who have experienced domestic violence. The indicators of the negative changes were symptoms of posttraumatic stress disorder — PTSD, and positive — posttraumatic growth — PTG.

Material and methods: The data of 63 women who have experienced domestic violence were analyzed. The age of the respondents ranged from 19 to 71 years ($M = 42.25$, $SD = 14.81$). The following Polish versions of standardized tools were used: The Posttraumatic Stress Disorder Checklist — PCL-5, the Posttraumatic Growth Inventory and the Cognitive Processing of Trauma Scale. Survey developed for the use of the research was also included.

Results: Negative strategies have been positively associated with PTSD and negatively with PTG, and positive — negatively with PTSD and positively with PTG. A special role is played by the strategy of resolution /acceptance, which turned out to be the main predictor of both negative — reducing the severity of PTSD, as well as positive changes — favoring the occurrence of PTG.

Conclusions: More frequent positive and less frequent negative strategies of dealing with trauma by people who have experienced traumatic events favors the process of adaptation and human development.

Psychiatry 2019; 16, 4: 201–211

Key words: posttraumatic stress disorder, posttraumatic growth, cognitive processing of trauma, women, domestic violence

Wstęp

Doświadczenie przemocy jako wydarzenie traumatyczne

Przemoc domowa, zwana też przemocą w rodzinie, oznacza zamierzone i wykorzystujące przewagę sił

działanie skierowane przeciw członkowi rodziny, które narusza prawa i dobra osobiste i powoduje cierpienie i szkody [1]. Przemoc w rodzinie jest dość częstym zjawiskiem, choć jego skala nie została do końca poznana. Wiele ofiar nie ujawnia bowiem doświadczania przemocy, przede wszystkim ze względu na lęk przed sprawcą, którym jest najczęściej mąż/partner lub ojciec. Z danych „Niebieskiej Karty” wynika, że w 2014 roku ogólna liczba ofiar przemocy przekroczyła 100 tys. w tym 72 tys. dotyczyło kobiet [2]. Przemoc dotyka przede

Adres do korespondencji:

Nina Ogińska-Bulik
Instytut Psychologii Uniwersytetu Łódzkiego
Smugowa 10/12, 91-433 Łódź
e-mail: noginska@uni.lodz.pl

wszystkim kobiet i dzieci. Dane z raportu Światowej Organizacji Zdrowia wskazują, że przemoc ze strony swoich partnerów doświadcza 30% kobiet [3].

Przemoc domowa może przybierać różne formy: fizyczną, psychiczną, seksualną i ekonomiczną. Dwie pierwsze występują najczęściej i z reguły jednocześnie. Nie ulega wątpliwości, że doświadczenie przemocy pociąga za sobą wiele negatywnych konsekwencji, przejawiających się w różnych sferach funkcjonowania jednostki. Najbardziej widocznymi i oczywistymi skutkami przemocy są obrażenia cielesne. Dąbkowska [4] przytacza dane wskazujące, że 10–50% kobiet doświadczyło fizycznego znęcania się ze strony partnera. Jednakże znacznie bardziej niszczące od urazów fizycznych są skutki psychiczne doświadczanej przemocy. Przemoc na ogół pociąga za sobą występowanie silnych emocji, którymi najczęściej są lęk, gniew, żal, wstyd, przerażenie czy poczucie winy. Jedną z możliwych negatywnych konsekwencji doświadczania przemocy są objawy zaburzenia po stresie traumatycznym (PTSD, *posttraumatic stress disorder*). Zgodnie z piątą edycją DSM (DSM-5) objawy PTSD wchodziły w skład czterech kryteriów, którymi są intruzje, unikanie, negatywne zmiany w sferze poznawczej i emocjonalnej oraz wzmożone pobudzenie i reaktywność [5, 6]. Doświadczenie przemocy należy do kategorii zdarzeń, które w największym stopniu wiążą się z występowaniem objawów PTSD. Szacuje się, że doświadcza ich nawet do 90% kobiet, które były narażone na tego typu sytuacje. Z badań Dąbkowskiej [4] wynika, że wszystkie badane przez autorkę kobiety, które doświadczyły przemoc domowej, ujawniły objawy PTSD; 76,5% spośród nich w stopniu umiarkowanym lub znacznym. Na podobne rezultaty wskazują badania nastolatek, które były molestowane seksualnie w okresie dzieciństwa [7]. Dostarczyły one danych wskazujących, że wszystkie badane dziewczęta ujawniły umiarkowane lub wysokie nasilenie PTSD. Wyższy poziom objawów tego zespołu zanotowano u dziewcząt, u których sprawcą był bliski krewny. Wyniki badań Ogińskiej-Bulik [8] wykazały, że prawie 90% kobiet, będących ofiarami przemoc domowej, charakteryzowało się co najmniej umiarkowanym nasileniem objawów wchodzących w zakres PTSD, a jedynie 10% wykazało ich niskie nasilenie.

Badania prowadzone w ostatnich latach wskazują, że następstwami doświadczanej traumy wynikającej z doznania przemocy mogą być również pozytywne zmiany, wyrażane w postaci potraumatycznego wzrostu/rozwoju (PTG, *posttraumatic growth*). Dotyczą one zmian w percepcji siebie, relacjach z innymi i filozofii życia, na które składają się docenianie życia i zmiany duchowe [9–11]. Należy jednak podkreślić, że PTG nie oznacza, że samo przeżycie traumy jest czymś dobrym, pożądanym czy

koniecznym dla dokonania zmian czy rozwoju człowieka. Nie oznacza poczucia beztraski, przyjemnego nastroju czy poczucia szczęścia. Doświadczenie wydarzenia traumatycznego, choć może prowadzić do wzrostu, wiąże się, zwłaszcza na początkowym etapie zmagania się z nim, ze stanem dystresu, negatywnymi emocjami, a także uszczupleniem czy stratą posiadanych przez człowieka zasobów. Jednakże, jak podkreślają Tedeschi i Calhoun [10], z wydarzenia traumatycznego, oprócz straty, bólu i cierpienia, człowiek potrafi wynieść też coś dobrego. W efekcie doświadczona trauma może się przekształcić w istotną dla człowieka wartość. Ponadto, wystąpienie zmian o charakterze wzrostowym pozwala osobie, która doznała traumy, na skuteczniejsze radzenie sobie z przeciwnościami losu w przyszłości.

Wyniki prowadzonych w tym zakresie badań potwierdziły występowanie pozytywnych zmian potraumatycznych u ofiar przemocy, choć w mniejszym stopniu niż u osób, które doznały innych rodzajów traumy. Wzrost po traumie wykazano między innymi w badaniach kobiet, które doświadczyły różnych rodzajów przemocy, tj. głównie fizycznej, emocjonalnej i seksualnej [12–21]. Wyniki badań prowadzonych w Polsce [19] wskazały, że jedynie 7,6% spośród uczestniczących w badaniu kobiet narażonych na przemoc domową doświadczyło PTG w wysokim stopniu. Pozostałe reprezentowały jego umiarkowane (35,8%) lub niskie nasilenie (56,6%). Wyniki badań potwierdziły również, że u osób, które doznały przemocy, występują równocześnie pozytywne i negatywne konsekwencje doznanych sytuacji [12, 16].

Poznawcze przetwarzanie traumy a PTSD i PTG

Wśród czynników determinujących występowanie negatywnych, ale także pozytywnych zmian potraumatycznych szczególną rolę przypisuje się aktywności poznawczej, wyrażanej w postaci poznawczego przetwarzania traumy [20–26].

Zgodnie z opracowanym modelem wzrostu po traumie [20] przeżycie traumatycznego zdarzenia powoduje stan silnego dystresu oraz narusza istniejące schematy poznawcze i przekonania jednostki. Jednocześnie, jeśli doświadczono zdarzenie stanowi dla osoby istotne wyzwanie, to uruchomione zostają procesy poznawcze, które w konsekwencji mogą doprowadzić do zmiany posiadanych schematów. Należy dodać, że wydarzenie musi być na tyle silne, żeby zmusić jednostkę do zrewidowania swoich założeń wobec siebie i świata. Proces poznawczego przetwarzania traumy ma na celu nadanie doświadczonemu zdarzeniu sensu i znaczenia, a w konsekwencji — dopasowania się do nowej, zmienionej rzeczywistości. Do wskaźników efektywnego przetwarzania traumy Williams i wsp. [26] zaliczają między innymi obniżenie

poziomu negatywnych emocji, w tym szczególnie poczucia winy czy wstydu, asymilację informacji dotyczących doświadczonego zdarzenia traumatycznego, desensytyzację, przejawiającą się stopniowym zmniejszaniem odczuwanego stresu i negatywnych emocji w wyniku powracania myślami do wydarzenia, akceptację tego, co się zdarzyło czy dostrzeganie pozytywnych stron doznanej sytuacji.

Poznawcze przetwarzanie traumy jest często wyrażane w postaci podejmowanych poznawczych strategii radzenia sobie z nią. Takie ujęcie nawiązuje do koncepcji adaptacji poznawczej Taylor [27] i wiąże się — przynajmniej w pewnym stopniu — z poznawczym zniekształcaniem rzeczywistości. Skuteczne poznawcze przetwarzanie traumy, związane ze stosowaniem pozytywnych (adaptacyjnych) strategii radzenia sobie z doznanymi sytuacjami z reguły prowadzi do przystosowania się do zaistniałej sytuacji i wystąpienia zmian o charakterze wzrostowym. Z kolei nieefektywne przetwarzanie poznawcze traumy, które jest związane z podejmowaniem negatywnych (nieadaptacyjnych) strategii radzenia sobie, z reguły sprzyja występowaniu i podtrzymywaniu objawów PTSD [26]. Ocena znaczenia poznawczego przetwarzania traumy w występowaniu negatywnych i pozytywnych następstw doznanej traumy jest stosunkowo nowym zagadnieniem, szczególnie w Polsce. Ważność problematyki oraz opracowanie narzędzia służącego do pomiaru poznawczego przetwarzania traumy wytycza więc nowe kierunki badań.

Material i metody

Podjęte badania miały na celu ustalenie związku między przetwarzaniem traumy, wyrażanym w postaci poznawczych strategii radzenia sobie z doświadczonymi sytuacjami a negatywnymi i pozytywnymi zmianami potraumatycznymi u kobiet, które doświadczyły przemocy w rodzinie. Wskaźnikiem negatywnych zmian były objawy PTSD, a pozytywnych — PTG. Poszukiwano odpowiedzi na następujące pytania badawcze:

1. Jakie jest nasilenie objawów PTSD i PTG u kobiet, które doświadczyły przemocy w rodzinie?
2. Jakie strategie radzenia sobie z doznąą traumą stosują badane kobiety?
3. Czy istnieje, i jaki ma charakter, związek między przetwarzaniem poznawczym traumy a PTSD i PTG?
4. Które ze stosowanych poznawczych strategii radzenia sobie są predyktorami PTSD, a które PTG?

Przyjęty model badań odwołuje się do poznawczych teorii traumy, a przede wszystkim do koncepcji Calhouna i wsp. [20], oraz Ehlers i Clarka [21] zakładających istotny udział poznawczej aktywności jednostki w występowaniu zarówno negatywnych, jak i pozytywnych konsekwencji

doświadczonych zdarzeń traumatycznych. Odwołuje się również do zaproponowanej przez Williams i wsp. [26] klasyfikacji poznawczych strategii radzenia sobie, tworzących negatywne i pozytywne przetwarzanie traumy. Założono, że negatywne strategie radzenia sobie z traumą będą dodatkowo powiązane z PTSD i ujemnie z PTG, a strategie pozytywne będą się wiązać ujemnie z PTSD i dodatnio z PTG.

Badaniami objęto 65 kobiet, które były ofiarami przemocy domowej i znajdowały się pod opieką ośrodków zajmującymi się osobami, które doświadczyły przemocy, mieszczących się na terenie miasta Łodzi. Badania miały charakter dobrowolny i anonimowy, przeprowadzone je zbiorowo na terenie ośrodków¹. Na ich przeprowadzenie uzyskano zgodę komisji ds. bioetyki badań naukowych. Do analizy włączono kompletne wyniki uzyskane od 63 kobiet, w wieku 19–71 lat (M [mean] = 42,25, SD [standard deviation] = 14,81). W badanej grupie 41,3% kobiet posiadało wykształcenie średnie, 20,6% wyższe, a pozostałe 38,1% zawodowe i podstawowe. Wśród respondentek 39,7% było zamężnych lub pozostawało w związkach partnerskich, pozostałe 60,3% to kobiety stanu wolnego (w tym żyjące samotnie, rozwiedzione i wdowy). Zdecydowana większość, tj. 84,1% badanych kobiet posiadała dzieci (w tym 39,7% dwoje, 31,7% jedno, 7,9% kobiet troje i 4,8% czworo). Badane kobiety doznały różnych rodzajów przemocy — 98,4% kobiet przyznało, że doświadczyło psychicznej, 81% fizycznej, 68,3% ekonomicznej, a 39,7% seksualnej². Ponad połowa badanych (61,9%) doświadczyła przemocy ze strony męża. Częstym sprawcą (27%) był również konkubent. Jako sprawców doznanej przemocy na ojca wskazało 15,9% badanych, a na matkę 12,7%. W przypadku 9,5% badanych sprawcą było dziecko, w przypadku 4,8% ktoś inny z rodziny³. Czas doświadczania przemocy był zróżnicowany i mieścił się w zakresie od 1 miesiąca do 50 lat (M = 12,5, SD = 13,60). Z kolei czas, jaki upłynął od ostatniego aktu przemocy wynosił od jednego do 58 miesięcy (M = 15,94, SD = 17,68).

W badaniach, oprócz ankiety zawierającej pytania o wiek, stan cywilny, posiadanie dzieci, rodzaj doznawanej przemocy, sprawców, czas trwania przemocy wykorzystano trzy standardowe narzędzia pomiaru, tj. Listę Zaburzeń po Stresie Traumatycznym, Inwentarz Potraumatycznego Rozwoju oraz Skalę Poznawczego Przetwarzania Traumy. Lista Zaburzeń po Stresie Traumatycznym (PCL-5, *Post-traumatic Stress Disorder Checklist*), której autorami są

¹ Badania przeprowadzono w ramach seminarium magisterskiego.

² Osoby badane mogły wskazywać równocześnie na kilka rodzajów doznawanej przemocy.

³ Osoby badane mogły wskazać na więcej niż jednego sprawcę.

Weathers i wsp. [28], w polskiej adaptacji Ogińskiej-Bulik, Juczyńskiego, Lis-Turlejskiej i Merecz-Kot [29], zawiera opis 20 objawów PTSD przypisanych do 4 kategorii, tj. intruzji, unikania, negatywnych zmian w sferze poznawczej i/lub emocjonalnej oraz objawów wzmożonego pobudzenia i reaktywności (np. „Jak bardzo w ciągu ostatniego miesiąca dokuczały ci powtarzające się, przykre i niechciane wspomnienia stresującego wydarzenia”). Badany dokonuje oceny swoich doznań na skali 5-stopniowej, od 0 (wcale) do 4 (bardzo mocno). Ogólną ocenę intensywności objawów stanowi suma wyników wszystkich 20 pozycji. Narzędzie uzyskało bardzo dobre właściwości psychometryczne. Wskaźnik *alfa* Cronbacha dla całej skali wynosi 0,96.

Inwentarz Potraumatycznego Rozwoju — IPR (PTGI, *Posttraumatic Growth Inventory*), autorstwa Tedeschiego i Calhouna [9], w polskiej adaptacji Ogińskiej-Bulik i Juczyńskiego [30], składa się z 21 stwierdzeń opisujących różne pozytywne zmiany zaistniałe w wyniku doświadczonego wydarzenia traumatycznego (np. „Zmieniłem/am swoje priorytety odnośnie do tego, co jest ważne w życiu”). Badana osoba ustosunkowuje się do podanych stwierdzeń wybierając odpowiedzi od *nie doświadczyłem tej zmiany* (0 pkt), do *doświadczyłem tej zmiany w bardzo dużym stopniu* (5 pkt). W polskiej wersji, poza ogólnym wskaźnikiem nasilenia PTG, inwentarz mierzy cztery czynniki składające się na rozwój po traumie, tj. zmiany w percepcji siebie, zmiany w relacjach z innymi, większe docenianie życia i zmiany duchowe. Wynik ogólny jest sumą czterech wymienionych czynników. Wskaźniki rzetelności są porównywalne z wersją oryginalną (*alfa* Cronbacha = 0,93).

Skala Poznawczego Przetwarzania Traumatycznej (CPOTS, *Cognitive Processing of Trauma Scale*), której autorami są: Williams, Davis i Millsap [26] została zaadaptowana do polskich warunków przez Ogińską-Bulik i Juczyńskiego [31]. Narzędzie składa się z 17 stwierdzeń (np. „Ostatecznie, w tym doświadczeniu jest więcej dobrego, niż złego”) i mierzy pięć aspektów przetwarzania poznawczego: pozytywną restrukturyzację poznawczą, porównywanie w dół, rozwiązanie/akceptację, zaprzeczanie i żal. Osoby badane ustosunkowują się do każdego stwierdzenia na skali na 7-stopniowej od -3 (zdecydowanie nie zgadzam się) do 3 (zdecydowanie zgadzam się)⁴. Wynik dla każdej z podskal jest liczony oddzielnie. Skala pozwala również na wyróżnienie pozytywnego przetwarzania poznawczego traumy, będącego sumą wyników trzech strategii, tj. pozytywnej restrukturyzacji poznawczej, rozwiązania/akceptacji i porównywania w dół oraz negatywnego przetwarzania poznawczego,

na które składa się suma wyników strategii żalu i zaprzeczania. Rzetelność polskiej wersji CPOTS, oceniona za pomocą współczynnika *alfa* Cronbacha, jest zadowalająca. Uzyskane współczynniki wynoszą od 0,89 do 0,56 i są wyższe dla strategii pozytywnego przetwarzania traumy (0,90) niż dla strategii negatywnych (0,73). W polskiej wersji strategia Porównywanie w dół wyjaśnia najwięcej, wariancji – 33%, Żal – 15,9%, Pozytywna restrukturyzacja poznawcza, 7,2%, Zaprzeczanie — 6,6% a Rozwiązanie/Akceptacja — 6,1%. Ogółem, wszystkie czynniki wyjaśniają 68,8% wariancji całkowitej.

Wyniki

Rozkład wyników analizowanych zmiennych ma charakter normalny (lub zbliżony do normalnego), co upoważnia do stosowania testów parametrycznych. W kolejnych krokach ustalono średnie analizowanych zmiennych (tab. 1), współczynniki korelacji między poznawczym przetwarzaniem traumy a PTSD i PTG (tab. 2, 3) oraz predyktory negatywnych i pozytywnych zmian potraumatycznych (tab. 4, 5).

Ogólny wynik PTSD uzyskany przez badane kobiety, które doznały przemocy domowej jest zbliżony do danych uzyskanych w badaniach normalizacyjnych [29]. Uwzględniając 33 punkty, przyjęte jako kryterium graniczne dla ogólnego wyniku PCL-5, można wskazać, że wśród badanych kobiet wysokie prawdopodobieństwo rozwoju PTSD wykazuje 39 respondentek, co stanowi 61,9% ogółu badanych kobiet. Niskie prawdopodobieństwo rozwoju tego zespołu ujawniły 24 kobiety, czyli 38,1% badanej grupy. Średni wynik PTG w badanej grupie kobiet, uzyskany za pomocą IPR, odpowiada wartości 5 stena, co ogólnie wskazuje na przeciętne nasilenie pozytywnych zmian potraumatycznych. Bardziej szczegółowa analiza ujawniła, że niski poziom PTG charakteryzuje 24 kobiety (38,1%), przeciętny 15 (23,8%) i wysoki 24 (38,1%).

Wiek badanych kobiet nie wiązał się z nasileniem negatywnych i pozytywnych zmian potraumatycznych. Stan cywilny nie różnicował nasilenia PTSD i PTG. Fakt posiadania dzieci nie wiązał się z PTSD, ale różnicował — choć słabo ($p < 0,05$) — nasilenie PTG, które było wyższe u kobiet posiadających dzieci. Czas doświadczenia przemocy nie różnicował negatywnych i pozytywnych następstw doświadczonej traumy. Czynnikiem powiązaniem z tymi następstwami okazał się natomiast czas, jaki upłynął od ostatniego aktu przemocy. Korelował on ujemnie z PTSD ($r = -0,40$, $p < 0,01$) i dodatnio z PTG ($r = 0,29$, $p < 0,05$). Nie analizowano związku PTSD i PTG z rodzajami doświadczanej przemocy ze względu na fakt, iż większość badanych kobiet jednocześnie doznawała wielu form przemocy. Nie analizowano również znaczenia, kim był sprawca, ze względu na duże zróżni-

⁴ Wyniki są następnie przekształcane na skalę od 0 do 6.

Tabela 1. Średnie i odchylenia standardowe analizowanych zmiennych**Table 1.** Means and standard deviations of analyzed variables

Zmienne	M	SD
PTSD:		
Wynik ogólny	35,08	18,71
Intruzja	8,60	5,38
Unikanie	3,89	2,27
Negatywne zmiany w sferze poznawczej lub/i emocjonalnej	12,32	7,53
Wzmoczone pobudzenie i reaktywność	10,27	6,06
PTG:		
Wynik ogólny	59,90	26,24
Zmiany w percepcji siebie	27,13	11,31
Zmiany w relacjach z innymi	20,16	10,12
Docenianie życia	9,17	4,53
Zmiany duchowe	3,44	3,22
Poznawcze strategie radzenia sobie z traumą:		
Porównywanie w dół	10,65	5,97
Żal	8,92	5,78
Pozytywna restrukturyzacja poznawcza	6,92	5,23
Zaprzeczanie	7,03	5,44
Rozwiązanie/akceptacja	13,62	6,51
Negatywne przetwarzanie poznawcze	15,95	9,57
Pozytywne przetwarzanie poznawcze	31,19	14,01

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

Tabela 2. Korelacje poznawczych strategii radzenia sobie z zaburzeniami po stresie traumatycznym (PTSD)**Table 2.** Correlations of cognitive coping strategies and posttraumatic stress disorder (PTSD)

Poznawcze strategie radzenia sobie z traumą	PTSD ogółem	Cz. 1	Cz. 2	Cz. 3	Cz. 4
Porównywanie w dół	-0,38**	-0,40***	-0,16	-0,34**	-0,34**
Żal	0,41***	0,32**	0,32**	0,48***	0,28*
Pozytywna restrukturyzacja poznawcza	-0,11	-0,09	0,03	-0,11	-0,12
Zaprzeczanie	0,19	0,13	0,19	0,25*	0,07
Rozwiązanie/akceptacja	-0,43***	-0,50***	-0,37***	-0,35**	-0,32**
Przetwarzanie negatywne	0,36**	0,27*	0,30*	0,43***	0,21
Przetwarzanie pozytywne	-0,40***	-0,44***	-0,23	-0,35**	-0,34**

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

Cz. 1. intruzja; Cz. 2. unikanie; Cz. 3. negatywne zmiany poznawcze i/lub emocjonalne; Cz. 4. wzmoczone pobudzenie i reaktywność

cowanie osób, które dopuściły się aktów przemocy, a co za tym idzie na niewielkie ich liczebności.

Uzyskane średnie w zakresie poszczególnych strategii radzenia sobie z doznaną traumą są zbliżone do danych uzyskanych w badaniach przeprowadzonych w związku z polską adaptacją Skali Poznawczego Przetwarzania Traumatyzacji [31].

Następnie, wykorzystując współczynniki korelacji Pearsona, ustalono związek między poznawczymi strategiami radzenia sobie z traumą (uwzględniając również wskaźniki sumaryczne w postaci negatywnego i pozytywnego przetwarzania traumy), a nasileniem PTSD i PTG (tab. 2). Spośród pięciu strategii uwzględnionych w Skali Poznawczego Przetwarzania Traumatyzacji, trzy w sposób istotny

Tabela 3. Korelacje poznawczych strategii radzenia sobie z potraumatycznym wzrostem (PTG)**Table 3.** Correlations of cognitive coping strategies and posttraumatic growth (PTG)

Poznawcze strategie radzenia sobie z traumą	PTG	Cz. 1	Cz. 2	Cz. 3	Cz. 4
Porównywanie w dół	0,37**	0,28*	0,39**	0,36**	0,32**
Żal	-0,36**	-0,36**	-0,30*	-0,29*	-0,25*
Pozytywna restrukturyzacja poznawcza	0,38**	0,34**	0,36**	0,41***	0,18
Zaprzeczanie	-0,16	-0,14	-0,19	-0,08	-0,11
Rozwiązanie/akceptacja	0,44***	0,45***	0,33**	0,47***	0,32**
Przetwarzanie negatywne	-0,31**	-0,30*	0,29*	-0,22	-0,22
Przetwarzanie pozytywne	0,51***	0,45***	0,45***	0,53***	0,35**

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

Cz. 1. zmiany w percepcji siebie; Cz. 2. zmiany w relacjach z innymi; Cz. 3. docenianie życia; Cz. 4. zmiany w sferze duchowej

Tabela 4. Predyktory zaburzeń po stresie traumatycznym (wynik ogólny *Posttraumatic Stress Disorder Checklist*) w badanej grupie kobiet**Table 4.** Predictors of posttraumatic stress disorder (*Posttraumatic Stress Disorder Checklist overall score*) in the examined group of women

Predyktory	Beta	Błąd Beta	B	Błąd B	t	p
Rozwiązanie/akceptacja	-0,25	0,13	-0,67	0,34	2,09	< 0,05
Żal	0,39	0,10	1,27	0,34	3,70	< 0,001
Porównywanie w dół	-0,28	0,11	-0,89	0,37	-2,37	< 0,02
Wartość stała			42,24	5,84	7,23	< 0,001

R = 0,61; R² = 0,37**Tabela 5.** Predyktory potraumatycznego wzrostu (wynik ogólny Inwentarza Potraumatycznego Rozwoju) w badanej grupie kobiet**Table 5.** Predictors of posttraumatic growth (*Posttraumatic Growth Inventory overall score*) in the examined group of women

Predyktory	Beta	Błąd Beta	B	Błąd B	t	p
Rozwiązanie/akceptacja	0,22	0,12	0,94	0,51	2,09	< 0,05
Żal	-0,37	0,11	-1,67	0,48	-3,45	< 0,001
Pozytywna restrukturyzacja poznawcza	0,27	0,12	1,36	0,60	2,27	< 0,01
Wartość stała			46,69	8,17	5,71	< 0,01

R = 0,62; R² = 0,37

statystycznie korelują z ogólnym wynikiem PTSD. Dwie z nich, tj. porównywanie w dół oraz rozwiązanie/akceptacja są powiązane z PTSD negatywnie, a strategia żalu pozytywnie. Strategia rozwiązania/akceptacji ujemnie koreluje ze wszystkimi kategoriami objawów wchodzących w zakres PTSD, a najwyższy współczynnik korelacji odnosi się do intruzji. Podobnie, strategia żalu koreluje ze wszystkimi kategoriami objawów PTSD ale w sposób dodatni, sprzyjając występowaniu symptomów tego zaburzenia, a najbardziej negatywnym zmianom w sferze

poznawczej i emocjonalnej. Strategie pozytywnej restrukturyzacji poznawczej oraz zaprzeczania nie wiążą się z PTSD.

Dane zamieszczone w tabeli 2 potwierdziły również, że objawy PTSD są dodatnio powiązane z negatywnym i ujemnie z pozytywnym przetwarzaniem poznawczym. Negatywne przetwarzanie traumy wiąże się z trzema spośród czterech kategorii objawów PTSD (poza wzmożonym pobudzeniem i reaktywnością), a najwyższe współczynniki korelacji odnoszą się do zmian w sferze

poznawczej i emocjonalnej. Podobnie, pozytywne przetwarzanie traumy jest powiązane z trzema kategoriami objawów PTSD (poza unikaniem), a najwyższe wartości współczynników korelacji dotyczą intruzji.

Dane zamieszczone w tabeli 3 potwierdzają występowanie związku między poznawczymi strategiami radzenia sobie z traumą a pozytywnymi zmianami potraumatycznymi. Trzy strategie, tj. rozwiązanie/akceptacja, porównywanie w dół oraz pozytywna restrukturyzacja poznawcza dodatkowo korelują z ogólnym wynikiem PTG. Strategia żalu koreluje z nim ujemnie, a zaprzeczanie w ogóle nie wiąże się ze wzrostem po traumie. Uwzględniając wskaźniki sumaryczne, można wskazać, że pozytywne przetwarzanie traumy silniej wiąże się z PTG, sprzyjając jego występowaniu (szczególnie docenianiu życia), niż przetwarzanie negatywne, które zdaje się osłabiać występowanie zmian wzrostowych.

W następnym kroku analizy danych poszukiwano predyktorów PTSD i PTG, spośród uwzględnionych w badaniu poznawczych strategii radzenia sobie z traumą. Przeprowadzono szereg analiz regresji (wersja krokowa postępująca), zarówno dla wyników ogólnych PTSD i PTG, jak i poszczególnych wymiarów wchodzących w ich skład. Najpierw jako zmienne wyjaśniające uwzględniono poszczególne strategie radzenia sobie z traumą, a następnie sumaryczne wskaźniki w postaci negatywnego i pozytywnego przetwarzania traumy. Wyniki zamieszczono w tabelach 4 i 5.

Wymienione poznawcze strategie radzenia sobie z traumą wyjaśniają łącznie 37% wariacji zmiennej zależnej. Największy udział w przewidywaniu objawów PTSD wnosi strategia rozwiązania/akceptacji. Wyjaśnia ona 19% wariacji zmiennej zależnej, nieco mniejszy udział ma strategia żalu — 12%, a najmniejszy porównywanie w dół — zaledwie 6%. Strategia żalu sprzyja występowaniu objawów PTSD, a pozostałe dwie strategie zdają się pełnić rolę chroniącą przed rozwojem tych symptomów. Potwierdzono także predykcyjną rolę negatywnego i pozytywnego przetwarzania traumy w występowaniu objawów PTSD, które łącznie wyjaśniają 31% wariacji zmiennej zależnej. Negatywne przetwarzanie, które sprzyja występowaniu objawów PTSD wyjaśnia 15% wariacji zmiennej zależnej ($Beta = 0,39, R^2 = 0,15$), a pozytywne, które może chronić przed rozwojem tych objawów, wyjaśnia 16% wariacji tej zmiennej ($Beta = -0,43, R^2 = 0,16$).

W kolejnych analizach jako zmienne wyjaśniane uwzględniono poszczególne kategorie objawów wchodzących w zakres PTSD. I tak, predyktorami intruzji okazały się te same trzy strategie co dla wyniku ogólnego PTSD, wyjaśniając łącznie 36% wariacji zmiennej zależnej. Są to: rozwiązanie/akceptacja ($Beta = -0,39, R^2 = 0,25$), żal

($Beta = 0,25, R^2 = 0,06$) oraz porównywanie w dół ($Beta = -0,27, R^2 = 0,05$). Największy udział w wyjaśnianiu zmiennej zależnej wnosi strategia rozwiązania/akceptacji — 25%, która wiąże się z PTSD w sposób negatywny. Predykcyjną rolę dla unikania pełnią dwie strategie, tj. rozwiązanie/akceptacja ($Beta = -0,41, R^2 = 0,14$), oraz żal ($Beta = 0,23, R^2 = 0,07$), których łączny udział wynosi 21% wariacji zmiennej zależnej. Pierwsza z wymienionych wiąże się z unikaniem dodatnio, a druga ujemnie. Predyktorami negatywnych zmian poznawczych i emocjonalnych są rozwiązanie/akceptacja ($Beta = -0,47, R^2 = 0,23$), oraz porównywanie w dół ($Beta = -0,29, R^2 = 0,13$). Zmienne te łącznie wyjaśniają 36% wariacji zmiennej zależnej, przy czym większe znaczenie należy przypisać strategii rozwiązania/akceptacji. Obydwie strategie zdają się hamować występowanie negatywnych zmian w sferze poznawczej i emocjonalnej. Z kolei wzmożone pobudzenie i reaktywność są wyjaśniane przez porównywanie w dół ($Beta = -0,35, R^2 = 0,12$) oraz żal ($Beta = 0,22, R^2 = 0,15$), wyjaśniając łącznie 27% wariacji zmiennej zależnej.

Predyktorami pozytywnych zmian potraumatycznych, uwzględniając ogólny wyniki IPR, okazały się trzy strategie radzenia sobie z traumą, które łącznie wyjaśniają 37% wariacji zmiennej zależnej, przy czym największy udział ma strategia rozwiązania/akceptacji — 19%. Pozytywna restrukturyzacja poznawcza wyjaśnia 12%, a żal — zaledwie 6% wariacji zmiennej zależnej. Strategie rozwiązania/akceptacji oraz pozytywnej restrukturyzacji poznawczej sprzyjają występowaniu PTG. Z kolei strategia żalu osłabia prawdopodobieństwo wystąpienia pozytywnych zmian potraumatycznych. Potwierdzono także predykcyjną rolę negatywnego i pozytywnego przetwarzania traumy w występowaniu PTG, które wyjaśniają łącznie 38% wariacji zmiennej zależnej. Pozytywne przetwarzanie, które sprzyja występowaniu PTG, wyjaśnia 26% wariacji zmiennej zależnej ($Beta = 0,53, R^2 = 0,26$). Z kolei negatywne, które obniża nasilenie wzrostu po traumie wyjaśnia 12% wariacji ($Beta = -0,34, R^2 = 0,12$).

Bardziej szczegółowa analiza wykazała, że predyktorami cz. 1. PTG, tj. zmian w percepcji siebie są trzy strategie, wyjaśniające łącznie 34% wariacji zmiennej zależnej. Są to: rozwiązanie/akceptacja ($Beta = 0,28, R^2 = 0,20$), żal ($Beta = -0,35, R^2 = 0,09$) i pozytywna restrukturyzacja poznawcza ($Beta = 0,25, R^2 = 0,05$). Największy udział w wyjaśnianiu tych zmian ma rozwiązanie/akceptacja (20%).

Dla cz. 2 PTG, tj. zmian w relacjach z innymi predykcyjną rolę pełnią porównywanie w dół ($Beta = 0,31, R^2 = 0,15$), żal ($Beta = -0,28, R^2 = 0,10$) i pozytywna restrukturyzacja poznawcza ($Beta = 0,30, R^2 = 0,07$).

Strategie te łącznie wyjaśniają 32% wariacji zmiennej zależnej.

Trzy strategie wyjaśniają cz. 3. PTG, czyli docenianie życia; jest to rozwiązanie/akceptacja (Beta = 0,23, $R^2 = 0,22$), pozytywna restrukturyzacja poznawcza (Beta = 0,28, $R^2 = 0,06$) oraz żal (Beta = -0,30, $R^2 = 0,07$). Ich łączny udział w wyjaśnianiu zmiennej zależnej wynosi 35%, a największy wnosi strategia rozwiązania/akceptacji — 22%.

Predyktorami cz. 4, czyli zmian w sferze duchowej okazały się dwie strategie, wyjaśniające łącznie 15% wariacji zmiennej zależnej, tj. rozwiązanie/akceptacja (Beta = 0,22, $R^2 = 0,10$) oraz żal (Beta = -0,24, $R^2 = 0,05$).

Dyskusja

U badanych kobiet, które były narażone na przemoc domową, wystąpiły zarówno negatywne, jak i pozytywne zmiany potraumatyczne. Wysokie prawdopodobieństwo rozwoju PTSD wykazało 62% badanych. Pozostałe 38% ujawniło niskie prawdopodobieństwo wystąpienia tego zespołu. Uzyskane rezultaty wskazujące na wysokie ryzyko rozwoju PTSD u kobiet doświadczających przemocy są zbliżone do danych prezentowanych w literaturze [4, 7, 8].

Jednocześnie badane kobiety zauważyły u siebie występowanie pozytywnych zmian potraumatycznych, wyrażanych w postaci wzrostu po traumie, co jest zgodne z większością prowadzonych w tym zakresie badań [12–19]. Niski poziom PTG charakteryzował 38% uczestniczek badania, przeciętny blisko 24% i wysoki 38%. Wskazuje to, że wiele kobiet, pomimo występujących negatywnych następstw doznanej traumy, jest w stanie dostrzec nowe możliwości, poprawić relacje z innymi, orientować się na przyszłość, formułować nowe cele i zadania życiowe. Ta zmiana priorytetów oraz identyfikacja nowych możliwości i ścieżek życiowych jest jednym z najważniejszych aspektów wzrostu po traumie. Wiąże się z tym umiejętność zarówno częściowego utrzymywania, jak i rezygnacji z nieosiągalnych celów, z jednoczesnym zastąpieniem ich nowymi, możliwymi do osiągnięcia.

Przetwarzanie traumy, wyrażone w postaci poznawczych strategii radzenia sobie, wiąże się zarówno z negatywnymi, jak i pozytywnymi jej następstwami. Zgodnie z oczekiwaniami, strategie negatywne okazały się dodatkowo powiązane z PTSD i ujemnie z PTG. Z kolei strategie pozytywne wiążą się ujemnie z PTSD i dodatnio z PTG. Podobne związki uzyskano w badaniach dotyczących polskiej adaptacji Skali Poznawczego Przetwarzania Traumatyzacji [31]. Zdaje się to wskazywać na uniwersalny charakter tego typu zależności, a więc na występowanie podobnych relacji niezależnie od rodzaju

doświadczonych zdarzeń. Teza ta wymagałaby jednak potwierdzenia w kolejnych badaniach. Podejmowane poznawcze strategie radzenia sobie z traumą służą przede wszystkim nadaniu sensu i znaczenia przeżytych sytuacjom, a osoby skutecznie radzące sobie z nimi są w stanie odbudować zniszczone struktury poznawcze, które następnie stają się bardziej elastyczne.

Uzyskane zależności potwierdzają założenia modelu sformułowanego przez Ehlers i Clarka [21], zgodnie z którym negatywne przetwarzanie poznawcze informacji związanych z traumą przyczynia się do wytworzenia i formułowania negatywnych treści poznawczych dotyczących siebie i świata i sprzyja występowaniu i podtrzymywaniu objawów PTSD. Potwierdzają również założenia modelu Calhouna i wsp. [20] wskazującego, że kompetencje osób, które doświadczyły traumy do zrewidowania swoich założeń wobec siebie i świata wiążą się z nadaniem doświadczonemu zdarzeniu sensu i znaczenia, a w konsekwencji służą dopasowaniu się do nowej, zmienionej rzeczywistości. Uzyskane zależności potwierdzają również zasadność przedstawionego przez Williams i wsp. [26] podziału poznawczych strategii radzenia sobie z traumą na pozytywne (adaptacyjne) i negatywne (nieadaptacyjne).

Bardziej szczegółowa analiza wskazała jednak na zróżnicowaną rolę poznawczych strategii radzenia w występowaniu negatywnych i pozytywnych zmian potraumatycznych. Strategią, która sprzyja występowaniu i podtrzymywaniu objawów PTSD okazał się żal, który pełni predykcijną rolę dla ogólnego wyniku PTSD, jak i dla trzech kategorii objawów wchodzących w skład tego zaburzenia, tj. intruzji, unikania oraz wzmożonego pobudzenia i reaktywności. Stosowanie tej strategii zmniejsza również nasilenie PTG. Żal oznacza uporczywe myślenie o czymś, co można było zrobić, aby uniknąć tego, co się stało. Tego typu powtarzające się myśli i towarzyszące im negatywne emocje niewątpliwie utrudniają proces adaptacji do traumy. Może to wynikać z faktu, iż wiele spośród badanych kobiet doświadczyło wielokrotnej traumy związanej z przemocą, a także, że niektóre z nich nadal pozostają w relacjach ze sprawcą przemocy i przypuszczalnie są narażone na kolejne, podobne przeżycia traumatyczne. Jednocześnie jednak kobiety, które były narażone na przemoc, wykorzystują pozytywne strategie radzenia sobie, które zdają się zmniejszać nasilenie symptomów PTSD. Jest to przede wszystkim strategia rozwiązania/akceptacji, oraz — w mniejszym stopniu — porównywanie w dół. Strategie te sprzyjają również występowaniu pozytywnych zmian potraumatycznych.

Ogólnie, spośród uwzględnionych poznawczych strategii radzenia sobie największe znaczenie należy przypisać

strategii rozwiązania/akceptacji, która z jednej strony sprzyja występowaniu pozytywnych, a z drugiej zdaje się hamować występowanie negatywnych zmian potraumatycznych. Istotną rolę w występowaniu PTG pełni także pozytywna restrukturyzacja poznawcza. Wiąże się ona ze zdolnością jednostki do rekonstrukcji posiadanych przekonań na temat świata i własnej osoby oraz znajdowaniem pozytywnych aspektów doznanej sytuacji. Należy jednak zwrócić uwagę, że przetwarzanie poznawcze traumy to złożony proces, charakteryzujący się pewną dynamiką, co oznacza zmienność podejmowanych strategii radzenia sobie z doświadczonymi sytuacjami. Dynamikę tych zmian mogłyby uchwycić badania o charakterze podłużnym. Ponadto na wybór strategii radzenia sobie wpływa nie tylko doświadczona sytuacja, ale także posiadane przez jednostkę właściwości osobowości. Warto podkreślić, że w procesie poznawczego przetwarzania traumy istotną rolę pełni również rumino-owanie o doznanej sytuacji, a także gotowość do zmian w posiadanych przekonaniach. Potwierdzają to wyniki przeprowadzonych w tym zakresie badań [8, 32]. Ponadto poznawcze przetwarzanie traumy jest powiązane z regulacją emocji, określaną również jako przetwarzanie emocjonalne. Badania Ogińskiej-Bulik i Michalskiej [33] dostarczyły danych wskazujących, że deficyty w zakresie emocjonalnego przetwarzania traumy sprzyjają utrzymywaniu się objawów PTSD.

Przeprowadzone badania wiążą się z pewnymi ograniczeniami. Dotyczy to stosunkowo mało licznej grupy badanych, ograniczonych jedynie do kobiet. Nie analizowano innych rodzajów zdarzeń traumatycznych, które mogły wystąpić u badanych kobiet, takich jak na przykład śmierć kogoś bliskiego czy poważna, zagrażająca życiu, choroba. Współwystępowanie zdarzeń traumatycznych może bowiem wpływać na nasilenie zarówno PTSD, jak i PTG. Oceny negatywnych i pozytywnych skutków doświadczonych zdarzeń traumatycznych dokonano za pomocą samoopisu, co wiąże się z ryzykiem wpływu zmiennej aprobaty społecznej. Ponadto, badania miały charakter przekrojowy, co nie upoważnia w sposób jednoznaczny do wnioskowania o zależnościach przyczynowo-skutkowych.

Pomimo przedstawionych ograniczeń przeprowadzone badania wnoszą nowe treści w zakresie związku między poznawczym przetwarzaniem traumy a negatywnymi i pozytywnymi następstwami doświadczanych zdarzeń traumatycznych. Uzyskane wyniki potwierdzają, że przeżycie nawet bardzo silnej traumy wiąże się nie tylko z negatywnymi, ale także pozytywnymi zmianami w za-

kresie psychospołecznego funkcjonowania jednostki. Wskazują również, że istotną rolę w występowaniu tych zmian pełnią poznawcze strategie radzenia sobie z doznąą traumą.

Istotnym walorem przeprowadzonych badań jest także wykorzystanie nowych narzędzi pomiaru, zaadaptowanych do warunków polskich, tj. Listy Zaburzeń po Stresie Traumatycznym oraz Skali Poznawczego Przetwarzania Traumatycznej. Uzyskane wyniki badań mogą więc stanowić inspirację do dalszych poszukiwań, a także być wykorzystane w praktyce. Średnio u 70% osób z rozpoznaniem PTSD uzyskuje się istotną klinicznie poprawę stanu psychicznego. Najbardziej skuteczną jest terapia poznawczo-behawioralna. Wyniki badań dowiodły, że tego typu terapia prowadzona wśród ofiar gwałtu [34, 35], w sposób znaczący poprawia sposób spostrzegania świata (traktowany jako forma przetwarzania poznawczego), prezentowany przez te osoby, co w efekcie wpłynęło korzystnie na ich stan zdrowia psychicznego. Podobnie prowadzone programy wspierania wzrostu po traumie, uwzględniające zmianę sposobu myślenia, w tym przeformułowywanie podstawowych zasad egzystencjalnych, redukcję emocji negatywnych i zachęcanie do wyrażania emocji związanych z traumą, przyniosły oczekiwane rezultaty w postaci większego nasilenia pozytywnych zmian potraumatycznych [36].

Wnioski

Uzyskane wyniki badań pozwalają na sformułowanie następujących wniosków:

1. Kobiety, które doświadczyły przemocy w rodzinie, ujawniają zarówno negatywne (objawy PTSD), jak i pozytywne (potraumatyczny wzrost) zmiany potraumatyczne.
2. Przetwarzanie traumy, wyrażone w postaci poznawczych strategii radzenia sobie z nią jest istotnie powiązane zarówno z PTSD, jak i PTG.
3. Strategią sprzyjającą występowaniu i podtrzymywaniu objawów PTSD jest żal.
4. Strategiami, które sprzyjają występowaniu wzrostu po traumie są przede wszystkim rozwiązanie/akceptacja i pozytywna restrukturyzacja poznawcza.
5. Podjęte w ramach terapii oddziaływania, kierowane do ofiar traumy, mające na celu zmianę sposobu myślenia, redukcję negatywnych emocji, kształtowanie umiejętności nadawania znaczenia przeżyтым sytuacjom mogą w sposób znaczący zmniejszyć u nich objawy PTSD i zwiększyć możliwość wystąpienia potraumatycznego wzrostu.

Streszczenie

Wstęp: Wśród uwarunkowań negatywnych i pozytywnych następstw wynikających z doświadczenia zdarzenia traumatycznego szczególną rolę pełni poznawcze przetwarzanie traumu. Celem podjętych badań było ustalenie związku między przetwarzaniem poznawczym, ujmowanym w postaci poznawczych strategii radzenia sobie z traumą, a negatywnymi i pozytywnymi zmianami potraumatycznymi u kobiet, które doświadczyły przemocy domowej. Wskaźnikiem negatywnych następstw traumy były objawy zaburzenia po stresie traumatycznym (PTSD), a pozytywnych — potraumatyczny wzrost (PTG).

Materiał i metody: Analizie poddano wyniki uzyskane od 63 kobiet, które doświadczyły przemocy domowej. Wiek badanych mieścił się w zakresie 19–71 lat ($M = 42,25$, $SD = 14,81$). W badaniach wykorzystano trzy standardowe narzędzia pomiaru, tj. Listę Zaburzeń po Stresie Traumatycznym, Inwentarz Potraumatycznego Rozwoju i Skalę Poznawczego Przetwarzania Traumu, a także opracowaną na użytek badań ankietę.

Wyniki: Strategie negatywne okazały się dodatnio powiązane z PTSD i ujemnie z PTG, a pozytywne — ujemnie z PTSD i dodatnio z PTG. Szczególną rolę pełni strategia rozwiązania/akceptacji, która okazała się głównym predyktorem zarówno negatywnych — zmniejszając nasilenie PTSD, jak pozytywnych zmian — sprzyjając występowaniu PTG.

Wnioski: Częstsze podejmowanie pozytywnych, a rzadsze negatywnych strategii radzenia sobie z traumą przez osoby, które doświadczyły zdarzeń traumatycznych, sprzyja procesowi adaptacji i rozwojowi człowieka.

Psychiatria 2019; 16, 4: 201–211

Słowa kluczowe: zaburzenie po stresie traumatycznym, potraumatyczny wzrost, przetwarzanie poznawcze traumy, kobiety, przemoc domowa

Piśmiennictwo

1. Ustawa o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie z dnia 29 lipca 2005 roku, Dziennik Ustaw nr 180 poz. 1493. isap.sejm.gov.pl/De tailsServlet?id=WDU20051801493.
2. Statystyka.policja.pl/wybrane statystyki.
3. Różyńska J. Niezbędnik pracownika socjalnego. Przemoc wobec kobiet w rodzinie. Centrum Praw Kobiet, Warszawa 2013.
4. Dąbkowska M. Zaburzenia stresowe pourazowe u kobiet jako wynik przemocy ze strony partnera. Alkoholizm i Narkomania. 2009; 22(1): 11–20.
5. APA. DSM-5. 2013, <http://dx.doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>.
6. Gaflecki P, Świąćki Ł. Kryteria diagnostyczne w DSM-5. Edra Urban & Partner, Wrocław 2015.
7. McLean CP, Morris SH, Conklin P, et al. Trauma Characteristics and Posttraumatic Stress Disorder among Adolescent Survivors of Childhood Sexual Abuse. J Fam Violence. 2014; 29(5): 559–566, doi: [10.1007/s10896-014-9613-6](https://doi.org/10.1007/s10896-014-9613-6), indexed in Pubmed: 25089075.
8. Ogińska-Bulik N. Ruminażje a skutki traumy u kobiet doświadczających przemocy w rodzinie. Roczniki Psychologiczne. 2016; 19(4): 627–642, doi: [10.18290/rpsych.2016.19.4-1.pl](https://doi.org/10.18290/rpsych.2016.19.4-1.pl).
9. Tedeschi RG, Calhoun LG. The Posttraumatic Growth Inventory: measuring the positive legacy of trauma. J Trauma Stress. 1996; 9(3): 455–471, indexed in Pubmed: 8827649.
10. Tedeschi RG, Calhoun LG. Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. Psychol Inq. 2004; 15: 1–8.
11. Ogińska-Bulik N. Dwa oblicza traumy. Negatywne i pozytywne skutki zdarzeń traumatycznych u pracowników służb ratowniczych. Wyd Difin, Warszawa 2015.
12. Cobb AR, Tedeschi RG, Calhoun LG, et al. Correlates of posttraumatic growth in survivors of intimate partner violence. J Trauma Stress. 2006; 19(6): 895–903, doi: [10.1002/jts.20171](https://doi.org/10.1002/jts.20171), indexed in Pubmed: 17195973.
13. Counselman-Carpenter E, Redcay A. Mining for Posttraumatic Growth (PTG) in Sexual Minority Women Who Survive Intimate Partner Violence: A Conceptual Perspective. Behavioral Sciences. 2018; 8(9): 77, doi: [10.3390/bs8090077](https://doi.org/10.3390/bs8090077).
14. Draucker CB. Learning the harsh realities of life: sexual violence, disillusionment, and meaning. Health Care Women Int. 2001; 22(1-2): 67–84, doi: [10.1080/073993301300003081](https://doi.org/10.1080/073993301300003081), indexed in Pubmed: 11813797.
15. Elderton A, Berry A, Chan C. A Systematic Review of Posttraumatic Growth in Survivors of Interpersonal Violence in Adulthood. Trauma Violence Abuse. 2017; 18(2): 223–236, doi: [10.1177/1524838015611672](https://doi.org/10.1177/1524838015611672), indexed in Pubmed: 26459504.
16. Lev-Wiesel R, Amir M, Besser A. Posttraumatic growth among female survivors of childhood sexual abuse in relation to the perpetrator identity. J Loss Trauma. 2004; 10(1): 7–17, doi: [10.1080/15325020490890606](https://doi.org/10.1080/15325020490890606).
17. Senter K, Caldwell K. Spirituality and the maintenance of change: A phenomenological study of women who leave abusive relationships. Contemp Fam Ther. 2002; 24(4): 543–564.
18. Ulloa E, Guzman ML, Salazar M, et al. Posttraumatic growth and sexual violence: A literature review. J Aggress Maltreat Trauma. 2016; 25(3): 286–304, doi: [10.1080/10926771.2015.1079286](https://doi.org/10.1080/10926771.2015.1079286), indexed in Pubmed: 29503522.
19. Ogińska-Bulik N. Wzrost po traumie związanej z doświadczaniem przemocy w rodzinie u dzieci i ich matek. Pedagogika Rodziny. 2013; 3(4): 89–100.
20. Calhoun L, Cann A, Tedeschi R. The Posttraumatic Growth Model: Sociocultural Considerations. Posttraumatic Growth and Culturally Competent Practice. 2012: 1–14, doi: [10.1002/9781118270028.ch1](https://doi.org/10.1002/9781118270028.ch1).
21. Ehlers A, Clark D. A cognitive model of posttraumatic stress disorder. Behaviour Research and Therapy. 2000; 38(4): 319–345, doi: [10.1016/s0005-7967\(99\)00123-0](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(99)00123-0).
22. Foa E, Ehlers A, Clark D, et al. The Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI): Development and validation. Psychological Assessment. 1999; 11(3): 303–314, doi: [10.1037/1040-3590.11.3.303](https://doi.org/10.1037/1040-3590.11.3.303).
23. Horowitz MJ. Stress response syndromes. Jason Aronson Inc., New York 1976.
24. Nalipay JN, Mordeno I, Saavedra RL. Cognitive processing, PTSD symptoms, and the mediating role of posttraumatic cognitions. Philippine Journal of Psychology. 2015; 48(2): 3–26.
25. Stockton H, Hunt N, Joseph S. Cognitive processing, rumination, and posttraumatic growth. J Trauma Stress. 2011; 24(1): 85–92, doi: [10.1002/jts.20606](https://doi.org/10.1002/jts.20606), indexed in Pubmed: 21268118.
26. Williams R, Davis M, Millsap R. Development of the cognitive processing of trauma scale. Clin Psychol Psychother. 2002; 9(5): 349–360, doi: [10.1002/cpp.343](https://doi.org/10.1002/cpp.343).
27. Taylor SE. Positive illusions: Creative self-deception and the healthy mind. Basic Books, New York 1989.
28. Weathers F, Litz B, Keane T, Palmieri P, Marx B, Schnurr P. The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5). the National Center for PTSD; 2013, www.ptsd.va.gov.

29. Ogińska-Bulik N, Juczyński Z, Lis-Turlejska M, et al. Polska adaptacja PTSD Check List for DSM-5 – PCL-5. Doniesienie wstępne/Polish adaptation of the PTSD Checklist for DSM-5 – PCL-5. A preliminary communication. *Przegląd Psychologiczny*. 2018; 61(2): 281–285.
30. Ogińska-Bulik N, Juczyński Z. Rozwój potraumatyczny – charakterystyka i pomiar. *Psychiatria*. 2010; 7(4): 129–142.
31. Ogińska-Bulik N, Juczyński Z. Poznawcze przetwarzanie traumy – polska adaptacja the Cognitive Processing Cognitive Processing of Trauma Scale/Cognitive processing of trauma – Polish adaptation of the Cognitive Processing of Trauma Scale. *Przegląd Psychologiczny*. 2018; 61(2): 153–187.
32. Juczyński Z, Ogińska-Bulik N. Cognitive processing of trauma as a predictor of the negative and positive consequences of experienced traumatic events/Poznawcze przetwarzanie traumy jako wyznacznik negatywnych i pozytywnych konsekwencji doświadczonych zdarzeń traumatycznych. *Adv Psychiatri Neurolog*. 2018; 27(4): 318–333, doi: [10.5114/ppn.2018.80884](https://doi.org/10.5114/ppn.2018.80884).
33. Ogińska-Bulik N, Michalska P. The Relationship Between Emotional Processing Deficits and Posttraumatic Stress Disorder Symptoms Among Breast Cancer Patients: The Mediating Role of Rumination. *J Clin Psychol Med Settings*. 2019 [Epub ahead of print], doi: [10.1007/s10880-019-09606-6](https://doi.org/10.1007/s10880-019-09606-6), indexed in Pubmed: [30756279](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30756279/).
34. Iverson KM, King MW, Cunningham KC, et al. Rape survivors' trauma-related beliefs before and after Cognitive processing therapy: associations with PTSD and depression symptoms. *Behav Res Ther*. 2015; 66: 49–55, doi: [10.1016/j.brat.2015.01.002](https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.01.002), indexed in Pubmed: [25698164](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25698164/).
35. Kaysen D, Lindgren K, Bolton P, et al. Adaptation of Cognitive Processing Therapy for Torture Survivors in Kurdistan, Iraq. *Psychol Trauma*. 2013; 5(2): 184–192, doi: [10.1037/e517292011-093](https://doi.org/10.1037/e517292011-093).
36. Lechner SC, Antoni MH. Posttraumatic growth and group-based intervention for persons dealing with cancer: What have we learned so far? *Psychol Inq*. 2004; 15(1): 35–41, doi: [10.1007/springerreference_302675](https://doi.org/10.1007/springerreference_302675).