

Nina Jolanta Ogińska-Bulik, Zumarat Nafullaeva

¹Zakład Psychologii Zdrowia, Instytut Psychologii Uniwersytetu Łódzkiego

²Centrum Psychologiczno-Pedagogiczne w Łodzi

Negatywne i pozytywne konsekwencje ekspozycji na traumę u studentów obcokrajowców studiujących na Uniwersytecie Łódzkim

Negative and positive consequences of trauma exposure in foreign students studying at the University of Łodz

Abstract

Introduction: Many people, including students, are exposed to various types of traumatic events. The experience of such events usually results in the occurrence of negative consequences, primarily symptoms of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD). Exposure to trauma can also be the cause of the positive consequences revealed in the form of Posttraumatic Growth (PTG). The aim of the study was to check whether there is a relationship between experiencing traumatic events and the negative (PTSD) and positive (PTG) consequences of trauma in a group of foreign students, and to determine whether PTSD and PTG are related.

Material and methods: The study involved 85 foreign students studying at the University of Łodz, originating in Iraq, Syria, Ukraine and Kazakhstan, of which 80 admitted that they had experienced at least one traumatic event. The subjects' age ranged from 18–33 years ($M = 23.2$, $SD = 3.64$). Men constituted 57.5%, women 42.5%. The following measurement tools were used in the study: The Life Events Checklist for DSM-5 (LEC-5), PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5) and Posttraumatic Growth Inventory (PTGI).

Results: The most frequently experienced event by examined students turned out to be combat or exposure to warfare (32.5%). Three-quarters of the surveyed students (75%) showed a high risk of PTSD. At the same time, over half of the respondents were characterized by at least moderate intensity of posttraumatic growth. Positive correlations were found between PTSD and PTG symptoms. Among the symptoms of PTSD, intrusion played a predictive role for PTG.

Conclusions: Interventions to reduce the risk of PTSD in young people who have been exposed to traumatic events are required.

Psychiatry 2020; 17, 1: 9–17

Key words: traumatic events, posttraumatic stress disorder, posttraumatic growth, foreign students

Wstęp

Narażenie na traumę jest bardzo powszechne. Różnego rodzaju zdarzeń traumatycznych doświadcza nawet do 90% ludzi [1]. Dotyczy to także młodych dorosłych, w tym studentów. W badaniach przeprowadzonych w Stanach Zjednoczonych stwierdzono, że 66% spo-

śród badanych studentów doświadczyło przynajmniej jednego zdarzenia traumatycznego [2]. Na podobny rezultat wskazują wyniki badań izraelskich, z których wynika, że 67% objętych nimi studentów było narażonych na co najmniej jedno zdarzenie traumatyczne [3]. W badaniach przeprowadzonych w Wielkiej Brytanii wskazano, że 83,2% studentów doświadczyło więcej niż jednego wydarzenia traumatycznego, 68,3% przeżyło dwa do pięciu, a 15% od sześciu do dziesięciu takich zdarzeń [4]. Duże rozpowszechnienie występowania

Adres do korespondencji:
Nina Jolanta Ogińska-Bulik
Zakład Psychologii Zdrowia
Instytut Psychologii
Uniwersytetu Łódzkiego
e-mail: noginska@uni.lodz.pl

zdarzeń traumatycznych potwierdzają także dane uzyskane w polskich badaniach. Z analiz przeprowadzonych wśród studentów siedmiu warszawskich uczelni wynika, że 75,6% badanych przeżyło co najmniej jedno doświadczenie traumatyczne, a 16,5% relacjonowało cztery lub więcej takich wydarzeń [1]. Wynik innego badania przeprowadzonego w podobnej grupie wskazał, że 63,6% studentów przeżyło co najmniej jedno zdarzenie traumatyczne [5].

Studenci są narażeni na różnego rodzaju zdarzenia o charakterze traumatycznym. Z badań obejmujących studentów z Uniwersytetu Medycznego w Czuwaszji wynika, że do najczęściej doświadczanych należą: problemy rodzinne — 35%, narażenie na działania wojenne oraz uczestniczenie w nich — 17%, bezrobocie — 13%, śmierć bliskiej osoby — 9% oraz wypadek komunikacyjny — 4% [6]. Wyniki uzyskane przez Lis-Turlejską [1] wskazują, że najczęściej występującymi zdarzeniami traumatycznymi w grupie kobiet były: utrata kogoś bliskiego, doznawanie przemocy fizycznej w dzieciństwie, zagrażający życiu wypadek i obserwacja napadu lub zabójstwa. U mężczyzn były to: doznanie napadu/rozboju, zagrażający życiu wypadek, doznanie przemocy fizycznej i obserwowanie napadu/zabójstwa. W innych badaniach przeprowadzonych wśród studentów warszawskich uczelni stwierdzono, że najczęściej występującym zdarzeniem traumatycznym był wypadek komunikacyjny [5]. Znalazło to potwierdzenie w kolejnych polskich badaniach przeprowadzonych wśród studiujących [7]. Doświadczenie zdarzenia traumatycznego pociąga za sobą wiele negatywnych konsekwencji, którymi mogą być przeżywanie ujemnych emocji (przede wszystkim lęku, paniki, zmieszania, niepokoju, poczucia winy), symptomy depresji, objawy ostrego zaburzenia potraumatycznego (ASD, *acute stress disorder*) czy objawy zespołu stresu pourazowego (PTSD, *posttraumatic stress disorder*). Zgodnie z klasyfikacją *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5) [8] diagnoza PTSD, określanego także jako stresowe zaburzenie pourazowe wymaga, oprócz wystąpienia zdarzenia uznanego za traumatyczne, także objawów należących do czterech kategorii. Są to: 1) intruzja (wyrażająca ponowne przeżywanie zdarzenia traumatycznego poprzez doświadczanie powtarzających się wspomnień oraz uporczywie nawracających snów związanych z traumą), 2) unikanie (przede wszystkim wspomnień, myśli, ludzi, miejsc, rozmów związanych z traumatycznym zdarzeniem), 3) negatywne zmiany w procesach poznawczych i emocjonalnych (np. amnezja, irracjonalne przekonania na temat siebie oraz otaczającego świata, zniekształcony sposób myślenia o przyczynach zaistniałego zdarzenia traumatycznego) oraz 4) objawy wzmoczonego pobudzenia psychofizjo-

logicznego i reaktywności pojawiające się na skutek przypominania sobie zdarzenia traumatycznego.

Odsetek osób, u których występuje PTSD, jest zróżnicowany, co zależy między innymi od metody pomiaru, rodzaju doświadczonego zdarzenia, czasu, jaki upłynął od zdarzenia, a także płci czy wieku osób badanych. Z badań przeprowadzonych wśród 319 irańskich studentów wynika, że 22,9% z nich prezentowało objawy PTSD [9]. Wyniki innych badań przeprowadzonych wśród 186 studentów pochodzących z Iraku, a studiujących w Ankarze, wykazały, że 17,2% z nich doświadczyło objawów PTSD [10]. Symptomy PTSD ujawniło 14,1% studentów, którzy doświadczyli trzęsienia ziemi w Chinach [11]. Występowanie PTSD zostało potwierdzone u 9% studentów amerykańskich [2], 6% izraelskich [3] i 3,4% rosyjskich [6].

Wyniki polskich badań przedstawionych przez Lis-Turlejską [12] wykazały, że 65% spośród badanych przejawiało średnio nasilone objawy PTSD, a 11% badanych spełniło kryteria aktualnego PTSD. Z innych polskich badań wynika, że 14,4% spośród objętych badaniami studentów przejawiało symptomy PTSD [5].

W badaniach prowadzonych w ostatnich latach wskazuje się, że konsekwencje doświadczonej traumy mogą mieć także charakter pozytywny. Występują one w postaci potraumatycznego wzrostu (PTG, *posttraumatic growth*) i obejmują zmiany w percepcji siebie, relacjach z innymi i filozofii życia [13–15]. Warto podkreślić, że samo doświadczenie traumy nie powoduje PTG, konieczne jest podjęcie przez jednostkę aktywności w postaci podejmowanych prób poradzenia sobie z doznany wydarzeniem i jego konsekwencjami.

Wskaźniki rozpowszechnienia PTG mieszczą się w zakresie 30–90% [16], ale zależą między innymi od płci, wieku osób badanych, rodzaju doświadczonej traumy, stopnia zagrożenia dla zdrowia czy życia jednostki. W grupie młodzieży, która doświadczyła różnych wydarzeń traumatycznych, prawie jedna trzecia badanych ujawniła występowanie co najmniej jednej pozytywnej zmiany [17]. Z badań przeprowadzonych przez Ogińską-Bulik [18] w grupie dzieci i młodzieży wynika, że 31,3% reprezentuje niski, 38,6% przeciętny, a 30,1% wysoki poziom PTG.

Pozytywne następstwa traumy na ogół współwystępują z negatywnymi jej skutkami. Większość badaczy wskazuje na dodatnie związki między PTSD a PTG [15, 19–21]. Dostępne są również wyniki badań wskazujące, że tylko niektóre objawy PTSD mogą sprzyjać występowaniu PTG, a dotyczy to przede wszystkim intruzji [21, 22].

Celem podjętych badań było sprawdzenie, czy występuje związek pomiędzy doświadczaniem zdarzeń traumatycznych a negatywnymi i pozytywnymi skutkami

traumy w grupie studentów obcokrajowców studiujących w Polsce oraz ustalenie, czy negatywne skutki doświadczonej traumy wiążą się z pozytywnymi jej następstwami. Wskaźnikiem negatywnych konsekwencji ekspozycji na traumę były objawy PTSD, a pozytywnych — PTG. Poszukiwano odpowiedzi na następujące pytania badawcze:

1. Jakich zdarzeń traumatycznych doświadczyli badani studenci?
2. Jakie jest nasilenie PTSD i PTG w badanej grupie?
3. Czy płeć, wiek, miejsce pochodzenia, rodzaj doświadczonego wydarzenia, oraz czas, jaki upłynął od traumatycznego zdarzenia wiążą się z PTSD i PTG?
4. Czy istnieje związek pomiędzy objawami PTSD a PTG?
5. Które z objawów PTSD pełnią rolę predyktora w wystąpieniu PTG?

Założono, odwołując się do koncepcji Tedeschiego i Calhouna [13, 14], a także dostępnych w tym zakresie badań [19–21], że objawy PTSD będą dodatnio powiązane z PTG, a predykcyjną rolę dla PTG będzie pełnił przede wszystkim intruzja.

Materiał i metody

Badaniami objęto 85 studentów obcokrajowców studiujących w Uniwersytecie Łódzkim, spośród których 80, co stanowi 94,1% ogółu badanych przyznało, że doświadczyło w swoim życiu co najmniej jednego zdarzenia traumatycznego. Badania przeprowadzono w okresie od grudnia 2017 roku do lutego 2018 roku na terenie akademika Uniwersytetu Łódzkiego, po wyrażeniu zgody przez badanych, którym wyjaśniono cel oraz poinformowano o anonimowości prowadzonych badań. Badania zostały zaakceptowane przez Komisję Bioetyki UŁ. Badani studenci pochodzili z czterech krajów: Iraku, Ukrainy, Kazachstanu i Syrii (po 20 osób, tj. po 25% ogółu badanych). Wiek badanych wynosił 18–33 lata (M [mean] = 23,20, SD [standard deviation] = 3,64). W badanej grupie studentów przeważali mężczyźni (57,5%). Czas, jaki upłynął od doświadczonego zdarzenia, wynosił od 1 roku do 10 lat (M = 4,01, SD = 3,33. W badaniach wykorzystano ankietę opracowaną na użytek przeprowadzonych badań oraz trzy standardowe narzędzia pomiaru, których charakterystykę zamieszczono poniżej.

Lista Zdarzeń Życiowych (LEC-5, *The Life Events Checklist for DSM-V*) opracowana przez *National Center for Posttraumatic Stress Disorder* [23] obejmuje dwie części. W części A, która zawiera wykaz 17 zdarzeń traumatycznych, osoba badana ustosunkowuje się, czy, i w jaki sposób miała styczność z danym zdarzeniem (odpowiedzi: zdarzyło mi się osobiście, byłem/am świadkiem tego wydarzenia, dowiedziałem/am się o tym, wiąże się to z moimi obowiązkami zawodowymi, nie jestem

pewien/pewna, nie dotyczy). W sytuacji, gdy jednostka doświadczyła więcej niż jedno zdarzenie, to w części B wybiera spośród nich to wydarzenie, które ocenia jako najbardziej stresujące. Do warunków polskich LEC-5 zaadaptowali Rzeszutek, Lis-Turlejska, Palich i Szumiał [7]. Narzędzie uzyskało satysfakcjonujące właściwości psychometryczne.

Lista Zaburzeń po Stresie Traumatycznym (PCL-5, *The Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5*) autorstwa Weathers i wsp. [24]. Polską adaptację tego narzędzia przeprowadzili Ogińska-Bulik, Juczyński, Lis-Turlejską i Merecz-Kot [25]. Lista Zaburzeń po Stresie Traumatycznym składa się z 20 stwierdzeń i służy do oceny 4 kategorii objawów związanych z występowaniem objawów PTSD, zgodnie z kryteriami zawartymi w DSM-5: intruzji, unikania, negatywnych zmian w sferze poznawczej lub emocjonalnej oraz objawów wzmożonego pobudzenia i reaktywności. Narzędzie posiada satysfakcjonujące właściwości psychometryczne: α -Cronbacha wynosi 0,96, a stabilność bezwzględna 0,89.

Inwentarz Potraumatycznego Rozwoju (IPR) jest polską adaptacją *The Posttraumatic Growth Inventory* (PTGI) autorstwa Tedeschiego i Calhouna [13], przeprowadzoną przez Ogińską-Bulik i Juczyńskiego [26]. Zawiera 21 stwierdzeń opisujących różne pozytywne zmiany zaistniałe w wyniku doświadczonego zdarzenia. W polskiej wersji inwentarz pozwala na ustalenie wyniku ogólnego oraz czterech czynników: zmian w percepcji siebie, zmian w relacjach z innymi, większego doceniania życia i zmian duchowych. Narzędzie posiada satysfakcjonujące właściwości psychometryczne: α -Cronbacha wynosi 0,93.

Wyniki

Analizę wyników badań przeprowadzono za pomocą pakietu statystycznego IBM SPSS, wersja 24. Dla sprawdzenia istotności różnic między średnimi został użyty test t-Studenta dla prób niezależnych lub jednoczynnikowa analiza wariancji. Dla sprawdzenia związków między zmiennymi wykorzystano współczynniki korelacji Pearsona. W celu sprawdzenia, które z objawów PTSD sprzyjają wystąpieniu wzrostu potraumatycznego wykorzystano analizę regresji liniowej metodą krokową.

Zdecydowana większość spośród objętych badaniami studentów obcokrajowców (94,1%) doświadczyła co najmniej jednego zdarzenia traumatycznego, 73,6% badanych przyznało się do jednego takiego zdarzenia, 13,8% doświadczyło dwóch, 7,5% trzech, 2,5% czterech i 2,6% pięciu takich zdarzeń. Częstość występowania poszczególnych rodzajów zdarzeń w badanej grupie uwzględnionych w LEC-5 przedstawiono w tabeli 1.

Najczęściej występującym w grupie badanych studentów zdarzeniem okazała się walka lub narażenie na działania

Tabela 1. Rozkład badanych osób ze względu na rodzaj zdarzeń traumatycznych doświadczonych bezpośrednio i pośrednio (n = 80)**Table 1.** Distribution of people surveyed by type of traumatic events experienced directly and indirectly (n = 80)

Zdarzenia traumatyczne	n	%
Katastrofa naturalna (np. powódź, huragan, tornado, trzęsienie ziemi)	5	6,25
Pożar lub wybuch	8	10,0
Wypadek komunikacyjny (np. samochodowy, wodny, kolejowy, lotniczy)	24	30,0
Poważny wypadek w pracy, w domu lub podczas aktywnego wypoczynku	3	3,75
Narażenie na działanie substancji toksycznych (np. niebezpieczne środki chemiczne) lub promieniowanie	–	–
Napaść fizyczna (np. zostać zaatakowanym, uderzonym, spoliczkowanym, kopniętym)	9	11,25
Napaść z bronią (np. postrzelenie, pchnięcie lub zagrożenie nożem, bronią palną, bombą)	21	26,25
Napaść na tle seksualnym (gwałt, próba gwałtu, zmuszanie siłą lub groźbą do jakiegokolwiek czynności seksualnej)	–	–
Inne niechciane lub nieprzyjemne doświadczenia seksualne	–	–
Walka lub narażenie na działania wojenne (w wojsku lub jako cywil)	26	32,50
Niewola (np. porwanie, uprowadzenie, przetrzymywanie jako zakładnika lub jeńca wojennego)	–	–
Zagrażająca życiu choroba lub obrażenia	19	23,75
Ciężkie ludzkie cierpienie	4	5,0
Nagła gwałtowna śmierć (np. zabójstwo, samobójstwo)	–	–
Spowodowane przeze mnie u kogoś innego poważne obrażenia, szkoda, śmierć	–	–
Inne bardzo stresujące zdarzenie lub doświadczenie	–	–

*Osoby badane mogły zaznaczyć więcej niż jedno zdarzenie traumatyczne

wojenne (32,5%). W następnej kolejności znalazły się: wypadek komunikacyjny (30%), napaść z bronią w rękę (26,3%) oraz zagrażająca życiu choroba lub obrażenia (23,7%). Wśród najrzadziej występujących zdarzeń znalazły się poważny wypadek w pracy, domu lub podczas aktywnego wypoczynku (3,7%), ciężkie ludzkie cierpienie (5%) oraz katastrofa naturalna (6,2%). Warto zwrócić uwagę, że niektórych zdarzeń zamieszczonych w LEC-5 badani studenci w ogóle nie doświadczali.

W kolejnym kroku ustalono średnie wartości objawów PTSD i potraumatycznego wzrostu w badanej grupie studentów eksponowanych na traumę (tab. 2).

Uwzględniając przyjęty dla PCL-5 punkt odcięcia równy 33 [25], można wskazać, że wysokie ryzyko wystąpienia PTSD występuje u 60 studentów, tj. 75% badanych, a niskie u 20, co stanowi 25% badanej grupy. Uzyskana średnia dla PTG przyjmuje wartość 5 stena, co wskazuje na przeciętny poziom pozytywnych zmian potraumatycznych w badanej grupie. Zgodnie z opracowanymi dla Inwentarza Potraumatycznego Rozwoju normami [26] 33 studentów (41,3%) ujawnia niskie nasilenie PTG, 33 (41,3%) średnie i 14 (17,4%) wysokie.

Następnie sprawdzono, czy płeć, miejsce pochodzenia, rodzaj przeżytego zdarzenia, czas, jaki od niego upłynął, oraz wiek badanych są powiązane z nasileniem PTSD i PTG. Kobiety uzyskały nieco wyższe nasilenie PTSD (M = 41,76, SD = 12,79) w porównaniu z mężczyznami (M = 36,07, SD = 9,71, t = 2,17, p < 0,05). Ujawniły również wyższe nasilenie PTG (M = 65,23, SD = 14,65) niż mężczyźni (M = 52,91, SD = 14,11, t = 3,79, p < 0,05). Czynnikiem różnicującym nasilenie PTSD i PTG okazało się również miejsce pochodzenia badanych studentów. Najwyższe nasilenie objawów PTSD wykazali studenci z Iraku (M = 43,40, SD = 9,73) i Syrii (M = 42,75, SD = 12,25), nieco niższe z Ukrainy (M = 37,95, SD = 9,22), a najniższe z Kazachstanu (M = 29,85, SD = 9,30; F = 7,48, p < 0,001). Podobny układ wyników dotyczy PTG. Najwyższe nasilenie pozytywnych zmian potraumatycznych zaprezentowali studenci z Iraku (M = 68,60, SD = 12,30), następnie studenci z Syrii (M = 64,90, SD = 13,97), a niższe z Ukrainy (M = 50,95, SD = 14,97) i Kazachstanu (M = 48,15, SD = 10,38, F = 12,04, p < 0,001).

Rodzaj przeżytych zdarzeń także różnicuje nasilenie objawów PTSD i PTG w badanej grupie studentów.

Tabela 2. Nasilenie objawów zespołu stresu pourazowego (PTSD) i potraumatycznego wzrostu (PTG) w badanej grupie studentów (n = 80)**Table 2.** Intensification of posttraumatic stress disorder (PTSD) and posttraumatic growth (PTG) symptoms in the studied group of students (n = 80)

Negatywne i pozytywne skutki doświadczonej traumy	M	SD	MIN	MAX
PTSD ogółem	38,49	11,41	14	63
Intruzja	11,00	4,61	2	20
Unikanie	5,04	2,01	0	8
Negatywne zmiany w sferze poznawczej i lub/emocjonalnej	12,63	5,34	2	23
Objawy wzmożonego pobudzenia i reaktywności	10,36	4,68	1	24
PTG ogółem	58,15	15,52	30	95
Zmiany w percepcji siebie	21,09	9,32	5	43
Zmiany w relacjach z innymi	21,20	5,79	12	34
Docenianie życia	10,29	3,76	3	25
Zmiany duchowe	5,25	3,22	0	10

M (mean) — średnia; SD (standard deviation) — odchylenie standardowe

Uwzględniono cztery kategorie zdarzeń, uznanych przez badanych jako najbardziej traumatyczne, tj. wypadek komunikacyjny (n = 20), napaść z bronią w rękę (n = 19), narażenie na działania wojenne (n = 26) i zagrażającą życiu chorobę (n = 15). Najwyższe nasilenie objawów PTSD uzyskali studenci, którzy doświadczyli napaści z bronią (M = 43,21, SD = 9,83) i którzy byli narażeni na działania wojenne (M = 42,28, SD = 12,36). Nieco niższe studenci, którzy przeżyli wypadek komunikacyjny (M = 34,05, SD = 7,68), a najniższe osoby, które doświadczyły zagrażającej życiu choroby (M = 30,80, SD = 9,97; F = 6,92, p < 0,01).

Rodzaj doświadczonych zdarzeń różnicuje także nasilenie PTG. Wyższe wykazali studenci narażeni na działania wojenne (M = 67,85, SD = 12,99) oraz ci, którzy doznali napaści z bronią (M = 65,47, SD = 13,69), a niższe studenci po wypadkach komunikacyjnych (M = 46,55, SD = 10,75) i zagrażającej życiu chorobie (M = 47,53, SD = 9,95; F = 17,77, p < 0,001). Czas, jaki upłynął od doświadczanego zdarzenia, okazał się dodatnio powiązany zarówno z PTSD (r = 0,35, p < 0,01), jak i PTG (r = 0,44, p < 0,01). Natomiast wiek nie wiązał się ani z nasileniem PTSD (r = 0,03) ani PTG (r = 0,04). Kolejne analizy, przeprowadzone w całej grupie badanych, miały na celu ustalenie związku między PTSD a PTG, z uwzględnieniem poszczególnych czynników wchodzących w ich skład. Uzyskane współczynniki korelacji przedstawiono w tabeli 3.

Dane zamieszczone w niej wskazują na dodatnie powiązania pomiędzy PTSD a PTG. Ogólny wynik PTSD, mierzony za pomocą PCL-5, koreluje dodatnio z wynikiem ogólnym PTG oraz dwoma jego czynnikami: zmianami

w percepcji siebie oraz większym docenianiem życia. Intruzja wykazuje, podobnie jak PTSD ogółem, dodatnie powiązania z PTG i jego dwoma czynnikami. Unikanie dodatnio koreluje jedynie z jednym czynnikiem PTG, jakim jest większe docenianie życia. Negatywne zmiany w sferze poznawczej i emocjonalnej wiążą się dodatnio z ogólnym wynikiem PTG oraz ze zmianami w percepcji siebie. Z kolei objawy wzmożonego pobudzenia i reaktywności są powiązane z wynikiem ogólnym PTG oraz dwoma jego czynnikami, tj. zmianami w percepcji siebie oraz większym docenianiem życia. Nie stwierdzono istotnego związku pomiędzy PTSD a pozytywnymi zmianami w relacjach z innymi oraz sferze duchowej.

W celu sprawdzenia, które z objawów PTSD pełnią rolę predyktora PTG wykorzystano analizę regresji liniowej (metodę krokową). Zmiennymi wyjaśniającymi były poszczególne wymiary wchodzące w skład PTSD. Wyniki zostały przedstawione w tabeli 4.

Przeprowadzona analiza wskazała, że intruzja oraz pobudzenie pozwalają na przewidywanie wystąpienia pozytywnych zmian potraumatycznych, wyjaśniając 23% wariancji zmiennej zależnej PTG. Większy udział należy przypisać intruzji, która wyjaśnia 19% wariancji zmiennej zależnej, podczas gdy pobudzenie zaledwie 4%. Pozostałe zmienne (unikanie oraz negatywne zmiany w sferze poznawczej lub/i emocjonalnej) okazały się zbyt słabo związane ze zmienną zależną, aby zostać włączone do modelu. Dodatni znak wskaźnika *Beta* oznacza, że im wyższe nasilenie intruzji i objawów wzmożonego pobudzenia, tym większe prawdopodobieństwo pojawienia się pozytywnych zmian w wyniku ekspozycji na traumatyczne wydarzenie.

Tabela 3. Współczynniki korelacji pomiędzy zespołem stresu pourazowego (PTSD) i potraumatycznym wzrostem (PTG) (n = 80)**Table 3.** Correlation coefficients between posttraumatic stress disorder (PTSD) and posttraumatic growth (PTG) (n = 80)

	PTSD ogółem	Intruzja	Unikanie	Negatywne zmiany poznawcze i/lub emocjonalne	Pobudzenie i reaktywność
PTG ogółem	0,47***	0,41***	0,05	0,31**	0,40***
Zmiany w percepcji siebie	0,38**	0,54***	0,07	0,21*	0,47***
Zmiany w relacjach z innymi	0,14	0,07	-0,06	0,16	0,19
Docenianie życia	0,34**	0,40***	0,30**	0,13	0,25*
Zmiany duchowe	0,11	0,04	-0,01	0,12	0,04

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

Tabela 4. Predyktory potraumatycznego wzrostu (PTG) w badanej grupie studentów (n = 80)**Table 4.** Predictors of posttraumatic growth (PTG) in the studied group of students (n = 80)

Podsumowanie regresji: PTG — wynik ogólny				
R = 0,498; R ² = 0,248; skorygowane/ corrected R ² = 0,228; F = 12,667, p < 0,0001				
Zmienne w modelu:	Beta	B	t	p <
Intruzja	0,27	0,68	2,12	0,037
Pobudzenie i reaktywność	0,21	0,54	2,05	0,047
Wartość stała		36,91	7,63	0,001

Beta (Beta — standardized regression coefficient) — standaryzowany współczynnik regresji; B (B — nonstandardized regression coefficient) — niestandardyzowany współczynnik regresji; t — wartość testu t; p — poziom istotności; R — współczynnik korelacji; R² — współczynnik determinacji

Sprawdzono również predykcyjną rolę objawów PTSD dla poszczególnych wymiarów PTG. Intruzja okazała się jedynym predyktorem pozytywnych zmian w percepcji siebie, wyjaśniając 29% wariacji tej zmiennej (Beta = 0,40, R² = 0,29) oraz większego doceniania życia, wyjaśniając 16% wariacji (Beta = 0,34, R² = 0,16). Żaden z objawów PTSD nie pełnił predykcyjnej roli dla pozostałych dwóch wymiarów PTG, czyli pozytywnych zmian w relacjach z innymi oraz zmian w sferze duchowej.

Dyskusja

Zdecydowana większość objętych badaniami studentów (94,1%) była narażona na co najmniej jedno zdarzenie traumatyczne. Uzyskane wyniki są zgodne z danymi prezentowanymi w literaturze wskazującymi na wysokie rozpowszechnienie ekspozycji na traumę wśród młodych ludzi [1–3]. Najczęściej relacjonowanymi zdarzeniami okazały się walka lub narażenie na działania wojenne. Wiąże się to ze specyfiką badanej grupy. Ponad połowa badanych studentów pochodziła z krajów, w których toczyły się lub nadal toczą się działania wojenne. W następnej kolejności znalazły się: wypadek komunikacyjny, napaść z bronią w rękę oraz zagrażająca życiu choroba. Uzyskane wyniki są częściowo zgodne z danymi prezentowanymi w literaturze. Narażenie na działania

wojenne lub uczestniczenie w nich, a także wypadek komunikacyjny były wymieniane wśród najczęściej występujących zdarzeń o charakterze traumatycznym wśród rosyjskich studentów [6]. Wypadek komunikacyjny jako często występujące zdarzenie traumatyczne był również wskazywany w polskich badaniach [1, 5, 7].

Umiarkowane lub wysokie ryzyko wystąpienia PTSD uzyskało 75% studentów, a niskie 25%. Jest to wynik wyższy w porównaniu z danymi uzyskanymi w badaniach studentów izraelskich [3], rosyjskich [6], irańskich [10], chińskich [11] oraz polskich [12]. Różnice te mogą wynikać z faktu, że pomiar nasilenia PTSD był wykonany różnymi narzędziami badawczymi i w różnym czasie od doświadczonego zdarzenia. Nie bez znaczenia jest także fakt, że badanymi byli studenci obcokrajowcy, pochodzący z krajów, w których toczyły się (a w niektórych nadal trwają) działania wojenne.

Badani studenci wykazali średnie nasilenie pozytywnych zmian potraumatycznych, wyrażanych w postaci PTG. Niskie i przeciętne nasilenie objawów wchodzących w zakres tego zespołu ujawniło po 41,3% badanych, a wysokie zaledwie 17,4%. Odsetek studentów z wysokim nasileniem wzrostu po traumie jest niższy w porównaniu z dorosłymi, wśród których nawet 50% osób ujawniło wysokie nasilenie PTG [15]. Może to wynikać z mniejszych

zdolności młodych ludzi do spostrzegania pozytywnych stron doświadczonych zdarzeń traumatycznych.

Kobiety ujawniły wyższe nasilenie PTSD w porównaniu z mężczyznami, co jest zgodne z danymi uzyskanymi przez Sidorovą i wsp. [6], wskazującymi, że charakteryzowały się one dwukrotnie wyższym nasileniem PTSD w stosunku do mężczyzn. Podobnie kobiety wykazały większe nasilenie PTG, co jest zgodne z większością badań przeprowadzonych w tym zakresie [13, 15, 27–29]. Wyższe nasilenie PTSD oraz PTG uzyskali studenci z Iraku i Syrii, a niższe studenci z Ukrainy i Kazachstanu. Najsilniejsze objawy PTSD i PTG zaobserwowano u studentów, którzy doświadczali działań wojennych i napaści z bronią, mniejsze w przypadku wypadku komunikacyjnego oraz zagrażającej życiu choroby. Uzyskane wyniki potwierdzają, że rodzaj doświadczonego zdarzenia wiąże się z nasileniem zarówno negatywnych, jak i pozytywnych konsekwencji. Czas, jaki upłynął od przeżytego zdarzenia traumatycznego, okazał się dodatnio powiązany zarówno z PTSD, jak i PTG.

Uzyskane wyniki badań wskazały na współwystępowanie negatywnych i pozytywnych skutków doświadczanych zdarzeń traumatycznych, a zależność występującą między nimi można uznać za umiarkowaną. Jest to zgodne z większością badań przeprowadzonych w tym zakresie. Współwystępowanie PTSD i PTG stwierdzono między innymi w badaniach przeprowadzonych wśród japońskich studentów [30], a także w grupie młodzieży, która doświadczyła klęski żywiowej [31]. Sugeruje to, że człowiek może przeżywać objawy stresu pourazowego, a jednocześnie doświadczać zmian potraumatycznych pojawiających w wyniku podejmowanych prób poradzenia sobie z traumą. Występowanie tych objawów wydaje się wręcz konieczne w procesie skutecznej adaptacji do nowych okoliczności.

W badanej grupie studentów intruzja okazała się głównym predyktorem PTG, przede wszystkim w odniesieniu do pozytywnych zmian w percepcji siebie i doceniania życia. Na istotną rolę intruzji jako czynnika sprzyjającego pojawianiu się zmian potraumatycznych wskazują Ogińska-Bulik i Juczyński [21] oraz Helgeson i wsp. [22]. Oznacza to, że powracanie do przeżytych sytuacji w postaci snów, myśli, obrazów związanych z traumatycznym wydarzeniem zwiększa prawdopodobieństwo wystąpienia pozytywnych zmian potraumatycznych. Te nieprzyjemne objawy towarzyszące jednostce mogą ją skłaniać do przepracowania traumy oraz przyspieszyć proces radzenia sobie z nią, co z kolei zwiększa szansę wystąpienia PTG.

Przeprowadzone badanie wiąże się z pewnymi ograniczeniami. Miało charakter przekrojowy, co nie upoważnia do wnioskowania o zależnościach przyczynowo-skutkowych. Brała w nim udział niewielka liczba studentów obcokrajowców, studiujących w jednej uczelni, co nie pozwala na uogólnianie wyników. Analizując związki

między PTSD a PTG, ze względu na małe liczebności, nie uwzględniono znaczenia zmiennych, które różnicowały nasilenie negatywnych i pozytywnych zmian potraumatycznych.

Pomimo wspomnianych ograniczeń, przeprowadzone badania wnoszą nowe informacje o rozpowszechnieniu wydarzeń traumatycznych wśród studentów oraz występującej zależności między negatywnymi i pozytywnymi następstwami doznanego urazu. Są to pierwsze polskie badania przeprowadzone wśród studentów obcokrajowców, którzy podjęli studia w UŁ. Ich dodatkowym walorem jest wykorzystanie nowych narzędzi pomiaru służących do oceny doświadczonych zdarzeń traumatycznych oraz objawów PTSD, zgodnie z klasyfikacją DSM-5.

Wskazane byłoby przeprowadzenie dalszych badań w tym zakresie, w których warto byłoby uwzględnić czynniki warunkujące występowanie negatywnych i pozytywnych zmian potraumatycznych oraz znaczenie poznawczego przetwarzania traumy. Przydatne byłoby również sprawdzenie dynamiki tych zmian; wymagałoby to jednak przeprowadzenia badań o charakterze podłużnym.

Uzyskane wyniki mogą mieć także znaczenie praktyczne, zważywszy, że tak wysoki odsetek badanych studentów narażonych na zdarzenia traumatyczne ujawnił duże ryzyko wystąpienia PTSD. Warto więc byłoby w uczelniach, w których studium studenci pochodzący z krajów, gdzie prowadzone są działania wojenne, wdrożyć programy interwencji psychologicznej, mającej na celu wzmocnienie posiadanych zasobów przez młodych ludzi. Mogłoby to przyczynić się do bardziej efektywnego radzenia sobie z konsekwencjami doświadczonego stresu traumatycznego, a także wzmocnić odporność na przyszłe negatywne wydarzenia.

Wnioski

Uzyskane wyniki badań skłaniają do sformułowania następujących wniosków:

1. Narażenie na zdarzenia traumatyczne wiąże się zarówno z negatywnymi (objawy PTSD), jak i pozytywnymi następstwami (PTG).
2. Badani studenci są podatni na wystąpienie PTSD; aż 75% wykazało wysokie ryzyko wystąpienia PTSD.
3. Badani studenci wykazują słabe zdolności do czerpania korzyści z traumy; jedynie 17,4% spośród nich wykazało wysokie nasilenie PTG.
4. Najsilniejsze objawy PTSD i PTG zaobserwowano u studentów, którzy doświadczali działań wojennych i napaści z bronią.
5. Objawy PTSD są dodatnio powiązane z PTG.
6. Głównym predyktorem PTG jest intruzja.
7. Wskazane są oddziaływania mające na celu zmniejszenie ryzyka wystąpienia PTSD po doświadczonych zdarzeniach traumatycznych.

Streszczenie

Wstęp: Wielu ludzi, w tym również studentów, jest narażonych na różnego rodzaju zdarzenia traumatyczne. Doświadczenie takich zdarzeń na ogół pociąga za sobą negatywne konsekwencje, przede wszystkim w postaci objawów wchodzących w zakres zespołu stresu pourazowego (PTSD). Ekspozycja na traumę może być również przyczyną pojawienia się pozytywnych następstw ujawnianych w postaci potraumatycznego wzrostu (PTG). Celem podjętych badań było sprawdzenie, czy występuje związek pomiędzy doświadczaniem zdarzeń traumatycznych a negatywnymi (PTSD) i pozytywnymi (PTG) następstwami traumy w grupie studentów obcokrajowców oraz ustalenie, czy PTSD i PTG są ze sobą powiązane.

Materiał i metody: Badaniem objęto 85 studentów — obcokrajowców studiujących w Uniwersytecie Łódzkim, pochodzących z Iraku, Syrii, Ukrainy i Kazachstanu, spośród których 80 przyznało, że doświadczyło co najmniej jednego zdarzenia traumatycznego. Wiek badanych mieścił się w zakresie 18–33 lata ($M = 23,2$, $SD = 3,64$). Mężczyźni stanowili 57,5%, kobiety 42,5%. W badaniach wykorzystano następujące narzędzia pomiaru: Listę Zdarzeń Życiowych (LEC-5), Listę Zaburzeń po Stresie Traumatycznym (PCL-5) oraz Inwentarz Potraumatycznego Rozwoju (PTGI).

Wyniki: Najczęściej doświadczanym przez badanych studentów zdarzeniem traumatycznym okazała się walka lub narażenie na działania wojenne (32,5%). Trzy czwarte badanych (75%) wykazało wysokie ryzyko wystąpienia PTSD. Jednocześnie ponad połowa spośród nich charakteryzowała się co najmniej umiarkowanym nasileniem potraumatycznego wzrostu. Stwierdzono dodatnie korelacje pomiędzy objawami PTSD i PTG. Wśród objawów wchodzących w zakres PTSD predykcyjną rolę dla PTG pełniła intruzja.

Wnioski: Wskazane są interwencje mające na celu zmniejszenie ryzyka wystąpienia PTSD u młodych ludzi, którzy byli narażeni na zdarzenia traumatyczne.

Psychiatria 2020; 17, 1: 9–17

Słowa kluczowe: zdarzenia traumatyczne, zespół stresu pourazowego, wzrost potraumatyczny, studenci obcokrajowcy

Piśmiennictwo

- Lis-Turlejska M. Zdarzenia traumatyczne – sposoby definiowania, pomiar i rozpowszechnienie. In: Strelau J, Zawadzki B, Kaczmarek M. ed. Konsekwencje psychiczne traumy. Uwarunkowania i terapia. Wyd. Naukowe Scholar, Warszawa 2009: 15–33.
- Read JP, Ouimette P, White J, et al. Rates of Trauma Exposure and Posttraumatic Stress Disorder Among Newly Matriculated College Students. *Psychol Trauma*. 2011; 3(2): 148–156, doi: [10.1037/a0021260](https://doi.org/10.1037/a0021260), indexed in Pubmed: [25621098](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25621098/).
- Amir M, Sol O. Psychological impact and prevalence of traumatic events in a student sample in Israel: the effect of multiple traumatic events and physical injury. *J Trauma Stress*. 1999; 12(1): 139–154, doi: [10.1023/A:1024754618063](https://doi.org/10.1023/A:1024754618063), indexed in Pubmed: [10027148](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10027148/).
- Brooks M, Lowe M, Graham-Kevan N, et al. Posttraumatic growth in students, crime survivors and trauma workers exposed to adversity. *Personality and Individual Differences*. 2016; 98: 199–207, doi: [10.1016/j.paid.2016.04.051](https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.04.051).
- Barańczuk U, Zawadzki B. Polska adaptacja Inwentarza Poznawczych Strategii Regulacji Stanów Afektywnych ICARUS. *Psychologia – Etiologia – Genetyka*. 2013; 27: 87–105.
- Sidorova AV, Ivanova IS, Sudyakova M, Yu, Andreeva AP. Posttraumatic stress disorder in high medical students. *Journal of International Student Science*, 2015; 1: 1–6. 2015.
- Rzesutek M, Lis-Turlejska M, Palich H, Szumiał S. Polska adaptacja narzędzia ekspozycji na traumatyczne zdarzenia według definicji DSM-V: Life Events Checklist for DSM-V (LEC-5). *Psychiatria Polska Online First* 2018; 67: 1–12. 2018.
- APA – American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th edition)*. Washington, DC; 2013.
- Al-Shawi AF, Al-Hemiary NJ, Al-Diwan JK, Tahir DH. Post-traumatic stress disorder among university students in Baghdad: a preliminary report. *Iraqi J. Comm. Med*. 2011; 24(4): 287–289. 2011.
- Magruder KM, Kilic C, Koryurek MM. Relationship of posttraumatic growth to symptoms of posttraumatic stress disorder and depression: A pilot study of Iraqi students. *Int J Psychol*. 2015; 50(5): 402–406, doi: [10.1002/ijop.12146](https://doi.org/10.1002/ijop.12146), indexed in Pubmed: [25691475](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25691475/).
- Fu Y, Chen Y, Wang J, et al. Analysis of prevalence of PTSD and its influencing factors among college students after the Wenchuan earthquake. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2013; 7(1): 1, doi: [10.1186/1753-2000-7-1](https://doi.org/10.1186/1753-2000-7-1), indexed in Pubmed: [23331706](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23331706/).
- Lis-Turlejska M. Traumatyczne zdarzenia i ich skutki psychiczne. Wyd. Instytutu Psychologii PAN, Warszawa 2005.
- Tedeschi RG, Calhoun LG. The Posttraumatic Growth Inventory: measuring the positive legacy of trauma. *J Trauma Stress*. 1996; 9(3): 455–471, doi: [10.1007/bf02103658](https://doi.org/10.1007/bf02103658), indexed in Pubmed: [8827649](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8827649/).
- Tedeschi RG, Calhoun LG. Posttraumatic growth: Conceptual Foundations and empirical evidence. *Psychol Inq* 2004; 15(1): 1–18.
- Ogińska-Bulik N. Pozytywne skutki doświadczeń traumatycznych czyli kiedy łzy zamieniają się w perły. Wyd Difin, Warszawa 2013.
- Mystakidou K, Tsilika E, Parpa E, et al. Post-traumatic growth in advanced cancer patients receiving palliative care. *Br J Health Psychol*. 2008; 13(Pt 4): 633–646, doi: [10.1348/135910707X246177](https://doi.org/10.1348/135910707X246177), indexed in Pubmed: [17919355](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17919355/).
- Milam J, Ritt-Olson A, Unger J. Posttraumatic Growth among Adolescents. *Journal of Adolescent Research*. 2016; 19(2): 192–204, doi: [10.1177/0743558403258273](https://doi.org/10.1177/0743558403258273).
- Ogińska-Bulik N. Pozytywne skutki doświadczanych zdarzeń o charakterze traumatycznym u dzieci i młodzieży. *Kwestionariusz osobowego wzrostu – KOW-27 (wersja D/M i R/O)*. Polskie Forum Psychologiczne. 2013; 18(1): 93–111.
- 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](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17195973/).
- Lev-Wiesel R, Amir M, Besser A. Posttraumatic growth among female survivors of childhood sexual abuse in relation to the perpetrator identity. *Journal of Loss & Trauma* 2005; 10(1): 7–17.
- Ogińska-Bulik N., Juczyński Z. Konsekwencje doświadczanych negatywnych wydarzeń życiowych-objawy stresu pourazowego i potraumatyczny wzrost. *Psychiatria* 2012; 9(1): 1–10.
- Helgeson VS, Reynolds KA, Tomich PL. A meta-analytic review of benefit finding and growth. *J Consult Clin Psychol*. 2006; 74(5): 797–816, doi: [10.1037/0022-006X.74.5.797](https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.5.797), indexed in Pubmed: [17032085](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17032085/).

23. Weathers FW, Blake DD, Schnurr PP, Kaloupek DG, Marx BP, Keane TM. The Life Events Checklist for DSM-5 (LEC-5). National Center for PTSD; www.ptsd.va.gov. 2013.
24. Weathers FW, Litz BT, Keane TM, Palmieri PA, Marx BP, Schnurr P. The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5). Scale available from the National Center for PTSD, <http://www.ptsd.va.gov>. 2013.
25. Ogińska-Bulik N, Juczyński Z, Lis-Turlejska M, Merecz-Kot D. 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.
26. Ogińska-Bulik N, Juczyński Z. Rozwój potraumatyczny – charakterystyka i pomiar. *Psychiatria*. 2010; 7(4): 129–142.
27. Weiss T. Posttraumatic Growth in Women with Breast Cancer and Their Husbands. *Journal of Psychosocial Oncology*. 2002; 20(2): 65–80, doi: [10.1300/j077v20n02_04](https://doi.org/10.1300/j077v20n02_04).
28. Vishnevsky T, Cann A, Calhoun L, et al. Gender Differences in Self-Reported Posttraumatic Growth: A Meta-Analysis. *Psychology of Women Quarterly*. 2010; 34(1): 110–120, doi: [10.1111/j.1471-6402.2009.01546.x](https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.2009.01546.x).
29. Ogińska-Bulik N. Potraumatyczny wzrost-zróżnicowanie ze względu na rodzaj doświadczonego zdarzenia oraz płeć i wiek badanych osób. *Acta Universitatis Lodzianis Folia Psychologica*. 2013; 17: 51–66.
30. Taku K, Calhoun LG, Tedeschi RG, et al. Examining posttraumatic growth among Japanese university students. *Anxiety Stress Coping*. 2007; 20(4): 353–367, doi: [10.1080/10615800701295007](https://doi.org/10.1080/10615800701295007), indexed in Pubmed: [17999236](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17999236/).
31. Kilmer RP, Gil-Rivas V, Tedeschi RG, et al. Use of the revised Posttraumatic Growth Inventory for Children. *J Trauma Stress*. 2009; 22(3): 248–253, doi: [10.1002/jts.20410](https://doi.org/10.1002/jts.20410), indexed in Pubmed: [19462437](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19462437/).